



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018

Wat zijn de effecten en lessen?







Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

## **Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018**

Wat zijn de effecten en lessen?

RIVM-rapport 2021-0088

## Colofon

© RIVM 2021

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.

DOI 10.21945/RIVM-2021-0088

J.M.A. Boer (auteur), RIVM  
I.J.M. van Gestel (auteur), RIVM  
E.R. Douma (auteur), RIVM  
E. du Pon (auteur), RIVM  
S. Pees (auteur), RIVM  
S. Bas (auteur), RIVM  
L. Lemmens (auteur), RIVM  
E. Zantinge (auteur), RIVM  
G.C.M. Herber (auteur), RIVM

Contact:

Jolanda Boer  
Voeding Preventie en Zorg  
Jolanda.boer@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van kennisvraag 6.4.4. 'Onderzoek preventiebeleid 2006-2018'.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

Nederland

[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

## Publiekssamenvatting

### **Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018.**

Wat zijn de effecten en lessen?

De Nederlandse overheid wil dat minder mensen roken, (overmatig) alcohol gebruiken, overgewicht, diabetes of een depressie hebben en dat mensen meer bewegen. Tussen 2006 en 2018 zijn daarvoor meer dan 100 verschillende wettelijke maatregelen en landelijke activiteiten uitgevoerd. Al deze initiatieven samen hebben mensen er bewuster van gemaakt dat een gezonde leefstijl belangrijk is.

Vooraf de wettelijke maatregelen, zoals rookverboden en accijnzen, hebben ervoor gezorgd dat er in 2018 minder mensen rookten en overmatig alcohol dronken dan in 2006. De twee initiatieven Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG) en Sport en Bewegen in de Buurt hebben vermoedelijk de groei van het aantal mensen met overgewicht afgeremd. Het is minder duidelijk of het aantal mensen met diabetes en depressie door de initiatieven is afgenomen.

Het is niet mogelijk om precies te bepalen hoe groot de effecten van de losse initiatieven zijn geweest. Verschillende initiatieven zijn namelijk tegelijk uitgevoerd tussen 2006 en 2018. Ook waren er allerlei maatschappelijke, culturele, sociale en politieke factoren die de ontwikkeling van leefstijl en het aantal mensen met diabetes en depressie hebben beïnvloed. Denk aan het grotere aantal mensen dat een beweegmeter heeft. De effecten van deze ontwikkelingen en de initiatieven zijn niet uit elkaar te halen. Om meer te kunnen zeggen over de effecten zou elk initiatief vanaf het begin moeten worden onderzocht.

Waarschijnlijk waren de positieve gezondheidseffecten groter geweest als er meer verschillende soorten maatregelen waren uitgevoerd, van voorlichting tot wet- en regelgeving. Verder kan meer worden bereikt als verschillende sectoren, binnen en buiten de gezondheidszorg, gezondheidsproblemen gezamenlijk aanpakken. Zo kan een gezondere leefomgeving de gezondheid verder verbeteren. Die maakt het makkelijker om gezonder te eten en meer te bewegen. Tot slot is het belangrijk dat de verschillende activiteiten lange tijd worden uitgevoerd om positieve gezondheidseffecten te krijgen.

Dit blijkt uit een onderzoek van het RIVM, dat in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is uitgevoerd.

Kernwoorden: preventiebeleid, effect op roken, alcohol, overgewicht, bewegen, diabetes en depressie, lessen



## Synopsis

### **Preventive health policy 2006-2018.**

What are its effects and lessons learned?

The Dutch government wants fewer people to smoke, use alcohol (excessively), be overweight, or have diabetes or depression and also wants people to exercise more. Between 2006 and 2018, more than 100 different statutory measures and national activities were carried out for this purpose. All these initiatives together have made people more aware of the importance of a healthy lifestyle.

The statutory measures in particular, such as smoking bans and excise duties, have resulted in fewer people smoking and drinking excessively in 2018 than in 2006. The two initiatives Jongeren op Gezond Gewicht (Youth at a Healthy Weight (JOGG)) and Sport en Bewegen in de Buurt (Sports and Exercise in the Neighborhood) have probably slowed the increase in the number of overweight people. It is less clear whether the number of people with diabetes and depression has decreased as a result of the initiatives.

It is not possible to determine exactly how large the effects of the individual initiatives have been. Between 2006 and 2018 several initiatives were carried out simultaneously. There were also social, cultural, and political factors that influenced the trends in lifestyle and the number of people with diabetes and depression. The increase in the number of people who carry an exercise meter is an example of such a development. The effects of these developments and the initiatives cannot be separated. To be able to say more about the effects of each initiative, they should be examined from the start of implementation.

The positive health effects of the Dutch preventive health policy would probably have been larger if more different types of measures had been implemented, from providing information to legislation and regulations. Also, more can be achieved if different sectors, within and outside public health, tackle health problems together. For example, a healthier living environment can further improve health. Such an environment makes it easier to eat healthier and to exercise more. Finally, to get positive health effects it is important that the different initiatives are long-lasting.

These are results from a study by the RIVM, which was carried out on behalf of the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS).

Keywords: prevention policy, effect on smoking, alcohol, obesity, exercise, diabetes and depression, lessons





## Inhoudsopgave

### **Samenvatting — 11**

#### **1 Inleiding — 21**

#### **2 Methoden — 25**

- 2.1 Aanpak onderzoek naar effect van initiatieven op de speerpunten — 25
- 2.2 Aanpak verkennend onderzoek naar gemeentelijk gezondheidsbeleid — 27

#### **3 Effect van het Nederlandse tabaksontmoedigingsbeleid van 2006 t/m 2018 — 31**

- 3.1 Ontwikkeling in roken: observatie en trendscenario — 31
  - 3.1.1 Volwassenen — 31
  - 3.1.2 Scholieren — 32
- 3.2 Effectief tabaksontmoedigingsbeleid — 33
- 3.3 Het Nederlandse tabaksontmoedigingsbeleid — 34
  - 3.3.1 Het Nederlandse tabaksontmoedigingsbeleid vóór 2006 — 34
  - 3.3.2 Het Nederlandse tabaksontmoedigingsbeleid 2006 t/m 2018 — 36
- 3.4 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid op roken — 38
  - 3.4.1 Effectiviteit volgens de literatuur — 38
  - 3.4.2 Effect op het percentage rokers volgens experts — 39
  - 3.4.3 Internationale vergelijking — 42
- 3.5 Samenvatting, discussie en conclusies — 45

#### **4 Effect van het Nederlandse alcoholontmoedigingsbeleid van 2006 t/m 2018 — 49**

- 4.1 Ontwikkeling in alcoholgebruik — 49
  - 4.1.1 Volwassenen — 50
  - 4.1.2 Scholieren — 52
- 4.2 Effectief alcoholontmoedigingsbeleid — 53
- 4.3 Het Nederlandse alcoholontmoedigingsbeleid — 54
  - 4.3.1 Het Nederlandse alcoholontmoedigingsbeleid vóór 2006 — 54
  - 4.3.2 Het Nederlandse alcoholontmoedigingsbeleid 2006 t/m 2018 — 56
- 4.4 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid op alcoholgebruik — 58
  - 4.4.1 Effectiviteit uit de literatuur — 58
  - 4.4.2 Effect op overmatig alcoholgebruik volgens experts — 60
  - 4.4.3 Internationale vergelijking — 65
- 4.5 Samenvatting, discussie en conclusies — 71

#### **5 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid voor overgewicht van 2006 t/m 2018 — 75**

- 5.1 Ontwikkeling in overgewicht en obesitas: observatie en trendscenario's — 75
  - 5.1.1 Volwassenen — 76
  - 5.1.2 Jeugd (4-18 jaar) — 77
- 5.2 Effectief overgewichtbeleid volgens internationale adviezen — 78
- 5.3 Het Nederlandse overgewichtbeleid — 79
  - 5.3.1 Het Nederlandse overgewichtbeleid vóór 2006 — 79
  - 5.3.2 Het Nederlandse overgewichtbeleid van 2006 t/m 2018 — 80

- 5.4 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid op overgewicht — 82
  - 5.4.1 Effectiviteit uit de literatuur — 82
  - 5.4.2 Effect op het percentage mensen met overgewicht volgens experts 83
  - 5.4.3 Internationale vergelijking — 87
- 5.5 Samenvatting, discussie en conclusies — 92
  
- 6 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid van 2006 t/m 2018 voor bewegen — 97**
  - 6.1 Ontwikkeling in bewegen — 98
    - 6.1.1 Voldoen aan de Beweegrichtlijnen — 98
    - 6.1.2 Tijd per week besteed aan bewegen — 99
  - 6.2 Effectief beweegbeleid volgens internationale richtlijnen — 100
  - 6.3 Het Nederlandse beweegbeleid — 100
    - 6.3.1 Het Nederlandse beweegbeleid vóór 2006 — 100
    - 6.3.2 Het Nederlandse beweegbeleid 2006 t/m 2018 — 101
  - 6.4 Effect van het Nederlandse beweegbeleid — 104
    - 6.4.1 Effectiviteit uit de literatuur — 104
    - 6.4.2 Effect op het percentage mensen dat voldoet aan de Beweegrichtlijnen volgens experts — 105
  - 6.5 Samenvatting, discussie en conclusies — 108
  
- 7 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid voor diabetes van 2006 t/m 2018 — 111**
  - 7.1 Ontwikkeling in het aantal personen met diabetes — 111
    - 7.1.1 Aantal patiënten met diabetes licht gestegen — 111
    - 7.1.2 Aantal nieuwe gevallen van diabetes gedaald — 112
  - 7.2 Effectief diabetesbeleid volgens internationale richtlijnen — 113
  - 7.3 Het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid voor diabetes — 114
    - 7.3.1 Het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid gericht op diabetes vóór 2006 — 114
    - 7.3.2 Het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid voor diabetes 2006 t/m 2018 — 115
  - 7.4 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid op diabetes — 117
    - 7.4.1 Effectiviteit uit de literatuur — 117
    - 7.4.2 Effect op het percentage mensen met diabetes volgens experts — 117
  - 7.5 Samenvatting, discussie en conclusies — 121
  
- 8 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid voor depressie van 2006 t/m 2018 — 125**
  - 8.1 Ontwikkeling in stemmingsstoornissen — 126
    - 8.1.1 Stemmingsstoornissen naar geslacht — 126
  - 8.2 Effectief beleid gericht op depressie — 127
  - 8.3 Het Nederlandse beleid voor depressiepreventie — 127
    - 8.3.1 Het Nederlandse depressiebeleid vóór 2006 — 127
    - 8.3.2 Het Nederlandse depressiebeleid 2006 t/m 2018 — 128
  - 8.4 Effect van het Nederlandse beleid voor depressiepreventie — 130
    - 8.4.1 Effectiviteit uit de literatuur — 130
    - 8.4.2 Effect op depressie volgens experts — 131
  - 8.5 Samenvatting, discussie en conclusies — 134

<b>9</b>	<b>Effectief preventief gemeentelijk gezondheidsbeleid: wat zijn bevorderende factoren? — 137</b>
9.1	Focus van het onderzoek — 137
9.2	Bevindingen — 138
9.2.1	Karakteristieken van geselecteerde gemeenten — 138
9.2.2	Bevorderende factoren voor effectief preventief gezondheidsbeleid — 141
9.3	Reflectie — 145
<b>10</b>	<b>Discussie — 149</b>
	<b>Bijlage 1: Lijst van geraadpleegde experts — 159</b>
	<b>Bijlage 2: Geïnterviewde initiatieven voor tabaksontmoediging en hun effectiviteit — 161</b>
	<b>Bijlage 3: Geïnterviewde initiatieven voor alcoholontmoediging en hun effectiviteit — 167</b>
	<b>Bijlage 4: Geïnterviewde initiatieven voor overgewichtpreventie en hun effectiviteit — 181</b>
	<b>Bijlage 5: Geïnterviewde initiatieven voor bewegen en hun effectiviteit — 192</b>
	<b>Bijlage 6: Geïnterviewde initiatieven voor diabetespreventie en hun effectiviteit — 201</b>
	<b>Bijlage 7: Geïnterviewde initiatieven voor depressiepreventie en hun effectiviteit — 207</b>
	<b>Bijlage 8: Internationale vergelijkingen in meer detail — 214</b>
	<b>Bijlage 9: Ontwikkeling in speerpunten naar opleidingsniveau — 225</b>
	<b>Referenties — 230</b>



## Samenvatting

### Inleiding

Met preventief gezondheidsbeleid wil de Rijksoverheid de sterke toename van het aantal mensen met één of meerdere chronische ziekten afremmen en gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische positie zo klein mogelijk maken. Het preventief gezondheidsbeleid kende de afgelopen jaren de volgende speerpunten: tegengaan van roken, (overmatig) alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie en bevorderen van bewegen. Om de doelen van het landelijk gezondheidsbeleid te behalen, worden voor deze zes speerpunten initiatieven uitgevoerd in de vorm van wet- en regelgeving, preventieprogramma's<sup>1</sup>, maatschappelijke bewegingen<sup>2</sup> en voorlichting.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil weten in hoeverre de landelijke initiatieven die tussen 2006 en 2018 zijn uitgevoerd bovengenoemde speerpunten hebben beïnvloed. Er is namelijk nog geen compleet beeld van de effecten van het totaalpakket aan preventie-initiatieven. Het RIVM heeft daarom eerst per speerpunt de initiatieven in kaart gebracht die in deze periode zijn gestart, aangepast of afgerond. Het gaat hierbij om initiatieven van de Rijksoverheid, landelijke thema-instituten en gezondheidsfondsen. De resultaten van deze inventarisatie zijn in de rapportage [Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld](#) uitgebreid beschreven. Kort samengevat bleken er voor alle speerpunten bij elkaar meer dan 100 initiatieven van de Rijksoverheid, landelijke thema-instituten en gezondheidsfondsen te zijn gestart, aangepast of afgerond. In 2006 waren dit er nog maar vijftien. Veel van de initiatieven lopen in 2019 nog steeds of zijn overgegaan in een nieuw (vergelijkbaar) initiatief of aangesloten bij een ander (groter) initiatief.

Daarnaast heeft het RIVM onderzocht wat het mogelijke effect is geweest van de geïnventariseerde initiatieven op de speerpunten in de periode 2006 t/m 2018. Inzichten over deze effecten en lessen die daaruit volgen, bieden beleidsmakers eventueel aanknopingspunten om het huidige beleid verder vorm te geven en te versterken, bijvoorbeeld voor het Nationaal Preventieakkoord. De resultaten van dit onderzoek worden beschreven in dit rapport, waardoor informatie over deze initiatieven en hun effectiviteit voor het eerst voor alle zes speerpunten bij elkaar staat. Hieronder volgt eerst een korte beschrijving van de werkwijze van het onderzoek. Daarna wordt voor ieder speerpunt en het verkennende onderzoek een samenvatting van de belangrijkste resultaten gegeven. Ten slotte volgen de belangrijkste discussiepunten voor alle speerpunten tezamen en de conclusie.

<sup>1</sup> In dit onderzoek is een programma gedefinieerd als een geheel van verschillende en vaak samenhangende activiteiten, gericht op het nastreven van bepaalde doelen bij één of meer vastgestelde doelgroepen.

<sup>2</sup> In dit onderzoek is een maatschappelijke beweging gedefinieerd als een initiatief waarin verschillende partijen (bedrijfsleven en/of maatschappelijke organisaties) al dan niet samen met de Rijksoverheid, afspraken maken om ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid acties te ondernemen voor een gemeenschappelijk ideaal en/of doel. Hieronder vallen onder andere convenanten, deals en akkoorden.

## Werkwijze

Voor dit onderzoek is in kaart gebracht hoe ieder speerpunt zich ontwikkelde in de periode 2006 t/m 2018 onder volwassenen en (indien mogelijk) voor de jeugd. Hiervoor zijn vooral de Leefstijlmonitor van het CBS (in samenwerking met het RIVM) en de Nivel Zorgregistratie eerste lijn gebruikt. Vervolgens is een literatuurstudie uitgevoerd naar de effectiviteit van de initiatieven die zijn uitgevoerd. Daarna zijn er discussiesessies met experts op het gebied van preventie en de speerpunten gehouden om meer inzicht te krijgen in het effect dat de initiatieven in de praktijk hebben gehad op de speerpunten. Voor de speerpunten roken, (overmatig) alcoholgebruik en overgewicht is ook een internationale vergelijking uitgevoerd. Hierbij is het beleid in Nederland vergeleken met het beleid van landen die gunstigere ontwikkelingen in de speerpunten lieten zien. Bijvoorbeeld met landen waar het percentage rokers tussen 2006 en 2018 sterker is gedaald dan in Nederland. Vanuit de gedachte dat landelijk preventief gezondheidsbeleid lokaal verder vorm krijgt, is ten slotte ook een verkennend onderzoek uitgevoerd naar (lokale) factoren die succesvol gemeentelijk gezondheidsbeleid bevorderen. Hiervoor zijn drie gemeenten geselecteerd die in 2016 relatief gunstige prevalentiecijfers voor roken, (overmatig) alcoholgebruik, overgewicht en bewegen hadden. Het beleid in deze gemeenten is paarsgewijs vergeleken met drie vergelijkbare gemeenten met relatief gemiddelde of minder gunstige prevalentiecijfers. De methoden staan beschreven in hoofdstuk 2.

## Resultaten

### *Roken*

Het percentage volwassen rokers is tussen 2006 en 2018 gedaald van 31% naar 22% (hoofdstuk 3). Deze daling is iets groter (3 procentpunt) dan de daling die een trendscenario aangaf waarbij de ontwikkeling in het percentage rokers tussen 1990 en 2006 zich onveranderd had voortgezet. Dit trendscenario schetst daarmee een situatie waarbij er na 2006 geen nieuw beleid zou zijn ingevoerd, maar alleen het toen bestaande beleid zou zijn voortgezet. Volgens deze schatting zouden er in 2018 400.000 rokers meer geweest zijn, dan er in werkelijkheid waren. Het percentage scholieren (12-16 jaar) dat aangaf de afgelopen maand gerookt te hebben is gedaald van 17% in 2007 naar 8% in 2017.

Tussen 2006 en 2018 zijn er ongeveer 30 landelijke initiatieven om roken te ontmoedigen gestart, aangepast of afgerond. De meeste hiervan betreffen voorlichting. Daarnaast is wet- en regelgeving, zoals verhoging van de accijnzen op tabak- en rookwaren, bij het terugdringen van roken relatief vaak ingezet. Verder richtten de meeste initiatieven zich op bestaande rokers om hen te stimuleren te stoppen met roken en niet te roken in het bijzijn van kinderen.

Deze 30 landelijke initiatieven hebben zeer waarschijnlijk bijgedragen aan de daling van het percentage rokers. Er zijn namelijk initiatieven ingevoerd die in onderzoek effectief zijn bevonden, door internationale instanties worden aanbevolen, én door experts zijn aangeduid als initiatieven die waarschijnlijk effect hebben gehad. Zo zijn de accijnzen verhoogd, zijn er meerdere malen nieuwe rookverboden ingevoerd en is de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak verhoogd naar 18 jaar.

Deze initiatieven vallen allemaal onder wet- en regelgeving. Tabak was door deze initiatieven minder gemakkelijk te verkrijgen. Ook veranderde de sociale norm over roken, mede door de initiatieven. De overige 27 initiatieven ondersteunden de hierboven genoemde initiatieven. Het is echter niet mogelijk om achteraf het precieze effect per initiatief vast te stellen. De experts konden dit niet aangeven en ook de resultaten van de internationale vergelijking gaven hier geen aanknopingspunten voor. Het is het aannemelijk dat het effect van de bestaande initiatieven op de daling van het percentage rokers groter had kunnen zijn. Bijvoorbeeld als er grotere en jaarlijkse accijnsverhogingen waren ingevoerd. Ook had het rookverbod in één keer in alle sectoren kunnen worden ingevoerd, in plaats van in fases.

#### *(Overmatig) alcoholgebruik*

Overmatig en zwaar alcoholgebruik onder de Nederlandse bevolking is tussen 2006 en 2018 afgenomen (hoofdstuk 4). De precieze daling is niet vast te stellen omdat er veranderingen zijn geweest in de manier waarop alcoholgebruik is nagevraagd. Ook is in 2012 voor vrouwen de definitie van zwaar drinken veranderd. Het percentage scholieren (12-16 jaar) dat in de afgelopen maand heeft gedronken daalde van 47% in 2007 naar 25% in 2017.

Tussen 2006 en 2018 zijn er 29 landelijke initiatieven om alcoholgebruik tegen te gaan gestart, aangepast of afgerond. Ongeveer de helft van deze initiatieven is voorlichting, maar ook wet- en regelgeving en programma's worden relatief vaak ingezet.

Het is niet bekend hoeveel ieder initiatief heeft bijgedragen aan het verminderen van alcoholgebruik. De experts konden dit niet aangeven en ook de resultaten van de internationale vergelijking gaven hier geen aanknopingspunten voor. Twee initiatieven hebben zeer waarschijnlijk bijgedragen aan de daling van alcoholgebruik onder scholieren. Ze zijn in onderzoek effectief bevonden én hebben volgens de experts waarschijnlijk bijgedragen. Dit zijn het verhogen van de leeftijd waarop alcohol aan jongeren verkocht mag worden van 16 naar 18 jaar en de bijbehorende NIX18-campagne. Alcohol was hierdoor minder makkelijk te verkrijgen voor minderjarigen. Ook droegen deze initiatieven eraan bij dat de sociale norm omtrent alcoholgebruik onder jongeren veranderde. Verschillende maatregelen die door internationale organisaties, zoals de WHO, worden aanbevolen om alcoholgebruik te ontmoedigen, worden in Nederland uitgevoerd. Zij hadden meer effect gehad kunnen hebben als de uitvoering beter was geweest. Namelijk als wet- en regelgeving beter was gehandhaafd, als accijnsverhogingen groter waren geweest en als alle reclame voor dranken waar alcohol in zit verboden zou zijn geweest.

#### *Overgewicht*

Het percentage volwassenen met overgewicht is in Nederland tussen 2006 en 2018 gestegen van 43% naar 50%. Het percentage met obesitas nam ook toe, van 11% naar 15%. Voor de jeugd (4-18 jaar) was het percentage overgewicht (~12%) en obesitas (~3%) in deze periode vrij stabiel (hoofdstuk 5).

Tussen 2006 en 2018 zijn ongeveer 25 landelijke initiatieven om overgewicht aan te pakken gestart, aangepast of afgerond. Het merendeel van de initiatieven betreft een programma, maatschappelijke beweging of voorlichting. Wet- en regelgeving wordt voor de preventie van overgewicht veel minder gebruikt dan voor de preventie van roken en (overmatig) alcoholgebruik. De meeste initiatieven richten zich op jongeren of de algemene bevolking.

De stijging in het percentage volwassenen met overgewicht in Nederland was vergelijkbaar met de stijging die een trendskenario, waarbij er geen nieuw beleid meer werd ingevoerd na 2006, voorspelde. Toch hebben de initiatieven de stijging in het percentage mensen met overgewicht tussen 2006 en 2018 mogelijk afgeremd. Er zijn in die periode vrijwel om het jaar nieuwe initiatieven gestart, of bestaande initiatieven aangescherpt. Volgens de literatuur en experts heeft in ieder geval een deel van deze initiatieven een effect op overgewicht of tussenuitkomsten. Er zijn echter in de periode 2006 t/m 2018 ook veel maatschappelijke ontwikkelingen geweest die het ontstaan van overgewicht bevorderen. Het is daarom niet uit te sluiten dat zonder deze initiatieven het percentage mensen met overgewicht en obesitas in 2018 nog groter zou zijn geweest. Volgens de literatuur is het programma JOGG van invloed op overgewicht en Sport en Bewegen in de Buurt op beweeggedrag. Veel experts vonden dat deze initiatieven bijdragen aan (het neerzetten van) een goede lokale infrastructuur voor preventie. Door de maatschappelijke ontwikkelingen is een omgeving ontstaan waarin het steeds makkelijker is geworden om (ongezond) te eten en weinig te bewegen. Om hier tegenwicht aan te bieden is krachtiger en consistent beleid nodig. Er zijn tussen 2006 en 2018 weinig harde beleidsinitiatieven, zoals prijsbeleid en (wettelijke) marketingbeperkingen, ingezet bij de preventie van overgewicht. Ook waren veel initiatieven gericht op kinderen en jongeren. Er zou meer aandacht moeten zijn voor volwassenen en mensen die al overgewicht hebben.

### *Bewegen*

Het percentage jongeren dat voldoet aan de Beweegrichtlijnen is tussen 2006 en 2018 iets afgenomen, van 39% naar 34%. Het percentage volwassenen dat voldoet aan de Beweegrichtlijnen is in deze periode gestegen van 46% naar 50%. Ook onder ouderen is het percentage dat voldoet aan de Beweegrichtlijnen gestegen van 26% in 2006 naar 37% in 2018 (hoofdstuk 6).

Tussen 2006 en 2018 zijn er 23 landelijke initiatieven om bewegen te stimuleren gestart, aangepast of afgerond. Dit betrof voornamelijk programma's, voorlichting over de aangeraden mate van bewegen en maatschappelijke bewegingen. Veel van de initiatieven waren gericht op jongeren en op het stimuleren van sporten.

De programma's Buurt, Onderwijs en Sport (BOS)-impuls en Sport en Bewegen in de Buurt en zijn het meest effectief. In de literatuur zijn effecten op bewegen gerapporteerd en ook de experts denken dat ze effect hebben. Onder andere omdat ze al meerdere jaren worden ingezet. Het is echter achteraf niet vast te stellen wat deze en de andere initiatieven precies hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van het



percentage mensen dat voldoet aan de beweegrichtlijnen in de periode 2006 t/m 2018. Er is weinig onderzoek naar de effectiviteit van de initiatieven beschikbaar. Mede daarom kunnen ook de geraadpleegde experts geen uitspraak doen over de bijdrage van de losse initiatieven. De initiatieven hebben er mogelijk voor gezorgd dat mensen zich er bewuster van zijn geworden dat bewegen belangrijk is. Veel van de initiatieven richtten zich op het stimuleren van sporten en niet op bewegen in het algemeen, zoals wandelen of fietsen. Inactieve mensen worden hierdoor minder bereikt. Met initiatieven die bewegen in het algemeen stimuleren, had mogelijk meer bereikt kunnen worden. Volgens de experts is er ook nog winst te behalen door de omgeving (nog) beweegvriendelijker te maken.

### *Diabetes*

Tussen 2011 tot 2018 is het *totaal* aantal mensen dat bekend is bij de huisarts met diabetes licht gestegen, zowel voor mannen (van 64,9 per 1000 naar 73,1 per 1000) als vrouwen (van 63,4 per 1000 naar 64,7 per 1000). Het grootste deel hiervan is type 2 diabetes. Deze toename is vooral toe te schrijven aan de vergrijzing van de bevolking (hoofdstuk 7). Er zijn wel ieder jaar minder *nieuwe* gevallen van diabetes door de huisarts gediagnosticeerd. Bij mannen was de daling in het aantal *nieuwe* gevallen van diabetes tussen 2011 en 2018 iets minder groot (41%) dan bij vrouwen (51%).

Tussen 2006 en 2018 zijn er 13 landelijke initiatieven om type 2 diabetes te voorkomen of vroeg op te sporen gestart, aangepast of afgerond. Initiatieven die bedoeld zijn voor mensen die al diabetes hebben, zijn in dit onderzoek niet meegenomen. In ruim de helft van de gevallen gaat het om voorlichting aan de algemene bevolking over de risico's van diabetes en adviezen voor een gezonde leefstijl.

Uit het literatuuronderzoek en de discussiesessie met experts kan niet vastgesteld worden welk effect de initiatieven hebben gehad op het aantal mensen met diabetes in de periode 2006 t/m 2018. Gedegen onderzoek naar de effectiviteit van de initiatieven ontbreekt. Daarom kan ook niet geconcludeerd worden dat de daling in het aantal nieuwe gevallen van diabetes dat ieder jaar door de huisarts wordt vastgesteld door de initiatieven komt, maar dit kan ook niet worden uitgesloten. Het lijkt er overigens wel op dat mensen zich door de initiatieven bewuster zijn geworden van diabetes en hoe ze het kunnen voorkomen. Voor het terugdringen van diabetes had een grotere variëteit aan maatregelen gebruikt kunnen worden. Om onderliggende oorzaken van diabetes, zoals een tekort aan bewegen en overgewicht, aan te pakken, kan naast de initiatieven die bij die onderwerpen al zijn genoemd ook de voedsel- en leefomgeving gezonder gemaakt worden. Bijvoorbeeld door meer gezonde producten aan te bieden in supermarkten, bedrijfsrestaurants en andere plekken waar mensen vaak komen. Wet- en regelgeving kan hierbij helpen. Ook had de eerstelijns zorgverlener een grotere rol kunnen spelen in diabetespreventie.

### *Depressie*

Tussen 2006 en 2018 is het aantal volwassenen dat met een stemmingsstoornis geregistreerd staat bij de huisarts gestegen van

483.700 naar 590.100. In meer dan 90% van de stemmingsstoornissen gaat het om een depressie (hoofdstuk 8).

In deze periode zijn 11 landelijke initiatieven om het ontstaan van een depressie te voorkomen of een mogelijke depressie in een vroeg stadium op te sporen, gestart, aangepast of afgerond. Hiervan valt de helft onder voorlichting. Het doel hiervan was met name om klachten te herkennen en mensen te stimuleren om hulp te zoeken als ze klachten hebben. Initiatieven die bedoeld zijn voor mensen die al een depressie hebben, zijn in dit onderzoek niet meegenomen.

Uit het literatuuronderzoek en discussiesessie met experts kan niet vastgesteld worden welk effect de initiatieven hebben gehad op het aantal mensen met depressie in de periode 2006 t/m 2018. Ook hiervoor ontbreekt informatie over de effectiviteit van de initiatieven. Wel hebben de initiatieven er mogelijk voor gezorgd dat mensen zich bewuster zijn geworden van depressie en het herkennen ervan. Ook kunnen ze ervoor gezorgd hebben dat het stigma rondom depressie verminderd is. Daardoor zijn mensen met klachten waarschijnlijk vaker hulp gaan zoeken en hebben huisartsen vaker een depressie vastgesteld. Het kan dus zo zijn dat de initiatieven het aantal mensen met een depressie niet heeft beïnvloed, maar vooral de registratie ervan. De initiatieven hadden mogelijk meer effect gehad kunnen hebben op de preventie van depressie als er eerder was ingezet op een integrale aanpak, waarbij verschillende doelgroepen centraal staan, zoals adolescenten. Het Meerjarenprogramma Depressiepreventie heeft een dergelijke integrale aanpak voor ogen. Dit initiatief is pas in 2017 gestart. Daardoor kunnen er geen effecten van dit programma zijn op het aantal mensen met een depressie in de periode 2006 t/m 2018.

#### *Factoren die gemeentelijk preventief gezondheidsbeleid bevorderen*

Uit het verkennende onderzoek naar factoren die het vormgeven en uitvoeren van effectief gemeentelijk gezondheidsbeleid kunnen bevorderen komt een aantal factoren naar voren (hoofdstuk 9). Het gaat hierbij onder andere om het belang van integrale samenwerking, het borgen van het preventiebeleid en het betrekken van inwoners bij de ontwikkeling van initiatieven. Zo werken de drie gemeenten met gunstige prevalentiecijfers vanuit een integrale visie aan preventie, die in samenspraak met diverse partijen binnen en buiten het domein van de volksgezondheid tot stand is gekomen. Langlopende initiatieven worden doorontwikkeld en er is in deze gemeenten aandacht voor borging. Dit is belangrijk voor een structurele inbedding van preventie-initiatieven, met een blijvend bereik en effect op de gezondheid van de inwoners. Om het preventief gezondheidsbeleid beter te laten aansluiten bij de behoeften van de inwoners, worden zij in twee gemeenten met gunstige prevalentiecijfers betrokken bij de ontwikkeling van beleid en nieuwe preventie-initiatieven. Verder laten de resultaten van het verkennend onderzoek zien dat twee van de gemeenten met gunstigere prevalentiecijfers meer gebruikmaken van grote landelijke initiatieven, zoals JOGG, Sport en Bewegen in de Buurt of de Gezonde School. De derde gemeente met relatief gunstige prevalentiecijfers voert soortgelijke lokaal ontwikkelde initiatieven uit.

### **Meeste aanwijzingen voor gunstige effecten bij roken en alcoholgebruik**

Kort samengevat zijn er voor roken en alcoholgebruik de meeste aanwijzingen voor een gunstig effect van de initiatieven. Voor deze speerpunten hebben waarschijnlijk vooral de wettelijke maatregelen, zoals verkooprestricties en accijnzen, er mede voor gezorgd dat er in 2018 minder mensen rookten of overmatig alcohol dronken dan in 2006. De stijging in overgewicht en obesitas onder volwassenen heeft zich tussen 2006 en 2018 in hetzelfde tempo voortgezet als daarvoor. Desondanks is het niet uit te sluiten dat initiatieven, zoals Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG), Buurt, Onderwijs en Sport (BOS) impuls en Sport en Bewegen in de Buurt, de groei van het aantal mensen met overgewicht en obesitas heeft geremd. Effecten van externe ontwikkelingen die zorgen voor een omgeving waarin het makkelijk is overgewicht te ontwikkelen, waren waarschijnlijk sterker dan de remmende werking van deze initiatieven. Voorbeelden hiervan zijn een toename in de beschikbaarheid van makkelijk en energierijk voedsel en zittend gedrag. Voor diabetes en depressie is de bijdrage van de verschillende initiatieven minder duidelijk. Voor deze initiatieven is het minst bekend over de effectiviteit. Ook was er in de sessies met de experts veel discussie over de gebruikte indicatoren. Het is namelijk lastig te beoordelen welk deel van de stijging in het aantal mensen dat bij de huisarts is geregistreerd vanwege diabetes of depressie komt door een toename van het aantal mensen met klachten dat zich bij de huisarts meldt.

Uit dit onderzoek kwam een aantal bevindingen naar voren die voor alle speerpunten overeen kwamen. Deze worden hieronder toegelicht. Een aantal van deze aspecten kwam ook naar voren uit het verkennende onderzoek naar factoren die het vormgeven en uitvoeren van effectief gemeentelijk gezondheidsbeleid kunnen bevorderen.

### **Effect van initiatieven op speerpunten is niet in cijfers uit te drukken**

Voor elk van de zes speerpunten bleek het lastig uitspraken te doen over de effecten van de losse initiatieven op de ontwikkeling in de speerpunten tussen 2006 en 2018. Dat kwam onder andere doordat er weinig onderzoek gedaan is naar de effectiviteit en het bereik van een groot deel van de initiatieven. Soms zijn er wel evaluaties gedaan, maar vaak worden daarin vooral procesmatige tussenuitkomsten op de korte termijn gemeten, zoals deelname aan de initiatieven. Dat geeft onvoldoende inzicht in de werkelijke impact van de preventieve initiatieven op de speerpunten. Daarnaast zijn er in de onderzochte periode meerdere initiatieven uitgevoerd. Bovendien zijn er voor alle speerpunten maatschappelijke, culturele, sociale en politieke factoren aan te wijzen die de ontwikkeling van de speerpunten tussen 2006 en 2018 positief of negatief hebben beïnvloed. Een voorbeeld hiervan met een gunstige effect is de toegenomen aandacht voor een gezonde leefstijl. De toename van beeldschermgebruik heeft daarentegen naar alle waarschijnlijkheid een negatief effect. De ontwikkelingen in de speerpunten, zoals het percentage rokers of percentage mensen met overgewicht, zijn het gevolg van al deze effecten samen. Daardoor is het effect van de individuele initiatieven niet te onderscheiden.

### **Initiatieven hebben bewustwording vergroot**

Het is zoals gezegd niet altijd duidelijk te maken wat de bijdrage is geweest van de individuele initiatieven aan de ontwikkeling in de speerpunten. Wel hebben de initiatieven geleid tot meer bewustwording. Voor alle speerpunten werd door de experts aangegeven dat de initiatieven er mede voor hebben gezorgd dat burgers en professionals zich bewuster zijn geworden van het belang van een gezonde leefstijl of de noodzaak om hulp te zoeken bij klachten. Ook zijn door de initiatieven roken en alcoholgebruik minder normaal geworden. Ondanks dat het jaren kan duren voordat veranderingen in gedrag zichtbaar worden, is het goed mogelijk dat mensen door de initiatieven wel een stap vooruit hebben gedaan op weg naar gedragsverandering.

### **Effectieve maatregelen kunnen sterker worden ingezet**

Voor de speerpunten roken en alcohol is meer op wet- en regelgeving ingezet dan voor de andere speerpunten. Wet- en regelgeving heeft bij die speerpunten waarschijnlijk het meest bijgedragen aan de gunstigere ontwikkeling. Toch had er ook voor deze speerpunten meer bereikt kunnen worden als de wetgeving en handhaving daarvan strikter was geweest. In het Nationaal Preventieakkoord zijn hier al afspraken over gemaakt. Zo is er onder andere afgesproken om meer plekken rookvrij te maken en de marketing van alcoholhoudende dranken verder te beperken. Recent zijn er nog extra maatregelen voorgesteld aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om vervolgstappen richting de ambities van het Preventieakkoord voor 2040 te zetten. Ook andere bestaande initiatieven kunnen nog verbeterd worden, zodat ze mogelijk een groter effect hebben.

### **Meer aandacht voor de leefomgeving is nodig**

Voor de speerpunten overgewicht, bewegen en diabetes wordt hoofdzakelijk voorlichting en educatie ingezet. Voor deze speerpunten gaven de experts aan dat er meer effect bereikt had kunnen worden als er meer was ingezet op het realiseren van een gezonde leefomgeving. Veel van de bestaande initiatieven op dit terrein zijn vrijwillig en de experts vinden dat te vrijblijvend. Eind 2018 zijn er in het Nationaal Preventieakkoord ook meerdere afspraken gemaakt op dit terrein. Recent zijn er nog extra maatregelen voorgesteld om vervolgstappen richting de ambities van het Preventieakkoord voor 2040 te zetten. Voorbeelden hiervan zijn ongezonde voeding duurder maken en gezonde voeding goedkoper en een verbod op reclame voor producten buiten de Schijf van Vijf.

### **Beleid nog onvoldoende integraal**

Voor ieder speerpunt werd door experts aangegeven dat het belangrijk is om een integrale aanpak te hebben en dat hier verbetering mogelijk is. In 2011 werd ook al duidelijk dat een dergelijke aanpak in Nederland te weinig werd gebruikt. Integraal beleid is nodig om complexe gezondheidsproblemen aan te pakken. Het is gericht op zowel leefstijlfactoren van mensen als op hun sociale en fysieke omgeving, participatie en toegang tot voorzieningen. Sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein werken bij deze aanpak samen aan gezondheid. De drie gemeenten met gunstige prevalentiecijfers in het verkennend onderzoek werkten vanuit een integrale visie op preventie.

### **Veel initiatieven zijn gericht op de algemene bevolking en jongeren**

Goed integraal beleid zet initiatieven in die gericht zijn op verschillende doelgroepen. Veel van de geïnventariseerde initiatieven voor de speerpunten roken, alcohol, overgewicht en bewegen zijn op de algemene bevolking en jongeren gericht. Dat laatste is onder andere gedaan vanuit de gedachte dat een gezonde leefstijl makkelijker aan te leren is als je er mee opgroeit. Sommige initiatieven voor de speerpunten diabetes en depressie zijn gericht op verschillende doelgroepen. Om nog meer te kunnen bereiken, is het volgens experts belangrijk om bepaalde doelgroepen (nog) meer aandacht te geven. Het gaat om mensen met een lage sociaaleconomische positie bij alle speerpunten, volwassenen bij de preventie van overgewicht en adolescenten bij depressiepreventie.

### **Preventie is een zaak van lange adem**

Bij alle discussiesessies kwam ten slotte ook naar voren dat preventie een zaak is van de lange adem. Continuïteit in de initiatieven is nodig om tot gedragsverandering te komen. Uit de inventarisatie van initiatieven blijkt dat er weinig initiatieven echt zijn afgerond in de periode 2006 t/m 2018. Binnen programma's zijn activiteiten soms van korte duur, zoals een jaarlijks wisselende campagne. In de gemeenten met gunstige prevalentiecijfers (voor roken, alcohol, overgewicht en/of bewegen) worden langlopende initiatieven doorontwikkeld en er is in deze gemeenten aandacht voor borging. Dit is belangrijk voor een structurele inbedding, met een blijvend bereik en effect op de gezondheid van de inwoners. Ook voor het meten van een effect op de speerpunten is een lange adem nodig. Het is aannemelijk dat er voor leefstijlfactoren sneller effecten van initiatieven zichtbaar zijn dan voor chronische ziekten, zoals diabetes en depressie. Van veel initiatieven is echter niet bekend wat de effecten zijn op de langere termijn, bijvoorbeeld na vijf of tien jaar. Onderzoek naar het effect van de initiatieven is schaars en kijkt vaak niet verder dan één jaar. Dit pleit niet alleen voor meer maar ook voor langlopende studies naar het effect van initiatieven.

### **Conclusies**

Tussen 2006 en 2018 zijn er veel nieuwe initiatieven gestart om tabak- en alcoholgebruik te ontmoedigen, bewegen te stimuleren en overgewicht, diabetes en depressie te voorkomen. Deze initiatieven hebben er mede voor gezorgd dat men zich er bewuster van is geworden dat deze factoren belangrijk zijn voor de gezondheid. Het is echter lastig vast te stellen hoe groot de bijdrage van de initiatieven precies is geweest op de prevalentiecijfers. Voor roken en alcoholgebruik hebben zeer waarschijnlijk vooral de wettelijke maatregelen, zoals verkooprestricties en accijnzen, er mede voor gezorgd dat er in 2018 minder mensen rookten en overmatig alcohol dronken dan in 2006. Voor de andere speerpunten is de bijdrage van de verschillende initiatieven minder duidelijk. Om meer inzicht in de effecten te krijgen is meer kwantitatief én kwalitatief onderzoek nodig. Kwantitatief onderzoek kan inzicht geven in de effectiviteit en het bereik van de initiatieven, terwijl kwalitatief onderzoek kan helpen begrijpen waarom initiatieven wel of niet werken, en voor wie. Maar ook als deze informatie beschikbaar zou zijn, zouden veranderingen in de speerpunten niet enkel oorzakelijk toe

te schrijven zijn aan een initiatief. Er zijn namelijk allerlei initiatieven tegelijkertijd ingezet. Daarnaast zijn er ook maatschappelijke, culturele, sociale en politieke factoren die de ontwikkeling van de speerpunten beïnvloed hebben. De effecten van deze factoren en de gecombineerde initiatieven zijn niet van elkaar te onderscheiden.

De inzichten over de effecten die de initiatieven op de ontwikkeling van de speerpunten tussen 2006 en 2018 hebben gehad of juist niet en lessen die daaruit volgen, bieden beleidsmakers aanknopingspunten om het huidige preventieve gezondheidsbeleid verder vorm te geven en te versterken. Zo onderstreept dit onderzoek nogmaals het belang van integraal gezondheidsbeleid, waarbij verschillende typen maatregelen worden ingezet, gericht op meerdere doelgroepen, en wordt samengewerkt met verschillende sectoren binnen en buiten het gezondheidsdomein. Door ook meer in te zetten op een gezonde leefomgeving en effectieve maatregelen (zoals wet- en regelgeving) te versterken of in te voeren waar deze er nog niet zijn, kan waarschijnlijk meer gezondheidswinst worden gehaald.

## 1 Inleiding

Om de Nederlandse bevolking langer gezond te houden voert de overheid al jarenlang preventief gezondheidsbeleid. Met dit beleid wil de overheid de sterke toename van het aantal mensen met één of meerdere chronische ziekten afremmen en gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische positie zo klein mogelijk maken. De afgelopen jaren kende het landelijk preventief gezondheidsbeleid zes speerpunten, namelijk het ontmoedigen van tabak- en alcoholgebruik, het stimuleren van bewegen en het voorkomen van overgewicht, diabetes en depressie (1-3). Roken, overgewicht en diabetes zijn speerpunten sinds de nota preventiebeleid 'Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag' (4). In 2006 kwamen daar de speerpunten (overmatig) alcoholgebruik en depressie bij (1). Bewegen was sinds 2006 een belangrijk aandachtspunt en is sinds 2011 benoemd als speerpunt van het landelijk preventief gezondheidsbeleid (2). Om de doelen van het landelijk preventief gezondheidsbeleid te behalen, worden voor deze zes speerpunten verschillende initiatieven uitgevoerd, zoals wet- en regelgeving en preventieprogramma's.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil weten in hoeverre de landelijke initiatieven die tussen 2006 en 2018 zijn uitgevoerd bovengenoemde speerpunten hebben beïnvloed. Er is namelijk nog geen compleet beeld beschikbaar van de effecten van het totaalpakket aan preventie initiatieven. Het RIVM heeft daarom eerst per speerpunt de initiatieven in kaart gebracht die in die periode zijn gestart, aangepast of afgerond (5). Het gaat hierbij om initiatieven van de Rijksoverheid, landelijke thema-instituten en gezondheidsfondsen. De gebruikte definities staan in Tekstbox 1.1. De resultaten van deze inventarisatie zijn in de rapportage [Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld](#) uitgebreid beschreven.

Het RIVM heeft vervolgens onderzocht wat mogelijk het effect is geweest van de geïnventariseerde initiatieven op elk van de afzonderlijke speerpunten in de periode 2006 t/m 2018. Er zijn in het verleden diverse onderzoeken uitgevoerd naar de effecten van onder meer wet- en regelgeving (bijvoorbeeld accijnsverhoging) en preventieprogramma's (bijvoorbeeld Gezonde School). Er is echter nog geen compleet overzicht beschikbaar van deze effecten of van het totaalpakket aan initiatieven. Inzichten over effecten van het preventief gezondheidsbeleid en lessen die daaruit volgen bieden beleidsmakers eventueel aanknopingspunten om het huidige beleid verder vorm te geven en te versterken, bijvoorbeeld voor het Nationaal Preventieakkoord (6).

*Tekstbox 1.1 In dit rapport gebruikte definities van beleidsinitiatieven\*.*

### **Wet- en regelgeving**

Een wet is een geschreven rechtsregel die is opgesteld door de Rijksoverheid. Bij regelgeving worden directieve kaders vastgesteld om wetten goed te kunnen implementeren of toepassen.

*Voorbeeld: accijnsverhoging, leeftijdsgrenzen voor de verkoop van alcohol en tabak.*

### **Programma**

Een programma is gedefinieerd als een geheel van verschillende en vaak samenhangende initiatieven, gericht op het nastreven van bepaalde doelen bij één of meer vastgestelde doelgroepen.

*Voorbeeld: Gezonde School, Nationaal Actieprogramma Diabetespreventie.*

### **Maatschappelijke beweging**

Er is een brede definitie van een maatschappelijke beweging gehanteerd. Het is gedefinieerd als een initiatief waarin verschillende partijen (bedrijfsleven en/of maatschappelijke organisaties) al dan niet samen met de Rijksoverheid, afspraken maken om ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid acties te ondernemen voor een gemeenschappelijk ideaal en/of doel. De afspraken kunnen gemaakt zijn op initiatief van de overheid of op initiatief van maatschappelijke partijen.

*Voorbeeld: Rookvrije Generatie, Alles is Gezondheid, Nationaal Preventieakkoord.*

### **Voorlichting**

Voorlichting is het geven van informatie waardoor de doelgroep kennis verkrijgt en aangemoedigd wordt tot gezond(er) gedrag of ondersteund wordt bij het maken van preventie- en gezondheidsbeleid.

*Voorbeeld: NIX18 campagne, Schijf van Vijf.*

### **Overig**

In deze categorie vallen enkele initiatieven die niet onder de vier bovenstaande definities vallen, maar wel op preventie gericht zijn of preventie ondersteunen.

*Voorbeeld: Het erkenningstraject voor interventies van het Loket Gezond Leven.*

\* Deze definities zijn opgesteld t.b.v. dit onderzoek en gelden niet in zijn algemeenheid.

De focus lag in het onderzoek op de vraag of en in welke mate de initiatieven effect hebben gehad op een aantal indicatoren die zo veel mogelijk de speerpunten zelf weergeven, zoals het percentage rokers of mensen met overgewicht. Daarom is eerst voor ieder speerpunt in kaart gebracht hoe deze indicatoren (speerpunten) zich ontwikkelden in de periode 2006 t/m 2018. Kort samengevat is er een niet-systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de initiatieven. Daarna zijn er discussiesessies met experts op het gebied van preventie en de speerpunten gehouden om meer inzicht te krijgen in het effect dat



de initiatieven in de praktijk hebben gehad. Voor de speerpunten roken, (overmatig) alcoholgebruik en overgewicht is ook een internationale vergelijking uitgevoerd. Vanuit de gedachte dat landelijk preventief gezondheidsbeleid lokaal verder vorm krijgt, is ten slotte ook een verkennend onderzoek uitgevoerd naar (lokale) factoren die succesvol gemeentelijk gezondheidsbeleid bevorderen.

### **Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 beschrijft de methoden die voor dit onderzoek zijn gebruikt. Hoofdstuk 3 t/m 8 beschrijven de resultaten van het onderzoek naar het effect van de initiatieven voor ieder speerpunt in de volgorde roken, (overmatig) alcoholgebruik, overgewicht, bewegen, diabetes en depressie. Deze hoofdstukken kennen een standaard opbouw. Eerst wordt de ontwikkeling van het speerpunt over de tijd weergegeven. Daarna wordt beschreven wat volgens internationale richtlijnen of adviezen de beleidsmaatregelen zijn die binnen het preventief gezondheidsbeleid uitgevoerd moeten worden. Dan volgt een beschrijving van de resultaten van het literatuuronderzoek over de effectiviteit van de initiatieven, de discussiesessie met experts en – voor de speerpunten roken, (overmatig) alcoholgebruik en overgewicht – de internationale vergelijking. Elk hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf die de resultaten samenvat en de conclusies weergeeft. Hoofdstuk 9 beschrijft de resultaten van het verkennend onderzoek naar (lokale) factoren die bevorderend werken op het vormgeven en uitvoeren van effectief gemeentelijk preventief gezondheidsbeleid. Hoofdstuk 10 geeft een overzicht van de belangrijkste resultaten en bediscussieert de betekenis daarvan, zodat hier mogelijk lessen uit geleerd kunnen worden.



## 2 Methoden

In dit hoofdstuk worden eerst de methoden beschreven die gebruikt zijn om te onderzoeken wat het effect van de initiatieven is geweest op de ontwikkeling in de speerpunten. Zoals in de inleiding is aangegeven lag de focus hierbij op de vraag of en in welke mate de initiatieven effect hebben gehad op een aantal indicatoren die zo veel mogelijk de speerpunten zelf weergeven, zoals het percentage rokers of mensen met overgewicht. Vervolgens wordt de aanpak beschreven van het verkennende onderzoek naar (lokale) factoren die succesvol gemeentelijk gezondheidsbeleid bevorderen.

### 2.1 Aanpak onderzoek naar effect van initiatieven op de speerpunten

#### *Ontwikkeling speerpunten in de periode 2006 t/m 2018*

Voor de ontwikkeling in de speerpunten is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van de informatie die op de website [www.volksgezondheidszorg.info](http://www.volksgezondheidszorg.info) (VZinfo) van het RIVM beschikbaar is onder het kopje cijfers en context > trends. Het betreft vooral prevalentiecijfers, die weergeven hoe vaak een bepaald gedrag of aandoening in de Nederlandse bevolking voorkomt. Hierdoor is de informatie die het RIVM naar buiten brengt zo eenduidig mogelijk. Voor de speerpunten roken, (overmatig) alcoholgebruik, overgewicht en bewegen komen de gegevens uit de Leefstijlmonitor (7). Voor de speerpunten diabetes en depressie komen de gegevens uit de Nivel Zorgregistraties eerste lijn (8). In enkele gevallen presenteert VZinfo de gegevens niet op een manier die voor dit onderzoek gewenst was. In die gevallen zijn aanvullende gegevens gevraagd. Dit was bijvoorbeeld het geval voor de trend in het aantal mensen met diabetes, die op VZinfo uitgedrukt is in een indexcijfer, terwijl voor dit onderzoek het aantal patiënten per 1000 gewenst was.

#### *Niet-systematisch literatuuronderzoek*

Voor de geïnventariseerde initiatieven (5) die gericht zijn op de zes speerpunten is gezocht naar effect- en/of procesevaluaties. Effectevaluaties beschrijven onderzoek waarbij gekeken is naar het effect op roken, alcoholgebruik, overgewicht, bewegen, diabetes en depressie of op tussenuitkomsten. Effecten op tussenuitkomsten kunnen mogelijk ook (direct) effect hebben op de speerpunten zelf. Voorbeelden hiervan zijn effecten op eetgedrag of effecten op het herkennen van depressieve klachten. Procesevaluaties daarentegen kijken naar factoren die de in- en uitvoering van een initiatief bevorderen of belemmeren. Onderzoek dat inzicht geeft in het aantal subsidies dat verstrekt is, het aantal projecten dat is afgerond en dergelijke, valt hier ook onder. Er is zo veel mogelijk gezocht naar het effect van de losse initiatieven zoals ze in Nederland zijn uitgevoerd, waarbij de naam van het initiatief een belangrijke zoekterm was. Als er geen onderzoek in Nederland of helemaal geen onderzoek naar het specifieke initiatief beschikbaar was, is gezocht naar onderzoek voor soortgelijke initiatieven in binnen- en buitenland. Initiatieven die eind 2018 zijn gestart of primair gericht zijn op professionals én op leefstijl in het algemeen zijn buiten beschouwing

gelaten. Hiervan is het effect op de speerpunten namelijk niet vast te stellen.

Er is gezocht in wetenschappelijke en niet-wetenschappelijke literatuur, zoals rapporten, factsheets, presentaties en jaarverslagen. Hiervoor zijn de databanken Cochrane, Pubmed en Google Scholar gebruikt. Ook zijn de websites van de initiatieven geraadpleegd. Vanwege de reikwijdte van het onderzoek (meer dan 100 initiatieven) is er geen systematische zoekstrategie gebruikt. Hoewel deze zoekstrategie dus mogelijk niet volledig is, wordt ervan uitgegaan dat de meest relevante literatuur is gevonden.

#### *Discussiesessie met experts*

Voor alle zes speerpunten is een discussiesessie met experts georganiseerd. De experts hebben kennis op het gebied van gezondheid- en preventie(beleid) in het algemeen of zijn expert op het gebied van één van de zes speerpunten. Zij zijn werkzaam bij onder meer universiteiten, kennisinstituten, patiëntenverenigingen en ziekenhuizen. De experts zijn gevonden via het netwerk van het team en collega's en via zoekmachines op internet. In Bijlage 1 is een overzicht te vinden van de geraadpleegde experts.

Voor elk speerpunt is een discussiesessie van 2,5 uur georganiseerd. Enkel voor het speerpunt roken is nog een tweede sessie georganiseerd om in totaal voldoende experts te kunnen raadplegen. Alle sessies, behalve de eerste voor roken, hebben vanwege de coronamaatregelen digitaal plaatsgevonden. Een facilitator leidde het gesprek.

De experts ontvingen ter voorbereiding een beschrijving van de ontwikkeling in de speerpunten, de initiatieven en de resultaten van het literatuuronderzoek naar hun effectiviteit. Behalve voor de discussiesessie van het speerpunt roken hebben de experts ook twee voorbereidende opdrachten gemaakt. Bij de eerste opdracht is gevraagd aan te geven welke (maatschappelijke, culturele, technische) ontwikkelingen van de afgelopen vijftien jaar volgens de expert de prevalentiecijfers in Nederland in belangrijke mate hebben beïnvloed. Hiermee werd inzicht verkregen in ontwikkelingen die naast het beleid van invloed kunnen zijn geweest. Bij de eerste sessie voor het speerpunt roken is ter plekke aan de experts gevraagd deze te noemen. De resultaten zijn in ieder hoofdstuk weergegeven (behalve voor het speerpunt roken). De tweede opdracht bestond uit het scoren van de initiatieven op het effect dat zij volgens de experts hebben gehad op de ontwikkeling in de speerpunten (prevalentiecijfers) tussen 2006 en 2018. Het gaat hierbij dus niet om het effect dat een initiatief (bijvoorbeeld accijnzen) in z'n algemeenheid *kan* hebben, maar om het effect dat een initiatief zoals het in Nederland is uitgevoerd *heeft gehad* (de accijnsverhogingen die er tussen 2006 en 2018 zijn geweest). Elke expert kon ieder initiatief een cijfer van 1 t/m 10 geven, waarbij het cijfer 1 stond voor 'geen impact' en het cijfer 10 voor 'zeer veel impact'. Bij de discussiesessie voor roken hebben de experts kaartjes met daarop de initiatieven op volgorde gelegd van veel impact (bovenaan) naar geen impact. De resultaten van deze tweede opdracht waren vooral bedoeld om de discussie met de experts op gang te brengen en zijn niet in dit rapport opgenomen.

Tijdens de discussiesessie zijn kort het doel van het onderzoek en de resultaten van de eerdere inventarisatie van initiatieven gepresenteerd. De experts konden vervolgens aangeven of er nog initiatieven misten. Daarna zijn de resultaten van de eerste opdracht gepresenteerd en is besproken welke ontwikkelingen de prevalentiecijfers hebben beïnvloed. Daarna zijn de resultaten van de tweede opdracht gepresenteerd, waarbij er vooral werd aangegeven in hoeverre de scores van de verschillende experts overeen kwamen of niet. De experts konden vervolgens aangeven waarom ze bepaalde scores gegeven hadden. Hierdoor kwam de discussie over het effect van de initiatieven op gang. Tot slot konden de experts aangeven wat volgens hen de belangrijkste lessen zijn die uit de resultaten over de periode 2006-2018 volgen. Van elke discussiesessie is een verslag gemaakt dat is gedeeld met de experts. De experts konden vervolgens opmerkingen op dit verslag doorgeven. Het verslag met de opmerkingen is als input voor dit rapport gebruikt.

#### *Internationale vergelijking*

De internationale vergelijking is alleen uitgevoerd voor de speerpunten roken, (overmatig) alcoholgebruik en overgewicht. Vanwege de beperkte opbrengsten in combinatie met de geringe tijd die nog beschikbaar was, is voor de andere speerpunten geen internationale vergelijking uitgevoerd. Allereerst zijn voor elk van de drie speerpunten prevalentiecijfers over meerdere jaren van zo veel mogelijk Europese landen gezocht. Indien mogelijk gebeurde dit apart voor volwassenen en jongeren. Op basis van deze cijfers zijn twee of drie landen gekozen om mee te vergelijken. Landen kwamen in aanmerking als ze sinds 2006 een gunstigere ontwikkeling hebben doorgemaakt of omdat ze over de hele periode gunstigere prevalentiecijfers kenden in vergelijking met Nederland. Bijvoorbeeld als het percentage rokers tussen 2006 en 2018 sterker is gedaald dan in Nederland. Voor de geselecteerde landen is met behulp van rapporten van internationale organisaties, zoals de WHO en de OECD, het beleid gericht in kaart gebracht. Hierbij is gekeken of bepaalde (aanbevolen) beleidsinitiatieven worden uitgevoerd. Waar mogelijk is gebruikgemaakt van een schaal of index, zoals de Tobacco Control Scale (TCS) en de Alcohol Policy Index (API). Op basis van de overeenkomsten en verschillen in de prevalentiecijfers en de uitgevoerde beleidsinitiatieven is geprobeerd te begrijpen hoe deze samenhangen met de ontwikkeling in de speerpunten. Mogelijk zijn hier dan ook conclusies uit te trekken over de Nederlandse initiatieven.

## **2.2 Aanpak verkennend onderzoek naar gemeentelijk gezondheidsbeleid**

In het verkennende onderzoek naar (lokale) factoren die succesvol gemeentelijk gezondheidsbeleid bevorderen stonden zes gemeenten centraal. Het selectie criterium voor drie van deze gemeenten was dat ze in 2016 voor drie of vier van de leefstijlfactoren roken, alcoholgebruik, bewegen en/of overgewicht gunstigere prevalentiecijfers hadden dan het Nederlands gemiddelde ( $>0,5$  standaarddeviatie onder het gemiddelde). In de praktijk betekende dit dat deze drie gemeenten vooral gunstiger dan gemiddeld scoren voor roken, overmatig alcoholgebruik en bewegen. Voor overgewicht waren de prevalentiecijfers in deze drie gemeenten in 2016 rond het landelijk gemiddelde. Dit onderzoek

baseert zich op prevalentiecijfers in 2016, omdat dit het meest recente jaar is waarvoor deze cijfers beschikbaar zijn (9). Daarnaast is na de selectie van de zes gemeenten ook gekeken naar de prevalentiecijfers van 2012, om inzicht te krijgen in de verandering over tijd. Ook hadden deze drie gemeenten in 2016 relatief veel inwoners met een lage sociale status (zie Tekstbox 2.1 voor verdere uitleg van de leefstijlfactoren en sociale status). Daardoor kon sociale status geen verklaring zijn voor de relatief gunstige prevalentiecijfers. De drie gemeenten variëren in inwonersaantal; er is één kleine gemeente (inwonersaantal ~17.000), één middelgrote gemeente (inwonersaantal ~25.000) en één grote gemeente (inwonersaantal ~48.000) geselecteerd. Deze drie gemeenten zijn paarsgewijs vergeleken met drie andere gemeenten met eenzelfde bevolkingsomvang (maximaal 10% verschil in inwonersaantal) en leeftijdsverdeling (maximaal 2,5% verschil per leeftijdscategorie: <20 jaar, 20-45 jaar, 45-65 jaar en >65 jaar), maar met gemiddelde (<0,5 standaarddeviaties boven of onder het gemiddelde) of relatief hoge prevalentiecijfers (>0,5 standaarddeviatie boven het gemiddelde) voor drie of vier van de leefstijlfactoren. Twee van de drie vergelijkingsgemeenten hadden een vergelijkbare lage sociale status als de gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers, de andere gemeente een hogere. De gemeenten blijven anoniem in deze rapportage.

Na het selecteren van de zes gemeenten is deskresearch uitgevoerd om gemeenteprofielen op te stellen. De gemeenteprofielen bevatten kerngetallen en indicatoren die op gemeenteniveau de maatschappelijke situatie beschrijven. Dit zijn demografische (inwonersaantal en leeftijdsverdeling), geografische (regio, mate van stedelijkheid, oppervlakte en aantal kernen), economische (werkloosheidspercentage), sociaal-culturele (sociale status en maatschappelijke participatie) en politiek-institutionele (samenstelling van de gemeentecoalitie) gegevens van de zes gemeenten. Dit zijn factoren die van invloed kunnen zijn op het gevoerde beleid (10) en helpen bij het duiden van de verschillen tussen de gemeenten met gunstige en minder gunstige prevalentiecijfers. De gegevens zijn o.a. afkomstig van websites als [www.waarstaatjegemeente.nl](http://www.waarstaatjegemeente.nl), [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl) en [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

*Tekstbox 2.1 Uitleg gebruikte leefstijlfactoren en sociale status.*

De leefstijlfactoren zijn het percentage rokers, het percentage mensen dat overmatig alcohol drinkt, het percentage mensen dat niet voldoet aan de Beweegnorm uit het jaar 2000 en het percentage mensen met overgewicht. De cijfers zijn afkomstig uit de Gezondheidsmonitor volwassenen en ouderen 2012 en 2016 van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en), Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en RIVM en worden per thema weergegeven op de website [www.volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info). Onder rokers verstaan we respondenten die de vraag "Rookt u weleens?" beantwoord hebben met 'ja'. Onder overmatig drinken wordt voor vrouwen meer dan 14 glazen alcohol per week verstaan en voor mannen meer dan 21 glazen alcohol per week. Iemand voldoet aan de Beweegnorm (2000) door minstens vijf dagen per week minimaal een half uur matig intensief te bewegen, bijvoorbeeld door stevig te lopen (11) en mensen met overgewicht hebben een Body Mass Index van 25 kg/m<sup>2</sup> of hoger.

De sociale status van een gemeente is gebaseerd op wijkstatuscores die door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) berekend zijn (12). Deze score geeft aan hoe de sociale status van een wijk is in vergelijking met andere wijken in Nederland en is gebaseerd op opleidingsniveau, inkomen en positie op de arbeidsmarkt van de wijkbewoners. Vervolgens is de statusscore per gemeente berekend, waarbij rekening is gehouden met de omvang van de wijken. De omvang van de wijken is aan de hand van het aantal postcodes bepaald. Omdat de gemeenten voor deze studie geselecteerd zijn op basis van deze gemiddelde statusscore, kan het zijn dat er binnen de gemeenten zowel wijken met een hogere als lagere sociale status aanwezig zijn.

Om inzicht te krijgen in het gevoerde preventief gezondheidsbeleid is voor iedere gemeente geïnventariseerd welke preventie-initiatieven er in 2016 zijn uitgevoerd. Dit zijn zowel lokale, regionale als de landelijke initiatieven die gericht zijn op de vier leefstijlfactoren en het terugbrengen van gezondheidsverschillen, waarvan gemeenten zelf beslissen of ze wel of niet worden geïmplementeerd. Met landelijke initiatieven, zoals 'Jongeren op Gezond Gewicht' (JOGG), 'Gezonde School' of 'Sport en Bewegen in de Buurt', worden de initiatieven bedoeld die in 2018 door het RIVM zijn geïnventariseerd en door de Rijksoverheid zijn uitgevoerd, gesteund en/of gefinancierd, of initiatieven van enkele landelijk werkende organisaties, zoals Kenniscentrum Sport, Voedingscentrum, Pharos en het Trimbos Instituut (5). Voor de inventarisatie zijn verschillende lokale en regionale beleidsdocumenten geraadpleegd.

Vervolgens zijn er individuele of duo interviews gehouden met (in totaal acht) beleidsmedewerkers van alle zes gemeenten en (in totaal zeven) beleidsadviseurs voor lokaal gezondheidsbeleid werkzaam bij bijbehorende GGD'en. Twee GGD'en hebben aangegeven niet deel te nemen aan de interviews, waardoor voor vier gemeenten de informatie alleen gebaseerd is op interviews met de beleidsmedewerkers van de gemeente. De geïnterviewden zijn geselecteerd op basis van hun werkzaamheden en kennis op het gebied van lokaal preventief gezondheidsbeleid in en rond het jaar 2016. Het doel van de interviews was inzicht te krijgen in 1) de volledigheid en correctheid van de

resultaten van het deskresearch, 2) redenen voor het gekozen beleid in 2016, 3) initiatieven die in die periode volgens hen het meest succesvol waren en waarom en 4) het effect dat volgens hen het ingezette preventief gezondheidsbeleid heeft gehad op de gezondheid van de inwoners. Van elk interview is een samenvattend verslag geschreven dat ter aanvulling en accordering aan de geïnterviewden is gestuurd.

Daarna zijn zowel de gemeenteprofielen, het gevoerde preventieve gezondheidsbeleid als de interviewverslagen door twee onderzoekers voor elke set gemeenten met elkaar vergeleken. Dit deden de onderzoekers onafhankelijk van elkaar. Voor het gevoerde preventieve gezondheidsbeleid ging het om verschillen in de omvang van (het beoogde bereik van) de initiatieven, de verhouding van lokale, regionale en nationale initiatieven, de verhouding van eenmalige en langdurige initiatieven, de leefstijlfactoren waar initiatieven zich op richtten en wanneer de initiatieven gestart zijn – de initiatieven zelf worden in dit hoofdstuk niet gepresenteerd. Uit de verschillen in het uitgevoerde preventieve gezondheidsbeleid en de resultaten uit de interviewverslagen zijn mogelijke bevorderende factoren voor preventief gezondheidsbeleid geïdentificeerd. De bevindingen van beide onderzoekers zijn daarna vergeleken met elkaar. Verschillen in bevindingen zijn besproken en daar is consensus over bereikt. Daarna is gekeken in hoeverre de bevindingen tussen de drie sets overeenkwamen en of hier algemene conclusies over konden worden getrokken. Omdat dit een exploratief onderzoek is, is er niet gewerkt vanuit een theoretisch kader.



### 3 Effect van het Nederlandse tabaksontmoedigingsbeleid van 2006 t/m 2018

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag wat het effect van het preventief gezondheidsbeleid tussen 2006 en 2018 is geweest op roken in die periode. Het beschrijft eerst de ontwikkeling in roken over de tijd onder volwassenen en scholieren. Vervolgens wordt beschreven wat op basis van internationale richtlijnen gezien wordt als effectief beleid om roken te ontmoedigen. Daarna volgt een beschrijving van het Nederlandse beleid om roken te voorkomen of tegen te gaan, met een focus op de genoemde periode. Vervolgens wordt het effect van het Nederlandse beleid op roken beschreven aan de hand van:

1) literatuuronderzoek over de effectiviteit van de initiatieven, 2) een discussiesessie met experts op het gebied van preventie in het algemeen en tabaksontmoedigingsbeleid in het bijzonder en 3) een vergelijking van het Nederlandse tabaksontmoedigingsbeleid met het beleid in andere landen. Tot slot formuleren we op basis hiervan conclusies. Een uitgebreide beschrijving van de methoden staat in hoofdstuk 2.

#### 3.1 Ontwikkeling in roken: observatie en trendscenario

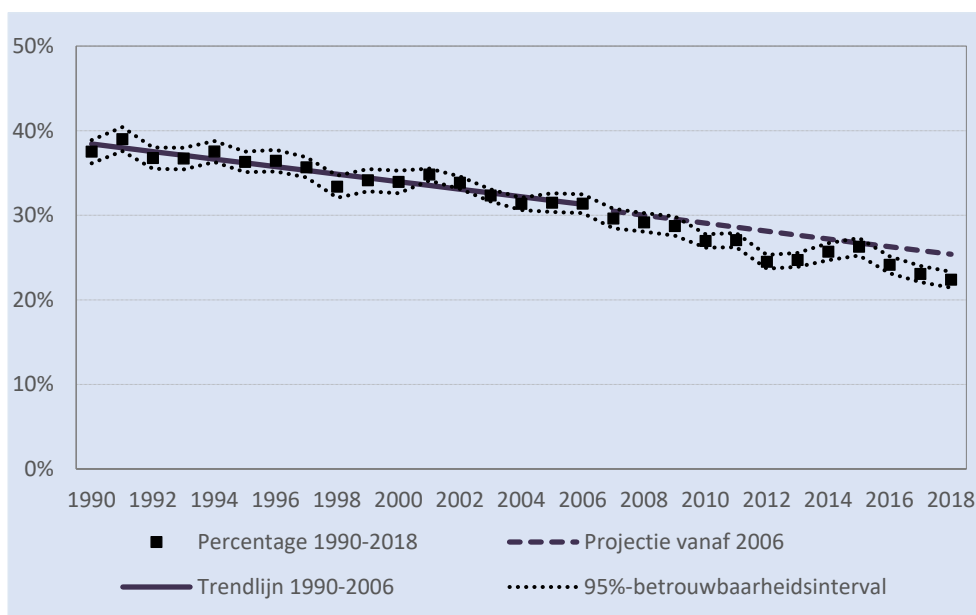
Hieronder wordt voor de periode 2006 t/m 2018 gerapporteerd over verschillende aan roken gerelateerde indicatoren onder volwassenen en scholieren. Om te bepalen of het beleid mogelijk effect heeft gehad op het percentage rokers, is voor volwassenen ook geschat wat de trend zou zijn geweest als de trend van 1990 tot 2006 zich onveranderd voort zou zetten ná 2006. Dit geeft het trendscenario weer als er vanaf 2006 geen nieuw beleid zou zijn ingezet (zie Tekstbox 3.1 voor toelichting).

##### *Tekstbox 3.1 Trendscenario.*

Het RIVM heeft een trendscenario berekend, waarbij de ontwikkeling in het percentage mensen dat rookt tussen 1990 en 2006 zich onveranderd voortzet tot 2018. Dit laat een scenario zien als er vanaf 2006 geen nieuw beleid zou worden ingezet, maar het tot dan toe gevoerde beleid wel voortgezet zou worden. In het trendscenario is rekening gehouden met veranderingen in bevolkingsomvang en leeftijdssamenstelling (10). Vervolgens is dit scenario vergeleken met de werkelijke ontwikkeling in het percentage mensen dat rookt. Dit geeft mogelijk een beeld van de bijdrage van het beleid dat sinds 2006 is gevoerd aan de trend in het percentage volwassenen dat rookt. Voor roken naar opleidingsniveau en roken onder scholieren is geen trendscenario bepaald omdat de beschikbare gegevens daarvoor te beperkt waren.

##### 3.1.1 *Volwassenen*

Tussen 1990 en 2006 daalde het percentage volwassenen van 18 jaar en ouder dat aangaf wel eens te roken significant van 38% naar 31%. Hieronder vallen ook de dagelijkse rokers (zie Figuur 3.1). Daarna daalde het percentage rokers verder naar 22% in 2018. De dalende trend in het percentage rokers was vergelijkbaar voor mannen en vrouwen, maar over de hele periode lag het percentage rokers bij vrouwen lager dan bij mannen.



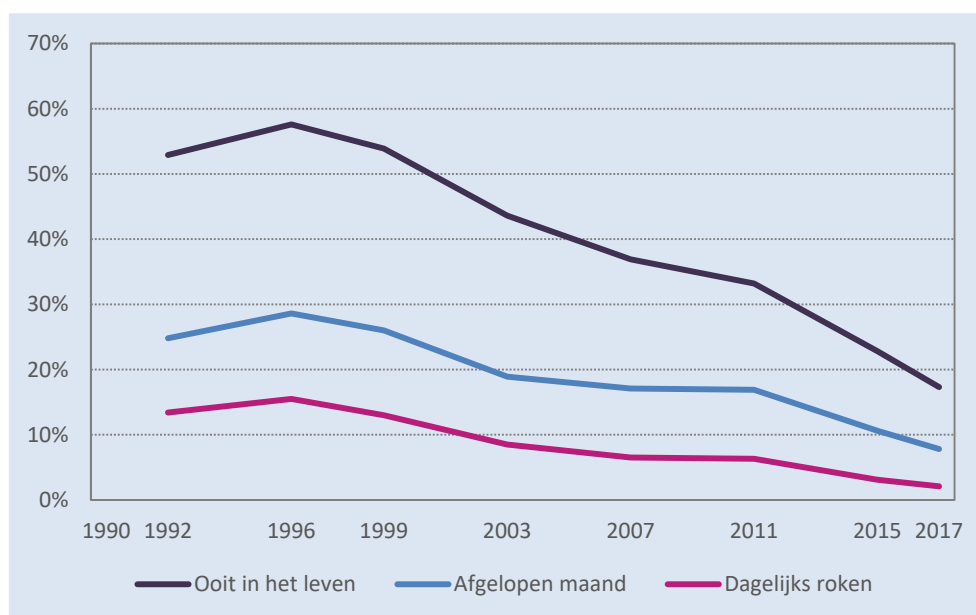
*Figuur 3.1 Percentage volwassenen (18 jaar en ouder) dat aangeeft wel eens te roken in de jaren 1990 t/m 2018 (13) naast het trendscenario vanaf 2006 dat uitgaat van de historische trend zonder dat er nieuw beleid wordt ingezet.*

Volgens het trendscenario zou het percentage volwassenen dat rookt na 2006 met 6 procentpunten verder dalen tot ongeveer 25% in 2018. Tussen 2006 en 2018 daalde het werkelijke percentage rokers echter met 9 procentpunten naar 22% (Figuur 3.1). Deze daling is groter (3 procentpunten) dan was verwacht op basis van het trendscenario, en komt overeen met ruwweg 400.000 rokers minder dan in het trendscenario zonder aanvullend tabaksbeleid vanaf 2006.

### 3.1.2

#### *Scholieren*

Sinds 1996 daalde het percentage scholieren van 12 tot 16 jaar dat ooit heeft gerookt van 58% naar 37% in 2007. Vervolgens daalde dit verder naar 17% in 2017 (Figuur 3.2). Ook het percentage scholieren dat aangeeft de afgelopen maand te hebben gerookt, daalde tussen 1996 en 2007 van 29% naar 17%, om vervolgens verder te dalen tot 8% in 2017. Het patroon voor het percentage scholieren dat dagelijks rookt is vergelijkbaar. Tussen 1996 en 2007 daalde het percentage van 15,5% naar 6,5% en daarna verder tot 2% in 2017.



Figuur 3.2 Rookgedrag onder scholieren (12-16 jaar) tussen 1992 en 2017 (14). Geen data voor 2018 beschikbaar.

### 3.2 Effectief tabaksontmoedigingsbeleid

Door de jaren heen zijn er verschillende internationale richtlijnen voor tabaksontmoedigingsbeleid opgesteld. Zo onderscheidt de World Bank zes categorieën van maatregelen die het gebruik van tabak effectief ontmoedigen (zie de categorieën A t/m F in Tekstbox 3.2) (15). Het is daarbij van belang dat deze maatregelen worden ingevoerd op een moment dat er brede maatschappelijke steun voor is. Overheden hebben hierbij de actieve betrokkenheid nodig van het maatschappelijk middenveld<sup>3</sup>, de private sector<sup>4</sup> en belangengroepen. Daarnaast hebben culturele factoren invloed op de zowel de wijze waarop nieuwe maatregelen kunnen worden ingevoerd als op het succes ervan (15). Zo kan het lastiger zijn om maatregelen in te voeren in een individualistische maatschappij, waarin vrijheid en individuele keuzes centraal staan, dan in een collectivistische maatschappij, waarin het groepsbelang voorop staat.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) onderstreept het belang van de zes beleids categorieën van de World Bank in het 'Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging' (Framework convention on tobacco control, FCTC) (16). Het Kaderverdrag is een verdrag dat toewerkt naar wereldwijde evidence-based afspraken op gebied van tabaksontmoediging. Landen die het verdrag hebben ondertekend én bekrachtigd, waaronder Nederland, zijn verplicht maatregelen te nemen om het gebruik van tabak te ontmoedigen. In het verdrag zijn ook richtlijnen opgenomen om illegale handel te voorkomen en alternatieve inkomstenbronnen te bieden aan tabaksverkopers en distributeurs (16). Deze specifieke richtlijnen vallen echter niet onder initiatieven om roken

<sup>3</sup> De particuliere organisaties die verschillende groepen en hun belangen vertegenwoordigen in een samenleving.

<sup>4</sup> Instellingen waar de overheid geen beslissende zeggenschap heeft.

te voorkomen, en worden daarom niet meegenomen in dit hoofdstuk. Aanvullend op categorieën A t/m F formuleert de WHO op basis van het kaderverdrag nog vier extra beleidscategorieën om tabak te ontmoedigen (zie categorieën G t/m J in Tekstbox 3.2).

*Tekstbox 3.2 Categorieën van tabaksonthoudingsbeleid.*

Volgens de Wereldbank moeten zes beleidscategorieën prioriteit hebben (15):

- A. accijnzen op sigaretten en andere tabaksproducten;
- B. verboden op roken in het openbaar en op de werkvloer;
- C. informeren van burgers en professionals;
- D. reclame- en promotieverboden;
- E. gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen;
- F. behandelingen om rokers te laten stoppen.

De WHO heeft vier aanvullende beleidscategorieën voorgesteld waar landen die het kaderverdrag inzake tabaksonthouding ondertekenen aan moeten voldoen (16):

- G. restricties op verkoop van tabak aan jongeren;
- H. reguleren van de samenstelling van tabaksproducten en tabaksrook;
- I. tabaksproducenten verplichten de samenstelling op de verpakking te vermelden;
- J. verpakkingen mogen roken niet promoten door middel van onjuiste of misleidende informatie.

### 3.3 Het Nederlandse tabaksonthoudingsbeleid

In deze paragraaf wordt eerst het Nederlandse tabaksonthoudingsbeleid van vóór 2006 beschreven. Dit om een beeld te geven van het beleid wat al gevoerd werd. Daarna worden initiatieven toegelicht die in de periode 2006 t/m 2018 zijn gestart, aangepast of afgerond. Het gaat om initiatieven van de Rijksoverheid, landelijke thema-instituten en gezondheidsfondsen die gericht zijn op roken. Het RIVM heeft deze initiatieven in 2018 geïnventariseerd.<sup>5</sup> In de rapportage [Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld](#) staan ze uitgebreider beschreven.

#### 3.3.1 Het Nederlandse tabaksonthoudingsbeleid vóór 2006

In Nederland werd in 1954 voor het eerst beleid geformuleerd om roken te ontmoedigen (17, 18). Tot 1977 was de insteek vooral om burgers te informeren over de schadelijke effecten van roken. In de jaren die volgden werd tabaksreclame op radio en tv verboden zonder dat hier een officiële wet voor bestond (1980) en kwamen er voor het eerst teksten met gezondheidswaarschuwingen op pakjes sigaretten te staan (1982). In 1988 werd de eerste Tabakswet opgesteld, met als doel tabaksgebruik te beperken en de niet-roker te beschermen. Deze wet is sinds 1990 van kracht. Toen kwam ook het eerste verbod op roken, in publiek toegankelijke ruimten van openbare gebouwen (zoals gebouwen

<sup>5</sup> Ondanks een uitgebreide search in literatuur en via internet, gevolgd door een consultatie met enkele experts om te controleren of het overzicht compleet was, kan het zijn dat sommige initiatieven gemist zijn.

van de overheid, onderwijsinstellingen, gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening, sociaal-cultureel werk en de sportsector) (19). Daar kwam in 2004 een rookverbod op de werkplek en in het openbaar vervoer bij.

*Tabel 3.1 Overzicht van de invoering en aanpassing van relevante internationale en Nederlandse wetten en overeenkomsten op het gebied van tabaksontmoediging (18, 20, 21).*

Jaartal	Wet	Inhoud wijziging <sup>6</sup>
1990	Invoering Tabakswet (aangenomen in 1988)	Roken in publiek toegankelijke gebouwen verboden. Reclame verbod op tv en radio. Zelf regulering voor roken in bedrijfsleven en voor reclame- en sponsoring (reclamecode).
1994	Nieuwe Reclame Code Tabak	Reclame via billboards verboden.
1996	Wijziging Reclame Code	Bioscoopreclame verboden.
2000	Wijziging Tabakswet	Inhoud van tabaksproducten wettelijk gereguleerd. Verplichting om de inhoud te vermelden op de verpakking.
2001	EU Tabaksproducten-richtlijn	Regels voor productie, verpakking en verkoop van tabaksproducten.
2002	Wijziging Tabakswet (gaat fasegewijs in)	Volledig reclameverbod (2003), leeftijdsgrens 16 jaar (2003), invoering bestuurlijke boetes voor handhaving. Roken op de werkplek en in het openbaar vervoer verboden (2004).
2005	Bekrachtiging kaderverdrag inzake tabaksontmoediging (FCTC)	Verplichting voor de overheid om maatregelen te nemen om tabaksgebruik te ontmoedigen.
2006	Invoering Zorgverzekeringswet	Stoppen-met-rokenprogramma's opgenomen in het basispakket.
2008	Wijziging Tabakswet	Roken in de sport-, cultuur- en kunstsector en horeca verboden. Roken is enkel nog toegestaan in speciale rookruimtes.
2011	Wijziging Zorgverzekeringswet	Farmacotherapeutische ondersteuning opgenomen in het basispakket.
2014	Wijziging Tabakswet	Leeftijdshoging voor het verkopen van tabak van 16 naar 18 jaar.
2016	Invoering Tabaks- en Rookwarenwet	Eisen gesteld aan verpakkingen en etiketten van tabaksproducten.

In 2003 werden ook een reclame- en sponsoringsverbod en een verbod op de verkoop van tabak aan jongeren onder de 16 jaar ingevoerd.

<sup>6</sup> Jaartallen van het opstellen van een wetswijziging en het invoeren ervan komen soms niet overeen, omdat de invoering soms enkele jaren kan duren.

Accijnzen zijn ook al vóór 2006 ingevoerd; in 1997 vond de eerste grote accijnsverhoging plaats en werd tabak 5% duurder dan het jaar ervoor. In 2004 werd de accijns opnieuw verhoogd met 46 cent.

Nederland was in 2003 één van de eerste landen die het eerder genoemde 'Kaderverdrag inzake tabaksonthouding' ondertekende, en bekrachtigde het in 2005(17). Tabel 3.1 laat een overzicht zien van de verschillende wetten die ingevoerd en gewijzigd zijn door de tijd heen.

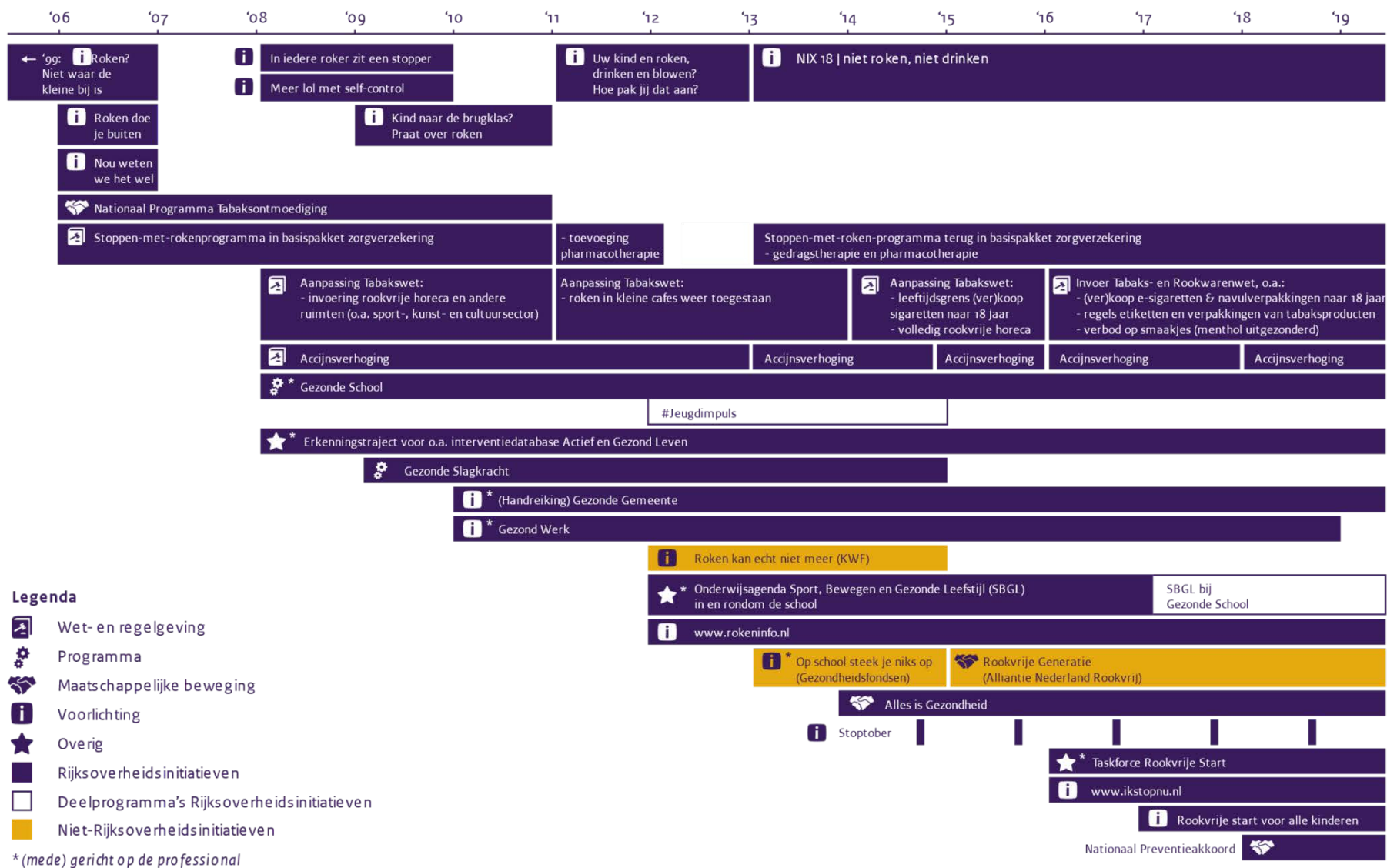
### 3.3.2 *Het Nederlandse tabaksonthoudingsbeleid 2006 t/m 2018*

Van 2006 t/m 2018 is het beleid er vooral op gericht om te voorkomen dat jongeren gaan roken. Ook wordt bevorderd dat rokers stoppen met roken en worden niet-rokers beschermd tegen meerooken. Tussen 2006 en 2018 zijn in zeven van de tien beleidscategorieën uit Tekstbox 3.2, initiatieven gestart, aangepast of afgerond. Initiatieven in categorie D, reclame- en promotieverboden van tabaksproducten, waren al voor 2006 ingevoerd (18) en zijn tussen 2006 en 2018 niet of nauwelijks gewijzigd. Verder wordt al sinds de herziene Tabakswet van 2002 de inhoud van tabaksproducten gereguleerd (categorie H) en zijn tabaksproducenten verplicht de inhoud van de tabak op de verpakking te vermelden (categorie I) (20). Ook maatregelen in categorie H en I zijn tussen 2006 en 2018 niet aangepast.

Figuur 3.3 toont een overzicht van de initiatieven die tussen 2006 en 2018 gestart, aangepast of afgerond zijn (5).<sup>7</sup> Deze initiatieven worden in Bijlage 2 uitgebreid beschreven. De meeste initiatieven bevinden zich laag op de interventieladder vanwege hun informatieve karakter (5). Hoe ingrijpender een initiatief is, hoe minder vrijblijvend voor de burger (en hoe hoger op de interventieladder) (22). De meeste initiatieven betreffen voorlichting. Wet- en regelgeving, waartoe ook verhoging van de accijnzen op tabak- en rookwaren behoort, worden bij het terugdringen van roken ook relatief vaak ingezet. Deze staan hoog op de interventieladder. Preventieprogramma's worden daarentegen relatief weinig ingezet. Verder zijn de meeste initiatieven gericht op rokers (hoogrisicogroep) en willen hen stimuleren te stoppen met roken en niet te roken in het bijzijn van kinderen.

Enkele initiatieven uit Figuur 3.3 worden in deze rapportage buiten beschouwing gelaten. De reden hiervoor is dat het initiatief pas eind 2018 is gestart (het Nationaal Preventieakkoord) of omdat het gericht was op professionals én op leefstijl in het algemeen (Gezonde Slagkracht, Handreiking Gezonde Gemeente, Gezond Werk, Erkenningstraject interventies). Hierdoor is van deze initiatieven het effect op roken in de periode 2006 t/m 2018 niet vast te stellen.

<sup>7</sup> Dit figuur komt uit de rapportage 'Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld' van het RIVM (5).



Figuur 2.3 Tijdlijn van initiatieven om roken te ontmoedigen binnen het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid in de periode 2006 t/m 2018.

### 3.4 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid op roken

Er zijn drie methoden gebruikt om het effect van de initiatieven die tussen 2006 en 2018 zijn gestart, aangepast of afgerond, in kaart te brengen. Ten eerste is per initiatief gekeken naar wat er in de (wetenschappelijke) literatuur bekend is over de effectiviteit. Ten tweede is met experts op het gebied van tabaksontmoedigingsbeleid en preventie in het algemeen besproken wat volgens hen het effect is geweest van de initiatieven op het percentage rokers in de periode 2006 t/m 2018. Als laatste zijn het rookbeleid en de trend in roken in Nederland vergeleken met die in Ierland, Denemarken en Oostenrijk. Deze landen zijn gekozen omdat het percentage rokers tussen 2007 en 2018 daar sterker daalde (meer dan 10%) dan in Nederland (Denemarken en Oostenrijk), of omdat ze al meerdere jaren veel van het internationaal aanbevolen beleid voeren (Ierland).

#### 3.4.1 *Effectiviteit volgens de literatuur*

Uitgebreidere informatie over de effectiviteit van de initiatieven op basis van het literatuuronderzoek staan beschreven in Bijlage 2.

##### *Effectieve initiatieven*

Uit de literatuur blijkt onomstotelijk dat door initiatieven zoals accijnsverhoging (23-26), rookverboden in publieke ruimten (27), behandelingen bij het stoppen met roken (23, 25, 26) en leeftijdsrestricties voor de verkoop van tabak (28) het percentage rokers daalt.

Zo blijkt uit Nederlands onderzoek dat door een verhoging van de prijs van sigaretten met 10% de vraag gemiddeld afneemt met bijna 5% (29). Het Nederlandse rookverbod in de horeca, dat is ingegaan in 2008, heeft de kans dat iemand een stoppoging doet met 13% vergroot en de kans dat die stoppoging ook succes heeft met 44% (27). De effecten waren het grootst voor mensen die frequent de horeca bezoeken, wat een relatief klein deel van de bevolking is. Dit kan deels verklaren waarom de gunstige effecten in deze studie niet direct terug te zien zijn in de rookcijfers voor de hele Nederlandse bevolking (27). Het succes van stoppen met roken hangt sterk samen met de beschikbaarheid en vergoeding van begeleiding en behandelingen. Uit een Nederlands onderzoek bleek dat van de mensen die de kosten van hun stoppen-met-roken-behandeling (deels) vergoed kregen, 22% na twee jaar nog gestopt was met roken. Bij de mensen die hun kosten niet vergoed kregen, was dat slechts 8% (30). Tot slot daalde na het invoeren van de leeftijdsgrens van 16 jaar voor de verkoop van tabak in 2003 het aantal jongeren dat tabak kocht. Dit bleek uit een onderzoek waarbij grote groepen jongeren voor en na de invoering geïnterviewd zijn (31). Er is bij ons geen onderzoek bekend naar het effect van de verhoogde leeftijdsgrens van 16 naar 18 jaar.

Bij de invoering van dergelijke initiatieven is het wel van belang om te zorgen dat er draagvlak is in de samenleving, omdat dit de effectiviteit van de initiatieven kan vergroten (25). Dit draagvlak kan bijvoorbeeld worden gecreëerd door burgers en professionals te informeren via campagnes, websites of onderwijsprogramma's.



*Initiatieven waarvan de effectiviteit niet eenduidig is*

De effectiviteit van losstaande campagnes is volgens de literatuur niet eenduidig. Ook is niet bekend wat de effecten op het percentage rokers zijn geweest van campagnes die in Nederland gevoerd zijn. Wel blijkt uit nationaal en internationaal onderzoek dat campagnes beter werken als ze voldoen aan de bepaalde voorwaarden. Ze moeten langdurig worden uitgevoerd, genoeg gezien worden, regelmatig geactualiseerd worden en innovatief zijn (26). Dan kunnen ze leiden tot een daling in het percentage rokers van 0,4 tot 0,7 procentpunt per jaar (32). Voor de effectiviteit is het ook belangrijk dat campagnes niet op zichzelf staand worden uitgevoerd, maar in combinatie met andere initiatieven, zoals een verhoging van de leeftijdsgrens voor het verkopen van tabak (23).

Uit internationaal onderzoek blijkt dat onderwijsprogramma's in het algemeen helpen voorkomen dat jongeren gaan roken, op voorwaarde dat de programma's aandacht besteden aan sociale competenties en weerbaarheid (23, 33). Uit twee internationale reviews blijkt dat op scholen die antirookprogramma's combineerden met programma's over sociale competenties 12 tot 23% minder leerlingen rookten dan op andere scholen (33, 34). Uitsluitend informerende onderwijsprogramma's worden dan ook niet als effectief gezien (25). Binnen het programma Gezonde School wordt onder andere aandacht besteed aan leren omgaan met groepsdruk en het uitoefenen van zelfcontrole om verleidingen te weerstaan. Sociale competenties komen in Nederlandse onderwijsprogramma's dus enigszins terug. Uit een Nederlands onderzoek dat specifiek was gericht op de interventie 'Gezonde School en Genotmiddelen', één van de Gezonde School-activiteiten, blijkt dat deelnemende basisschoolleerlingen meer kennis over roken hadden. Er was geen effect op de houding ten aanzien van roken. De intentie om te gaan roken veranderde ook niet (35).

Verder is de literatuur niet eenduidig over de effecten van gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen (36). Het kan mensen laten nadenken over stoppen met roken, maar het is niet duidelijk of mensen hierdoor ook daadwerkelijk stoppen. Over de effectiviteit van websites is tot slot weinig bekend.

#### 3.4.2 *Effect op het percentage rokers volgens experts*

Een tweede methode die gebruikt is om inzicht te krijgen in het effect van het gevoerde beleid, waren twee discussiesessies met in totaal tien experts op het gebied van tabaksontmoedigingsbeleid en preventie. De tien experts die zijn geraadpleegd, doen onderzoek naar tabaksontmoedigingsbeleid en sociale en culturele processen die hiermee te maken hebben, werken als arts met een focus op roken of bij thema-instituten gericht op tabaksontmoediging. De focus in de sessies lag op het inschatten van het effect van de Nederlandse initiatieven op het percentage rokers tussen 2006 en 2018.

*Experts vinden effect initiatieven moeilijk te beoordelen*

De experts vonden het moeilijk om het effect van de initiatieven te beoordelen. Ze gaven aan dat ze niet per initiatief konden inschatten wat de bijdrage hiervan is geweest aan de daling in het percentage rokers tussen 2006 en 2018. De belangrijkste boodschap uit de discussiesessies was dat op zichzelf staande initiatieven niet genoeg zijn

om het percentage rokers te laten dalen en dat een combinatie van initiatieven het beste werkt om roken te ontmoedigen.

*Enkele initiatieven hebben effect gehad volgens experts*

Hoewel het effect van losse initiatieven moeilijk te beoordelen is, gaven de experts aan dat bepaalde initiatieven waarschijnlijk meer effect hebben gehad dan andere. Dit betreft de accijnsverhogingen, leeftijdsrestricties en rookverboden. De experts plaatsten wel de kanttekening dat het effect van deze initiatieven nog groter had kunnen zijn als ze steviger ingevoerd waren. De accijnsverhogingen, die in de periode 2006 t/m 2018 zijn ingevoerd, werden als laag gezien. Accijnsverhoging zou meer effect hebben gehad als er structureel jaarlijks een substantiële verhoging ingevoerd was. Ook zouden de rookverboden meer effect gehad hebben als ze allemaal in één keer en volledig ingevoerd waren (zonder rookruimtes). In plaats daarvan is dat gefaseerd gebeurd.

*Experts denken dat betere uitvoering effect initiatieven kan vergroten*

Het effect van initiatieven als onderwijsprogramma's, campagnes en websites en vergoeding voor stoppen-met-roken was volgens experts relatief klein. Volgens hen had het effect groter kunnen zijn als ze beter of in combinatie met andere initiatieven zouden zijn ingevoerd. Zo dachten zij dat de onderwijsprogramma's geen effect hebben gehad, omdat er niet altijd bewezen effectieve interventies zijn gebruikt. Ook bestonden de programma's die ingevoerd waren maar uit drie tot vier acties per jaar. De experts vonden dit te weinig om daadwerkelijk effect te hebben. Verder zijn campagnes en websites volgens de experts weinig effectief wanneer ze als losstaand initiatief ingevoerd worden. Ze zijn volgens hen echter essentieel om andere initiatieven te ondersteunen en om mensen uit te leggen waarom je als Rijksoverheid of andere instantie actie onderneemt om roken terug te dringen. Daarnaast waren er volgens de experts barrières bij de implementatie van de vergoeding voor stoppen-met-roken-behandelingen. Verloskundigen wisten bijvoorbeeld niet altijd waar ze naar moeten verwijzen en hulp voor psychiatrische patiënten wordt vaak niet vergoed omdat zij niet verwezen worden door een huisarts. Hierdoor konden rokers niet optimaal gebruik maken van de stoppen-met-roken-zorg.

Naast deze opmerkingen over de implementatie van specifieke initiatieven, werd het budget voor antirookbeleid in Nederland als te laag gezien om beleid effectief uit te voeren. Volgens de experts krijgen lokale overheden bijvoorbeeld te weinig geld om de maatregelen waarvoor zij verantwoordelijk zijn goed uit te voeren.

*Initiatieven die volgens de experts weinig tot geen effect hebben gehad*

Een aantal initiatieven had of heeft volgens de experts (nog) weinig tot geen effect. Dat zijn het Nationaal Programma Tabaksontmoediging (NPT), dat liep van 2006 tot 2011, Alles is Gezondheid (AIG), dat startte in 2014. De experts vonden het NPT een zwak programma omdat de betrokken fondsen weinig deden. Dit kwam mede doordat financiële steun vanuit de overheid ontbrak. Als programma op zich heeft het NPT daarom weinig effect gehad, maar volgens de experts heeft het wel ondersteuning geboden aan andere maatregelen. De experts dachten verder dat AIG nauwelijks effect op het percentage rokers heeft gehad.

Dat kwam doordat weinig van de pledges direct waren gericht op rookpreventie, maar veelal op het bevorderen van een gezonde leefstijl in het algemeen. Ook zijn de pledges veelal gericht op lokaal niveau, zoals gemeentelijk niveau, terwijl de experts was gevraagd zich te focussen op het effect van initiatieven op landelijk niveau.

#### *Experts zijn positief over de Rookvrije Generatie*

De experts waren het niet helemaal met elkaar eens over het effect van de Rookvrije Generatie. Het initiatief is mogelijk te kort geleden gestart (2015) om echt effect te hebben op het aantal rokers tot en met 2018. Maar ze waren ook positief over het initiatief omdat het de weg vrijmaakt voor verdergaande maatregelen. Het rookvrij maken van bepaalde gedeelten van een straat was een paar jaar geleden bijvoorbeeld niet aan de orde. Met de Rookvrije Generatie vindt ook een verschuiving plaats van preventie gericht op volwassenen naar preventie gericht op kinderen. Enerzijds kan hiermee worden voorkomen dat mensen gaan roken op het moment dat zij voor het eerst in contact komen met sigaretten of andere rookwaren. Anderzijds kan deze verschuiving ervoor zorgen dat er minder aandacht gaat naar volwassenen.

#### *Andere factoren die invloed hadden op het percentage rokers*

Hoewel initiatieven hebben bijgedragen aan de daling van het percentage rokers, hebben volgens experts ook andere factoren daar invloed op gehad.

#### Maatschappelijke norm

De maatschappelijke norm omtrent roken is volgens experts in de afgelopen vijftien jaar veranderd. Zo is de maatschappelijke druk om te stoppen met roken tussen 2006 en 2018 groter geworden. Omdat roken minder geaccepteerd is, is ook het gedrag van rokers veranderd (zo roken er bijvoorbeeld minder mensen binnen). Daarnaast beginnen jongeren minder vaak met roken. Dit past in een bredere culturele trend, waarbij jongeren minder drinken en roken en op latere leeftijd seksueel actief worden. Verder wordt roken, en hiermee ook (de lobby van) de tabaksindustrie, minder gedoogd, zowel op nationaal als internationaal niveau. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de normverandering deels ook het gevolg is van strengere regelgeving, zoals de invoering van rookvrije ruimten, accijnzen en restricties op de verkoop van tabak aan jongeren.

#### Van individueel probleem naar volksgezondheidsprobleem

Ook is roken volgens de experts meer een volksgezondheidsprobleem geworden, in plaats van een individueel probleem. Dit komt mede doordat gezondheid een belangrijker thema is geworden voor de politiek. Waar roken vroeger als gedrag werd gezien, wordt het nu vaker als verslaving beschouwd en daarmee als een gezondheidsprobleem.

#### Invloed van beroepsgroepen

Verder hebben beroepsgroepen, zoals artsen, zich volgens de wetenschappers steeds meer verenigd. Hun initiatieven, zoals het tot stand brengen van richtlijnen (onder andere voor stoppen-met-roken-hulp), hebben bijgedragen aan de daling in het percentage rokers. Het Partnership Stoppen met Roken heeft bijvoorbeeld geleid tot de oprichting van de Stichting Rookpreventie Jeugd en tot de richtlijn

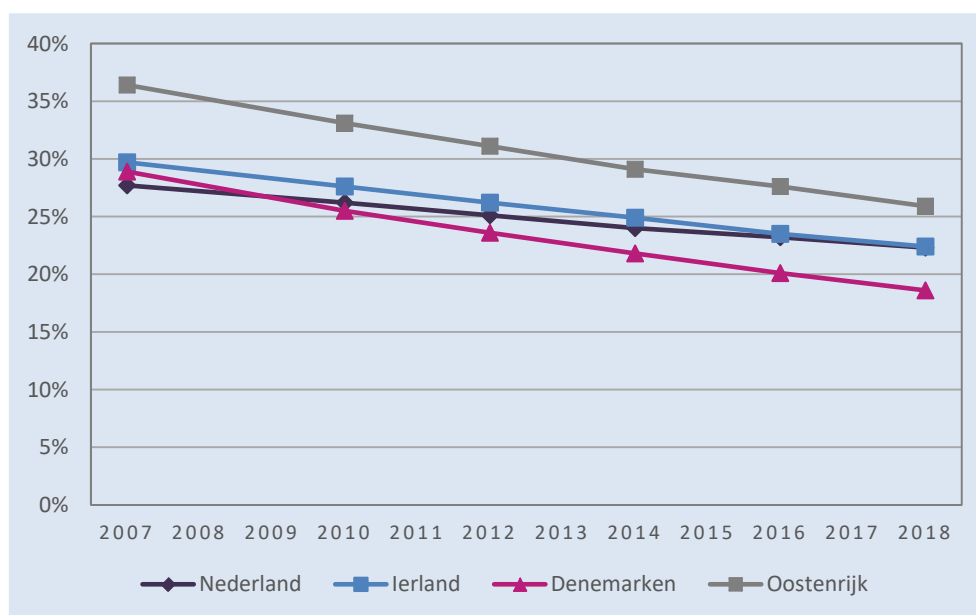
‘Stoppen met roken?’ van de medische beroepsgroep. Stichting Rookpreventie Jeugd zorgde er vervolgens samen met de lobby vanuit artsensorganisaties voor dat artikel 5.3 van het Kaderverdrag wordt nageleefd in Nederland. Hierin staat dat beleidsmakers niet meer met de tabaksindustrie over rookbeleid mogen spreken.

### 3.4.3 *Internationale vergelijking*

In dit onderdeel worden het Nederlandse tabaksontmoedigingsbeleid en de trends in het percentage rokers vergeleken met het beleid en trends in Ierland, Denemarken en Oostenrijk. Ierland is gekozen omdat hun beleid al meerdere jaren hoog scoort op de Tobacco Control Scale (TCS, zie Tekstbox 3.3) (37-40). Het percentage mensen dat stopt met roken, blijkt namelijk groter te zijn in landen die een hogere score hebben op de TCS – en dus een beter ontwikkeld tabaksontmoedigingsbeleid hebben – dan in landen met een lage score (41). In dit hoofdstuk is echter gekeken naar het totale percentage rokers, en niet naar het percentage mensen dat gestopt is. Denemarken en Oostenrijk zijn gekozen omdat in deze landen tussen 2007 en 2018 het percentage rokers sterker daalde dan in Nederland (zie Figuur 3.4). Voor 2006 zijn er geen gegevens beschikbaar. Het beleid is in kaart gebracht met behulp van de TCS uit 2007 (42), 2010 (37), 2013 (38), 2016 (39) en 2019 (40).

#### *Tekstbox 3.3 De Tobacco Control Scale.*

De Tobacco Control Scale (TCS) kwantificeert het aantal maatregelen dat in een land is ingevoerd, gebaseerd op de zes categorieën van maatregelen aanbevolen door de Wereldbank (zie ook Tekstbox 3.2). De hoogst mogelijke score is 100 punten, met verschillende sub-scores per categorie. De score wordt bepaald door punten toe te kennen aan verschillende maatregelen, met hogere scores voor completer ingevoerde maatregelen. Zo krijgt een rookverbod in de horeca zonder uitzonderingen meer punten dan een rookverbod in de horeca mét uitzonderingen. Per land vult één expert, die aangesloten is bij het European Network for Smoking and Tobacco Prevention, een vragenlijst in. Op basis van de antwoorden wordt door de onderzoekers de TCS-score toegekend.



Figuur 3.4 Percentage rokers (15+) tussen 2007 en 2018 in Nederland, Oostenrijk, Denemarken en Ierland (43).

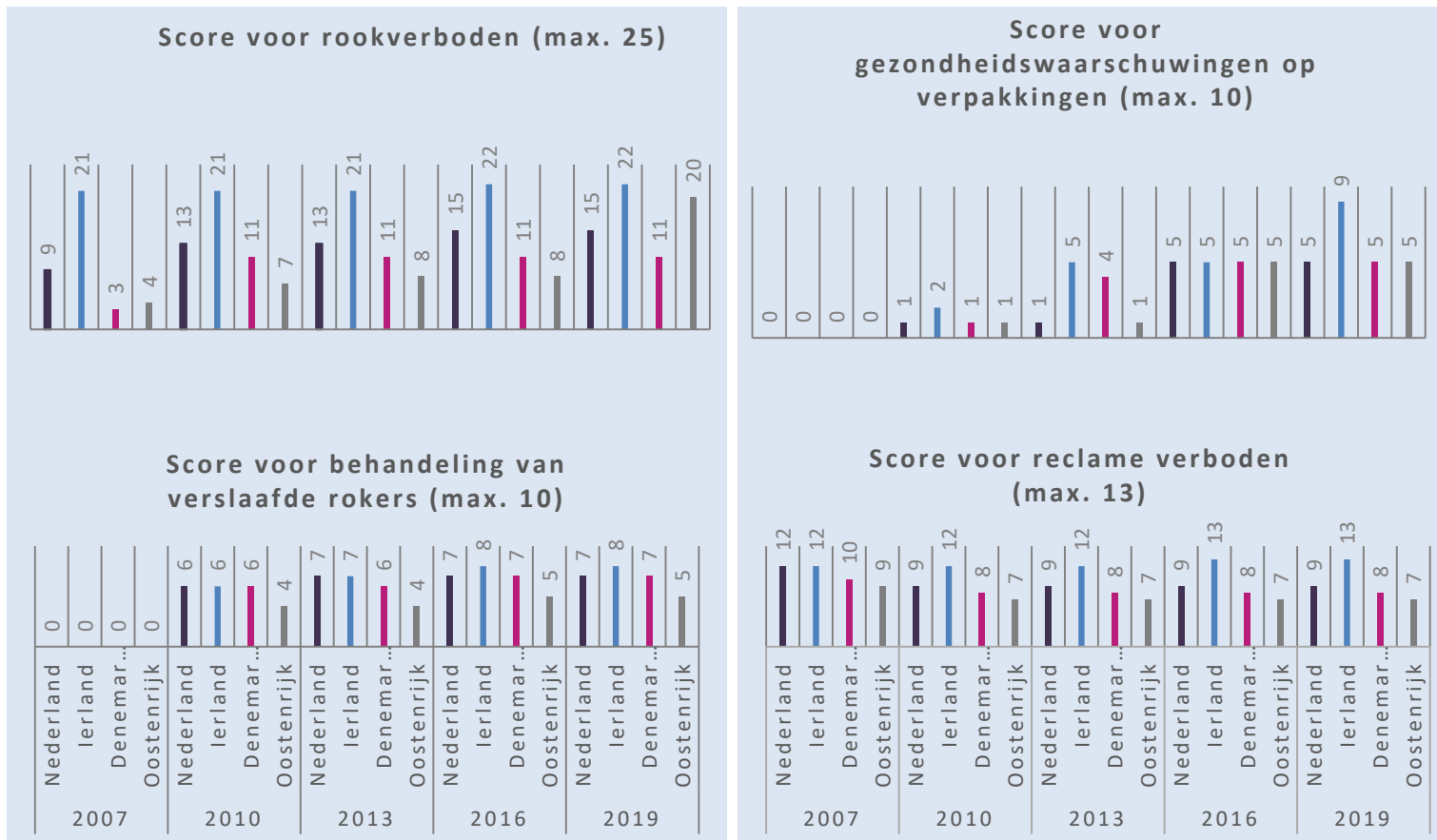
Deze paragraaf beschrijft de algemene bevindingen uit de internationale vergelijking. Gedetailleerdere bevindingen naar onderdelen van het beleid staan in Bijlage 8.

*Ierland: meeste beleid, maar geen grotere daling*

Ierland scoorde zoals gezegd relatief hoog op de TCS, en ook op veel onderdelen hiervan (zie Figuur 3.5). De totale TCS-score varieerde van 69 tot 74. Desondanks is het percentage rokers daar minder sterk gedaald (ongeveer 7 procentpunt) dan in Oostenrijk of Denemarken (ongeveer 10 procentpunt). Veel van de maatregelen in Ierland waren al ingevoerd vóór 2007. Het is mogelijk dat er vóór 2007 al een sterkere daling in het percentage rokers heeft plaatsgevonden. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn dat mensen gewend raken aan de maatregelen, waardoor het effect op het percentage rokers afneemt. Zo is bekend dat mensen gewend kunnen raken aan de gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen (44).

*Denemarken: lagere TCS-score, maar grote daling in percentage rokers*

Denemarken scoort niet bijzonder hoog op de verschillende onderdelen van de TCS, maar daar is het percentage rokers wel sterk gedaald (van 28,9% naar 18,6%). Denemarken heeft op verschillende momenten verschillende maatregelen ingevoerd. Dit zou er mogelijk voor kunnen zorgen dat mensen steeds opnieuw een stimulans krijgen om te stoppen met roken of niet te beginnen, maar dit is niet met zekerheid te zeggen.



Figuur 3.5 Score voor vier van de zes onderdelen van de Tobacco Control Scale over de jaren in Nederland, Ierland, Denemarken en Oostenrijk.

*Oostenrijk: weinig beleid, wel sterke daling in percentage rokers*

Ook valt op dat het percentage rokers in Oostenrijk ook meer is gedaald dan in Ierland en Nederland, hoewel Oostenrijk tot 2019 op alle onderdelen van de TCS het laagste scoorde van alle landen waarvoor de score bepaald is (totaalscore 31-36 punten). Het percentage rokers ligt in Oostenrijk, vooral in 2007, maar ook in de jaren erna, wel ruim boven het percentage rokers in de andere drie landen, maar het is niet zeker of dit te wijten is aan het relatief zwakke beleid.

*Nederland niet het minste beleid, maar kleinste daling percentage rokers*

Nederland scoorde voor de onderdelen 'Rookverboden' en 'Reclameverboden' hoger dan Denemarken en Oostenrijk. Voor de andere twee onderdelen scoorde Nederland ongeveer gelijk aan Denemarken (en voor sommige items ook gelijk aan Ierland). Toch is de daling van het percentage rokers tussen 2007 en 2018 het kleinst in Nederland (~5 procentpunt).

*Resultaten internationale vergelijking zijn niet eenduidig*

De internationale vergelijking heeft weinig inzicht gegeven in de effecten van het hele tabaksontmoedigingsbeleid of de losse initiatieven op het percentage rokers. Uit een studie van Schaap et al. kwam naar voren dat het percentage mensen dat gestopt is met roken groter is in landen die een hogere score behaald hebben op de TCS dan in landen met een lage score (41). Voor de vier gekozen landen in deze vergelijking, lijkt een steviger tabaksontmoedigingsbeleid echter niet direct samen te hangen met een sterkere daling in het percentage rokers. Dit komt mogelijk omdat in de internationale vergelijking een andere uitkomstmaat is gebruikt. Daarnaast werken we met internationale gegevens, die door de WHO bijeen zijn gebracht. Het is niet bekend in hoeverre deze gegevens op een vergelijkbare manier zijn verzameld. Daarnaast zijn de WHO-cijfers bewerkt om bijvoorbeeld het percentage rokers in landen te kunnen vergelijken. Ook worden ontbrekende waarden aangevuld via statistische modellering. Hoe dit de resultaten heeft beïnvloed is niet te zeggen.

### 3.5 Samenvatting, discussie en conclusies

Het percentage volwassen (18 jaar en ouder) rokers is tussen 2006 en 2018 gedaald van 31% naar 22%, en het percentage scholieren (12-16 jaar) dat de afgelopen maand heeft gerookt is gedaald van 17% in 2007 naar 8% in 2017. Tussen 2006 en 2018 zijn er ongeveer 30 landelijke initiatieven om roken te ontmoedigen, gestart, aangepast of afgerond. De meeste hiervan betreffen voorlichting. Wet- en regelgeving, waartoe ook verhoging van de accijnzen op tabak- en rookwaren behoort, worden bij het terugdringen van roken relatief vaak ingezet. Verder zijn de meeste initiatieven gericht op de hoogrisicogroep rokers met als doel hen te stimuleren te stoppen met roken en niet te roken in het bijzijn van kinderen. In Tabel 3.2 staat een samenvatting van de effectiviteit van deze initiatieven volgens de literatuur en het effect ervan in de praktijk volgens de wetenschappers. De internationale vergelijking is in deze tabel niet meegenomen omdat hieruit geen duidelijke conclusies getrokken konden worden over de losse initiatieven.

Tabel 3.2 Effectiviteit van Nederlandse initiatieven die tussen 2006 en 2018 zijn gestart, aangepast of afgerond, volgens literatuur en experts.

Initiatief	Effectiviteit uit de literatuur	Effect in NL volgens experts
<b>Accijnzen</b>	Effect op roken	Effect op roken
<b>Rookverboden</b>	Effect op roken	Effect op roken
<b>Restricties op verkoop aan jongeren</b>	Effect op roken	Effect op roken
<b>Behandelingen voor verslaafde rokers</b>	Effect op roken	Klein effect op roken
<b>Onderwijsprogramma's</b>	Effect of tussen-uitkomsten	Klein effect op roken
<b>Gezondheidswaarschuwingen op verpakking</b>	Effect op tussen-uitkomsten	Niet besproken
<b>Campagnes</b>	Onbekend	Klein effect op roken
<b>Websites</b>	Onbekend	Klein effect op roken
<b>Rookvrije generatie</b>	Onbekend*	Onbekend
<b>Nationaal Programma Tabaksontmoediging</b>	Onbekend	Geen effect
<b>Alles is Gezondheid</b>	Onbekend	Geen effect

\* Is niet apart bekeken, maar was onder campagnes geschaard.

Uit de resultaten van het onderzoek zijn de volgende conclusies getrokken.

#### *Het beleid heeft bijgedragen aan daling in het percentage rokers*

Het is zeer waarschijnlijk dat het gevoerde beleid heeft bijgedragen aan de daling van het percentage volwassen rokers in Nederland van 31% in 2006 naar 22% in 2018. Deze daling is iets groter (3 procentpunt) dan de daling die een trendscenario voorspelde op basis van de ontwikkelingen tussen 1990 en 2006. Als er na 2006 geen nieuw beleid zou zijn ingevoerd, zouden er volgens deze schatting in 2018 400.000 rokers meer geweest zijn, dan er in werkelijkheid waren. Er zijn twee redenen waarom het beleid zeer waarschijnlijk heeft bijgedragen aan dit verschil. Ten eerste zijn er tussen 2006 en 2018 vrijwel elk jaar nieuwe initiatieven om roken te ontmoedigen gestart of bestaande initiatieven aangescherpt. Ten tweede zijn er initiatieven ingevoerd die in onderzoek effectief zijn bevonden, door internationale instanties worden aanbevolen, én door experts zijn aangeduid als initiatieven die waarschijnlijk effect hebben gehad. Zo zijn de accijnzen verhoogd, zijn er meerdere malen nieuwe rookverboden ingevoerd en is de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak verhoogd naar 18 jaar.

#### *Combinatie van initiatieven heeft het meeste effect*

De belangrijkste boodschap die uit de discussiesessies met de experts naar voren kwam, is dat een combinatie van verschillende initiatieven nodig is om het aantal rokers terug te dringen. Dit wordt onderstreept door literatuur, bijvoorbeeld door het rapport 'IBO Gezonde Leefstijl' uit 2016 (25). Losse initiatieven zijn niet genoeg om het percentage rokers te laten dalen. Wel zijn bepaalde losstaande initiatieven, zoals campagnes en websites, essentieel om andere maatregelen te ondersteunen.



*Bijdrage losse initiatieven achteraf niet vast te stellen*

Het blijkt lastig om achteraf te beoordelen wat de individuele bijdrage van elk initiatief is geweest. De experts konden dit niet aangeven en ook de resultaten van de internationale vergelijking gaven hier geen aanknopingspunten voor. Dit komt onder andere doordat een combinatie van initiatieven gericht op verschillende facetten van gezondheidsbevordering nodig is om het aantal rokers terug te dringen. Daarnaast kan het zijn dat de initiatieven wel een bepaald effect hebben, maar dat dit effect niet direct terug te zien is in een verandering van het percentage rokers. Zo kunnen er effecten zijn in bepaalde doelgroepen. Ook kunnen er effecten zijn op tussenuitkomsten, bijvoorbeeld de motivatie om te stoppen, maar dat deze zich pas na een aantal jaren manifesteren in stopgedrag. Volgens de cirkel van gedragsverandering (45) worden er namelijk eerst drie andere stappen doorlopen voordat een persoon zijn gedrag verandert (voorbeschouwing, overpeinzing en besluitvorming). Het is goed mogelijk dat mensen door de initiatieven wel een stap vooruit bewegen op deze cirkel, maar dat het effect op het percentage rokers pas na een aantal jaren zichtbaar is.

*Effect van bestaande initiatieven had groter kunnen zijn*

Wanneer de initiatieven beter geïmplementeerd waren, had nog meer effect bereikt kunnen worden. Zo zouden de accijnsverhogingen volgens de experts meer effect hebben gehad als ze hoger waren geweest en met regelmaat ingevoerd waren. De rookverboden zouden mogelijk meer effect hebben gehad als ze in één keer waren ingevoerd. Volgens de WHO is een volledige invoering in één keer de enige manier om alle mensen te beschermen tegen de schadelijke effecten van tabaksrook (46). Daarnaast waren er soms barrières bij de implementatie. Zo wisten zorgverleners niet altijd naar wie zij moesten doorverwijzen om hun patiënten de stoppen-met-roken-behandeling vergoed te laten krijgen. De resultaten van dit onderzoek suggereren mogelijk ook dat beleid meer effect kan hebben als er regelmatig, bijvoorbeeld jaarlijks, nieuwe maatregelen ingevoerd worden. Daarmee worden voortdurend stappen gezet op het gebied van tabaksontmoediging. Dit wijst de bevolking steeds weer op het belang ervan, waardoor er geen gewenning ontstaat. Deze hypothese moet nog verder worden onderzocht.

*Meerdere factoren beïnvloeden het percentage rokers*

Naast het gevoerde beleid hebben ook groepen in de maatschappij die zich sterk maken voor tabaksontmoediging en een veranderende maatschappelijke norm, invloed gehad op de daling in het percentage rokers. Hoewel het gevoerde beleid de maatschappelijke norm beïnvloedt, geldt het omgekeerde ook. Een veranderende norm zorgt ervoor dat het draagvlak voor initiatieven vergroot wordt en dat initiatieven kunnen worden ingevoerd.

*Bij invoering beleid is onderzoek naar effect en bereik nodig*

Al is de mogelijke effectiviteit van initiatieven aangetoond in wetenschappelijk onderzoek, dan nog zijn er meerdere factoren die bepalen of het initiatief daadwerkelijk effect heeft in de praktijk. Zo wordt een initiatief lokaal mogelijk anders ingevoerd dan oorspronkelijk is onderzocht. Ook wordt het effect van een initiatief mede bepaald door het bereik ervan, bijvoorbeeld het aantal mensen dat een stoppen-met-roken-programma volgt. Het bereik is niet voor alle initiatieven bekend.

Informatie over de effectiviteit én het bereik van losse initiatieven is daarom nodig om iets over het effect van deze initiatieven op de trend in roken te kunnen zeggen. Het is dan ook van belang dat initiatieven, waar mogelijk, vóór of bij invoering worden onderzocht op effectiviteit. Daarnaast is monitoring belangrijk om te zien in hoeverre gestelde doelen worden behaald. Monitoring geeft echter geen inzicht in het oorzakelijk verband tussen het beleid en eventuele veranderingen, bijvoorbeeld in het percentage rokers.

## 4 Effect van het Nederlandse alcoholontmoedigingsbeleid van 2006 t/m 2018

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag wat het effect van het preventief gezondheidsbeleid tussen 2006 en 2018 is geweest op alcoholgebruik in die periode. Het beschrijft eerst de ontwikkeling in alcoholgebruik over de tijd onder volwassenen en scholieren. Vervolgens wordt beschreven wat op basis van internationale richtlijnen gezien wordt als effectief beleid om alcoholgebruik te ontmoedigen. Daarna volgt een beschrijving van het Nederlandse beleid om alcoholgebruik te voorkomen of tegen te gaan, met een focus op de genoemde periode. Vervolgens wordt het effect van het Nederlandse beleid op alcoholgebruik beschreven aan de hand van: 1) literatuuronderzoek over de effectiviteit van de initiatieven, 2) een discussiesessie met experts op het gebied van preventie in het algemeen en alcoholontmoedigingsbeleid in het bijzonder en 3) een vergelijking van het Nederlandse alcoholontmoedigingsbeleid met het beleid in andere landen. Tot slot formuleren we op basis hiervan conclusies. Een uitgebreide beschrijving van de methoden staat in hoofdstuk 2.

### 4.1 Ontwikkeling in alcoholgebruik

Het beleid is er vooral op gericht om problematisch alcoholgebruik te voorkomen, maar sommige initiatieven zullen een effect hebben op de consumptie van alcoholische dranken in het algemeen. Daarom wordt hieronder over verschillende aan alcoholgebruik gerelateerde indicatoren gerapporteerd (zie Tekstbox 4.1). Het is belangrijk op te merken dat verschillende vormen van problematisch alcoholgebruik naast elkaar bestaan. Iemand kan dus zowel zwaar als overmatig drinker zijn, maar kan ook slechts in één van de categorieën vallen.

*Tekstbox 4.1 Gebruikte indicatoren voor alcoholgebruik.*

**Overmatig alcoholgebruik** (volwassenen): het drinken van minstens 14 glazen alcohol per week voor vrouwen of minstens 21 glazen alcohol per week voor mannen.

**Zwaar alcoholgebruik** (volwassenen): het minstens één keer per week drinken van meer dan vier glazen alcohol voor vrouwen of meer dan zes glazen alcohol voor mannen op een dag.

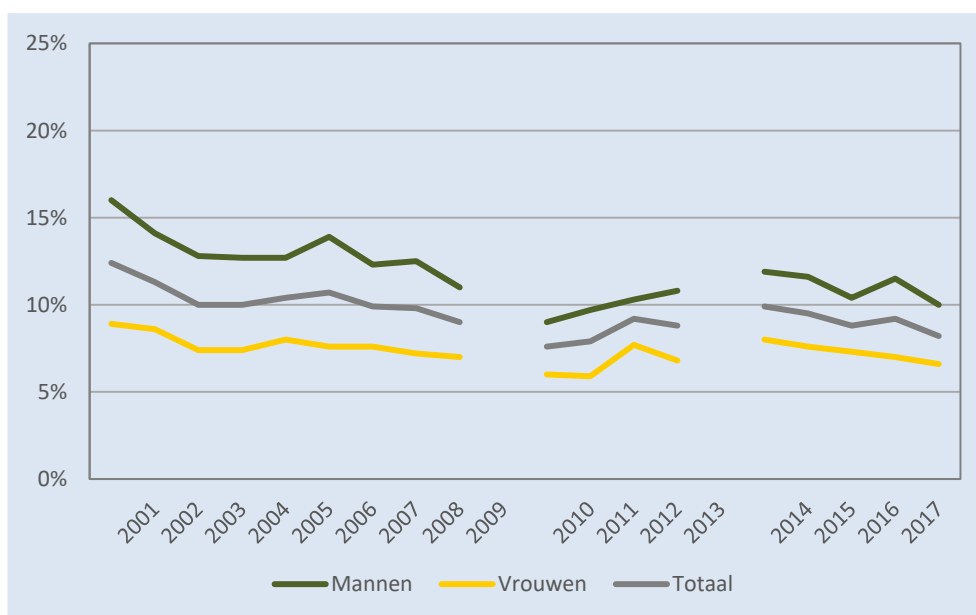
**Alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking:** gemiddelde alcoholconsumptie in liters pure alcohol onder de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder.

**Bingedrinken** (scholieren): het drinken van vijf of meer glazen alcohol bij één gelegenheid.

## 4.1.1

*Volwassenen*

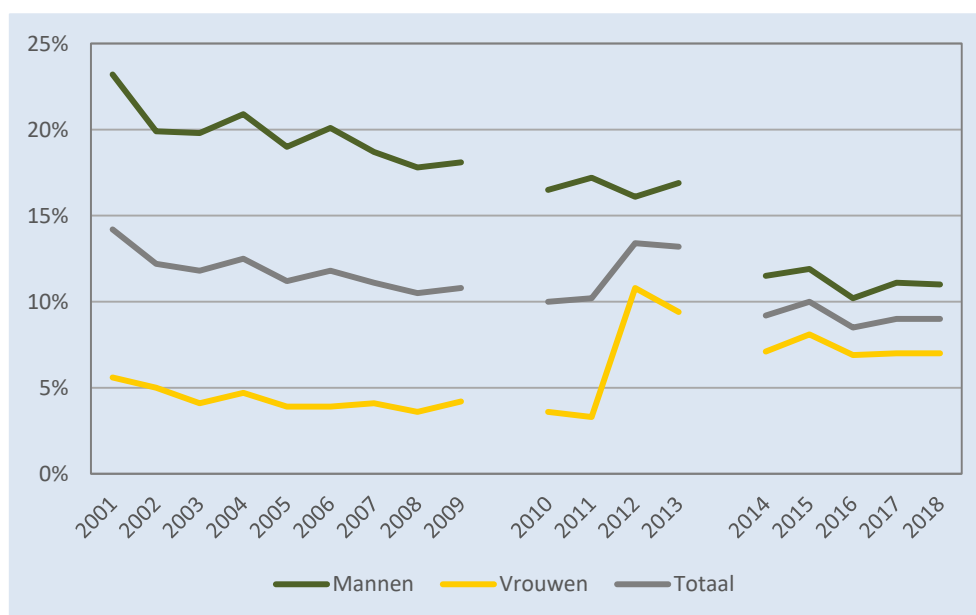
Sinds 2001 is het percentage volwassen Nederlanders dat overmatig drinkt gedaald (zie Figuur 4.1). Door trendbreuken<sup>8</sup> tussen 2009-2010 en 2013-2014 zijn de cijfers tussen de periodes niet goed vergelijkbaar. De dalende trend in het percentage overmatige drinkers sinds 2014 was statistisch significant voor zowel mannen als vrouwen. Het percentage overmatige drinkers lag over de hele periode bij vrouwen lager dan bij mannen.



Figuur 4.1 Percentage volwassenen (18+) dat overmatig drinkt in de jaren 2001 t/m 2018 (47, 48).

Figuur 4.2 toont het percentage volwassenen dat zwaar drinkt. Sinds 2006 lijkt het percentage zware drinkers vooral onder mannen gedaald, maar door de eerder genoemde trendbreuken zijn de cijfers tussen de periodes moeilijk te vergelijken. In 2012 is voor vrouwen de definitie van zwaar drinken gewijzigd van minimaal één keer per week zes glazen op een dag naar minimaal één keer per week vier glazen op een dag. De definitie voor mannen bleef ongewijzigd. Dat kan (voor een deel) de verklaring zijn voor de sterke stijging in het percentage vrouwen dat zwaar drinkt tussen 2011 en 2012. Tussen 2014 en 2018 blijft het percentage zware drinkers – voor zowel mannen als vrouwen – redelijk constant.

<sup>8</sup> Trendbreuken worden teweeg gebracht door een overgang van bijvoorbeeld de ene naar de andere bron voor cijfers of een andere manier van uitvragen van de informatie.

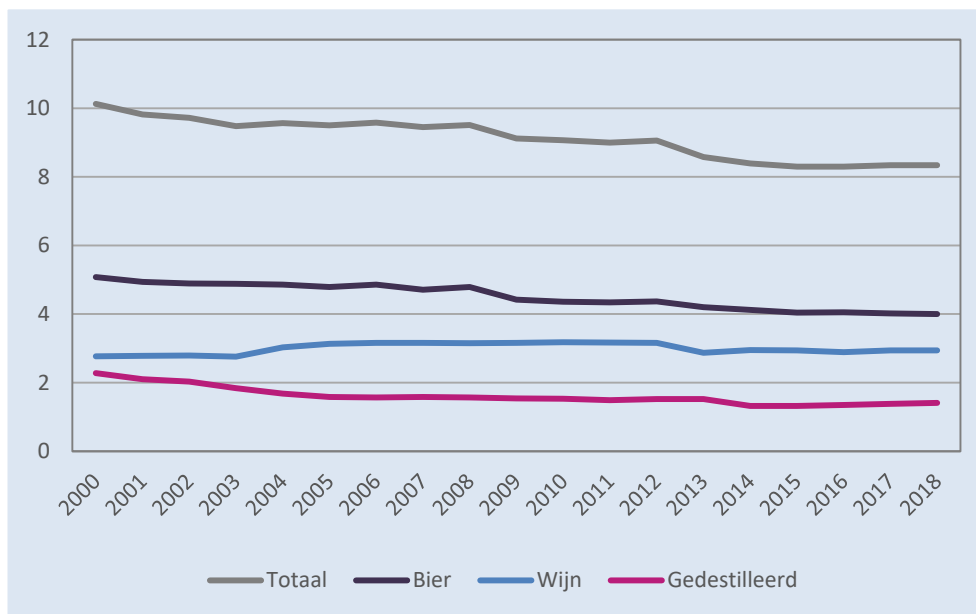


Figuur 4.2. Percentage volwassenen (18+) dat zwaar drinkt in de jaren 2001 t/m 2018 (47).<sup>9</sup>

In Figuur 4.3 is de trend in alcoholconsumptie per hoofd van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder in liters pure alcohol weergegeven.<sup>10</sup> Tussen 2000 en 2006 daalde het totaal aantal geconsumeerde liters alcohol per hoofd van de bevolking licht, van 10,1 naar 9,6 liter. Na 2006 daalde de consumptie verder tot iets meer dan acht liter in 2018. Eenzelfde trend is zichtbaar voor bier en gedestilleerde dranken. De consumptie van wijn is daarentegen tot 2006 licht gestegen en daarna vrijwel gelijk gebleven.

<sup>9</sup> In 2012 is voor vrouwen de definitie van zwaar drinken gewijzigd van minimaal één keer per week zes glazen op een dag naar minimaal één keer per week vier glazen op een dag. De definitie voor mannen bleef ongewijzigd. Dat kan (voor een deel) de verklaring zijn voor de sterke stijging in het percentage vrouwen dat zwaar drinkt tussen 2011 en 2012.

<sup>10</sup> De cijfers voor alcoholconsumptie zijn door STAP samengesteld op basis van informatie van de volgende organisaties: Centraal Bureau voor de Statistiek, Productschap Wijn, Productschap Dranken, Nederlandse Brouwers, Ministerie van Financiën, Stichting Wijnonderwijs Nederland, Vinexpo, World Health Organization, Organisation internationale de la vigne et du vin, Koninklijke Vereniging Nederlandse Wijnhandelaren.

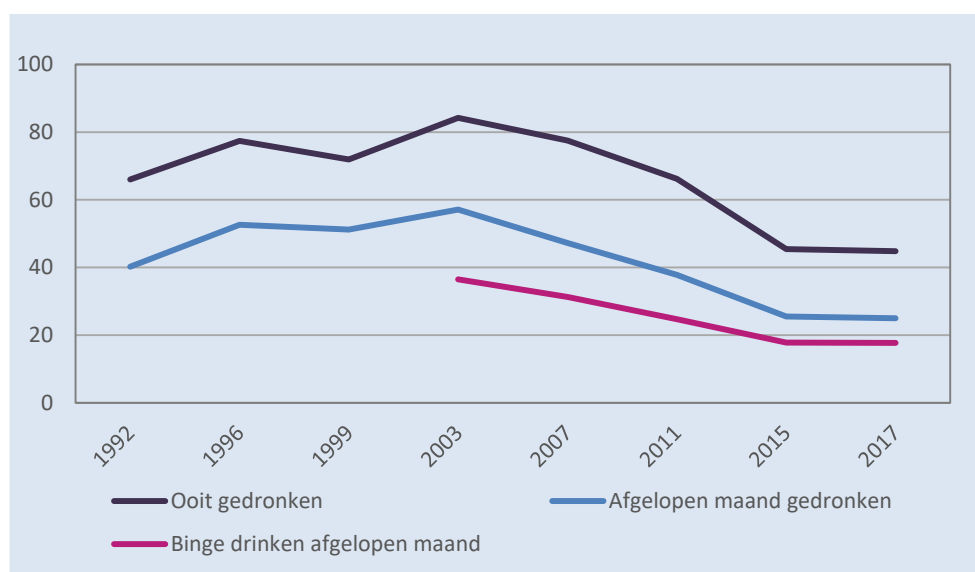


Figuur 4.3 Alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking van 15 jaar en ouder (bier, wijn, gedestilleerd en totaal) in liters pure alcohol in de jaren 2000 t/m 2018<sup>11</sup>.

#### 4.1.2 Scholieren

Figuur 4.4 toont het percentage scholieren (alle schoolniveaus) dat tussen 1992 en 2017 ooit heeft gedronken, in de afgelopen maand heeft gedronken of in de afgelopen maand aan binge drinken heeft gedaan. Na een stijgende trend in de jaren negentig van de vorige eeuw daalt vanaf 2003 het percentage scholieren dat ooit heeft gedronken sterk van 84% in 2003 naar 45% in 2017. Tussen 2015 en 2017 lijkt dit percentage te stabiliseren. Ook het percentage scholieren dat aangeeft de afgelopen maand gedronken te hebben, daalde tussen 2003 en 2017 van 56% naar 25%. Ook deze trend lijkt vanaf 2015 te stabiliseren. De cijfers voor binge drinken zijn beschikbaar vanaf 2003. Sinds die tijd daalt het percentage scholieren dat de afgelopen maand aan binge drinken heeft gedaan van 34% in 2003 naar 18% in 2015. Daarna stijgt het weer licht tot 20% in 2017.

<sup>11</sup> Bron: STAP-Dutch Institute for Alcohol Policy 2000-2018.



Figuur 4.4 Percentage scholieren (12-16 jaar) dat ooit gedronken heeft, de afgelopen maand gedronken heeft, of aan binge drinken heeft gedaan in de afgelopen maand in de jaren 1992 t/m 2017 (49).

## 4.2 Effectief alcoholontmoedigingsbeleid

De aanpak van problematisch alcoholgebruik is ook in andere (Europese) landen een belangrijk speerpunt. Op basis van internationale rapporten is geïnventariseerd wat de aanbevelingen zijn voor alcoholontmoedigingsbeleid. Dergelijk beleid betreft onder andere preventie, behandeling en vroeg-opsporing. In het beleidsdocument de 'Global strategy to reduce the harmful use of alcohol' van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) worden tien beleidsvelden ('action areas') genoemd binnen het alcoholontmoedigingsbeleid (zie Tekstbox 4.2) (50). De WHO adviseert overheden om initiatieven binnen elk van deze tien beleidsvelden uit te voeren, omdat ze elkaar aanvullen. In dit hoofdstuk ligt de focus vooral op beleidsvelden die betrekking hebben op de preventie van alcoholgebruik.

Van deze tien beleidsvelden worden er drie aangemerkt als de 'best buys': beperken van de fysieke beschikbaarheid van alcohol, beperken van alcoholmarketing en prijsmaatregelen (Tekstbox 4.2, punten 5, 6 en 7). (50). Initiatieven binnen deze drie beleidsvelden zijn volgens de WHO niet alleen het meest haalbaar om uit te voeren, maar ook het meest kosteneffectief. Daarnaast blijkt dat initiatieven die onder de drie 'best buys' vallen, een groter effect hebben bij mensen met een lagere sociaaleconomische positie. Aangezien problematisch alcoholgebruik internationaal gezien vaker voorkomt in deze groep, kunnen 'best buys'-initiatieven dus bijdragen aan het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (50). Hierbij moet wel opgemerkt worden dat overmatig en zwaar alcoholgebruik in Nederland juist iets meer voorkomt onder mensen met een hoger opleidingsniveau (zie Bijlage 9).

*Tekstbox 4.2 Tien beleidsvelden ('action areas') voor alcoholontmoedigingsbeleid volgens de WHO (50).*

1. *Leiderschap en bewustwording:* Acties zoals het opstellen van een nationaal actieplan en intersectorale samenwerking.
2. *Gezondheidszorg:* Initiatieven vanuit de zorgsector, zoals screening en interventies voor problematische drinkers.
3. *Acties in de gemeenschap en op de werkplek:* Initiatieven ter ondersteuning van gemeenten en lokale autoriteiten om problematisch alcoholgebruik tegen te gaan.
4. *Alcoholbeleid in relatie tot motorvoertuigen:* Initiatieven voor alcohol in combinatie met verkeersdeelname, zoals het uitvoeren van blaastesten onder automobilisten.
5. *Beschikbaarheid van alcohol:* Initiatieven die de fysieke beschikbaarheid van alcohol beperken, zoals restricties op het aantal verkooppunten, een verbod op alcoholconsumptie in de openbare ruimte en het instellen van een minimumleeftijd om alcohol te kopen.
6. *Alcoholmarketing:* Initiatieven die de zichtbaarheid van alcohol verminderen, zoals promotieverboden of een verbod op productplacement.
7. *Prijismaatregelen:* Financiële maatregelen zoals het heffen van accijnzen, het instellen van minimumprijzen voor alcoholhoudende dranken en het herzien van de prijzen via inflatiecorrecties.
8. *Verminderen van de negatieve gevolgen van drinken en intoxicaties:* Wet- en regelgeving, zoals het verbod op doorschenken bij dronkenschap en verplichte training aan horecapersoneel.
9. *Verminderen van de impact van illegaal geproduceerde alcohol:* Initiatieven zoals het uitvoeren van kwaliteitscontroles en het tegengaan van illegale alcoholhandel.
10. *Monitoring en toezicht:* Acties zoals het monitoren van alcoholgebruik onder de bevolking en het uitvoeren van opinieonderzoek.

### 4.3 Het Nederlandse alcoholontmoedigingsbeleid

In deze paragraaf wordt eerst het Nederlandse alcoholontmoedigingsbeleid van vóór 2006 beschreven. Dit om een beeld te geven van het beleid dat al gevoerd werd. Daarna worden initiatieven beschreven die in de periode 2006 tot 2018 zijn gestart, aangepast of afgerond. Het gaat om initiatieven van de Rijksoverheid, landelijke thema-instituten en gezondheidsfondsen, die gericht zijn op vermindering van (overmatig) alcoholgebruik. Het RIVM heeft deze initiatieven in 2018 geïnventariseerd.<sup>12</sup> In de rapportage [Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld](#) staan ze uitgebreider beschreven.

#### 4.3.1 Het Nederlandse alcoholontmoedigingsbeleid vóór 2006

De eerste accijns op alcohol werd geheven in 1805. De primaire rechtsgrond van deze accijns was het verkrijgen van algemene middelen voor de overheid. In 1865 werd het ontmoedigen van overmatig alcoholgebruik omwille van de gezondheid, ook wel het 'jeneverargument' genoemd, als tweede rechtsgrond voor de accijns geïntroduceerd. In de jaren erna is de alcoholaccijns vaak verhoogd, om

<sup>12</sup> Ondanks een uitgebreide search in literatuur en via internet, gevolgd door een consultatie met enkele experts om te controleren of het overzicht compleet was, kan het zijn dat sommige initiatieven gemist zijn.



de afschaffing van accijnzen op andere producten te financieren. In deze eeuw zijn de accijnzen meerdere keren verhoogd. In 2002 zijn de accijnzen op alle alcoholhoudende dranken verhoogd en werd bier met een alcoholpercentage minder dan 7% voor het eerst genoemd in de 'Tarievenlijst Accijns en verbruiksbelastingen' van de Belastingdienst (51). In 2003 werd de accijns op gedistilleerde dranken met 18% verhoogd. Dit leidde tot een aanzienlijke omzetsdaling en een daling van de accijnsopbrengst. Daarom is deze accijnsverhoging in 2006 teruggedraaid (52).

In 1881 werd de eerste Drankwet aangenomen, de 'Wet tot beteugeling van het misbruik van sterke drank'. Met deze wet werd openbaar dronkenschap en de verkoop van sterke drank aan kinderen onder de 16 jaar strafbaar gesteld. Bier en wijn bleef dus wel toegankelijk voor jongeren. Ook werden verkooppunten van sterke drank verplicht om een vergunning aan te vragen bij de gemeente. Aan het aantal vergunningen was een maximum verbonden, afhankelijk van het aantal inwoners per gemeente. De Drankwet is sinds de invoering meerdere malen gewijzigd. Tabel 4.1 laat een overzicht zien van de verschillende wetten en wijzigingen door de tijd heen.

In 1986 verscheen in Nederland het eerste samenhangende beleidsdocument 'Alcohol en Samenleving' en startte het ministerie van VWS de grootschalige landelijke Postbus 51-campagne over alcohol 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' (53). In 2002 startte het Trimbos-instituut op verzoek van het ministerie van VWS het programma 'Uitgaan, Alcohol en Drugs'. Dit programma was hoofdzakelijk op drugs gefocust en niet alleen op alcohol.

Tabel 4.1 Overzicht van de invoering en wijzigingen van de Drankwet (later Drank- en Horecawet genoemd).

Jaartal	Wet	Inhoud wijziging <sup>13</sup>
1881	Invoering Drankwet	Openbaar dronkenschap en verkoop van sterke drank aan jongeren onder de 16 jaar verboden. Verplicht voor verkooppunten van sterke drank om een vergunning te hebben.
1904	Wijziging Drankwet	Verplicht voor verkooppunten van bier en wijn om een vergunning te hebben.
1931	Wijziging Drankwet	Gemeenten mogen maxima stellen aan aantal gelegenheden waar bier en wijn wordt verkocht.
1967	Invoering Drank- en Horecawet (DHW)	Maxima voor het aantal verkooppunten afgeschaft. Eisen waaraan verkooppunten moeten voldoen aangescherpt. Leeftijdsgrens voor de verkoop van sterke drank verhoogd naar 18 jaar. Dronken personen mogen niet meer worden toegelaten op plekken waar alcohol wordt verkocht.
2000	Wijziging Drank- en Horecawet	Een verbod op de verkoop van alcohol in tankstations en winkels langs de snelweg. Verplichting om bij para-commerciële instellingen <sup>14</sup> altijd een geïnstrueerde vrijwilliger aanwezig te hebben. Verenigingen zijn verplicht een reglement te hebben over het schenken van alcohol.
2013	Wijziging Drank- en Horecawet	Uitbreiding bevoegdheden gemeenten. Decentralisatie landelijk toezicht. Landelijk verbod voor jongeren onder de 16 jaar om alcohol bij zich te hebben op publiek toegankelijke plaatsen.
2014	Wijziging Drank- en Horecawet	Invoering leeftijdsgrens van 18 jaar voor alle alcoholhoudende dranken. Gemeenten verplicht een periodiek preventie- en handavingsplan op te stellen.

#### 4.3.2

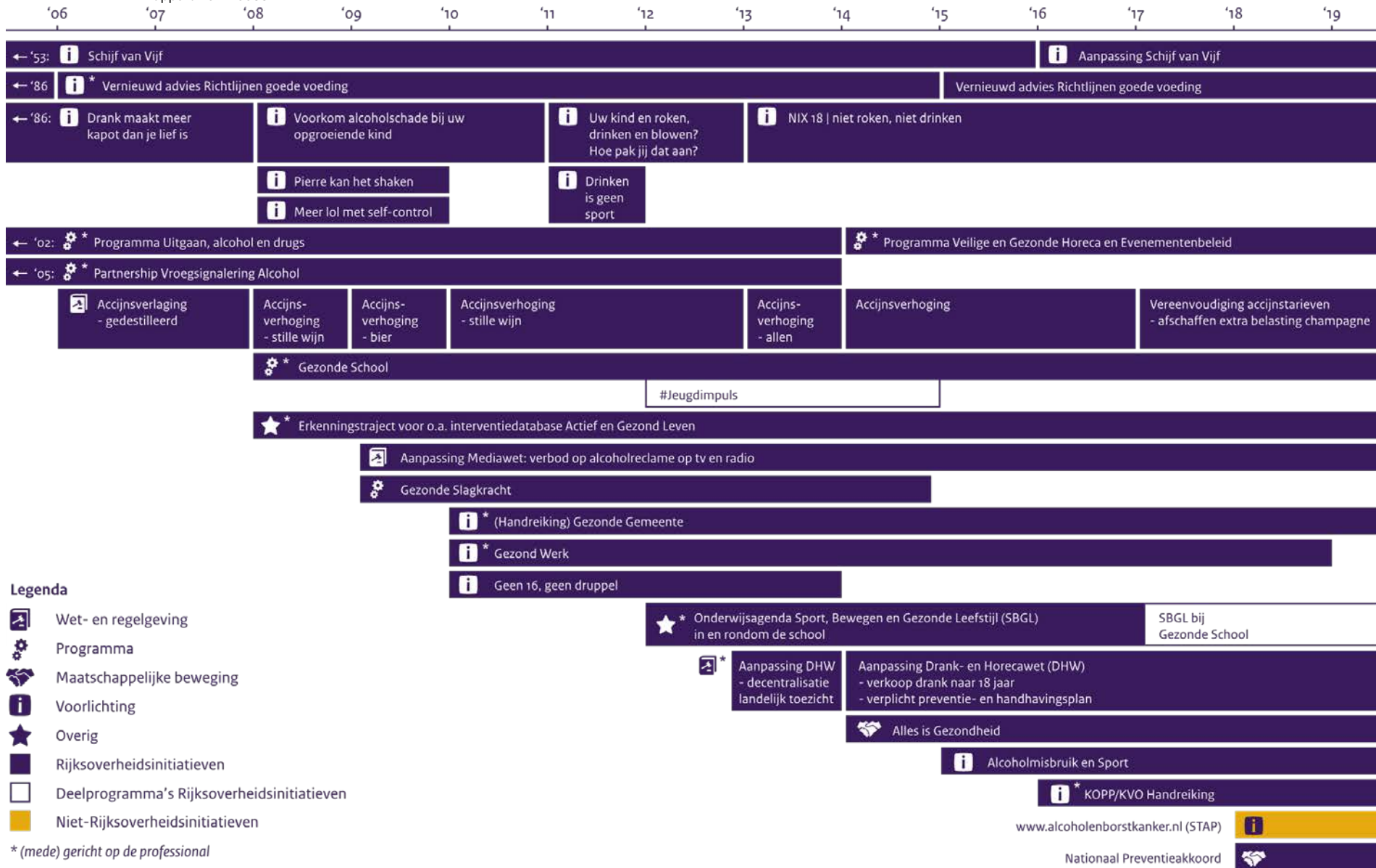
##### *Het Nederlandse alcoholontmoedigingsbeleid 2006 t/m 2018*

Tussen 2006 en 2018 zijn in Nederland 29 landelijke initiatieven om (problematisch) alcoholgebruik tegen te gaan gestart, aangepast of afgerond door de Rijksoverheid, of door één van de geselecteerde landelijk opererende organisaties. Ongeveer de helft van alle geïnventariseerde initiatieven liep ook in 2019 nog door. Figuur 4.5 toont een overzicht van deze initiatieven(5).<sup>15</sup> Ze worden in Bijlage 3 uitgebreid beschreven.

<sup>13</sup> Jaartallen van het opstellen van een wetwijziging en het invoeren van deze wijziging komen soms niet overeen, aangezien de invoering soms enkele jaren kan duren. In Tabel 4.1 wordt het jaartal van invoering van de wijziging gerapporteerd.

<sup>14</sup> Para-commerciële instellingen zijn niet-commerciële 'rechtspersonen' zoals stichtingen of verenigingen die zich in de eerste plaats richten op het stimuleren van activiteiten van recreatieve, sportieve, sociaal-culturele, educatieve, levensbeschouwelijke of godsdienstige aard. Horeca-activiteiten behoren dus niet tot hun kernactiviteiten.

<sup>15</sup> Dit figuur komt uit de rapportage 'Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld' van het RIVM (5).



Figuur 4.5 Tijdlijn van initiatieven om (overmatig) alcoholgebruik te ontmoedigen binnen het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid in de periode 2006 t/m 2018. 'Stille wijn': niet mousserende wijnen.

De meeste initiatieven bevinden zich laag op de interventieladder vanwege hun informatieve karakter (5). Hoe ingrijpender een initiatief is, hoe minder vrijblijvend voor de burger (en hoe hoger op de interventieladder) (22). Het gaat dan voornamelijk om voorlichting. Het grootste deel hiervan zijn campagnes gericht op de algehele bevolking. De overige initiatieven betreffen vooral wet- en regelgeving, zoals de verhoging van de leeftijdsgrens. Deze staan hoog op de interventieladder. De preventieprogramma's zijn vooral gericht op jongeren of professionals.

Enkele initiatieven uit Figuur 4.5 worden in deze rapportage buiten beschouwing gelaten, omdat het effect op alcoholgebruik in de periode 2006 t/m 2018 niet is vast te stellen. De reden hiervoor is dat het initiatief pas eind 2018 of begin 2019 is gestart (het Nationaal Preventieakkoord en de website [www.alcoholenborstkanker.nl](http://www.alcoholenborstkanker.nl)) of omdat ze veelal niet direct op alcoholgebruik gericht zijn, maar vooral bedoeld zijn om in algemene zin preventief gezondheidsbeleid goed op te zetten (Handreiking Gezonde Gemeente (nu Gezonde Gemeente op [Loketgezondleven.nl](http://Loketgezondleven.nl)), Gezond Werk, Erkenningstraject voor onder andere de interventiedatabase Actief en Gezond Leven).

#### **4.4 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid op alcoholgebruik**

Er zijn drie methoden gebruikt om het effect van de initiatieven die zijn uitgevoerd tussen 2006 en 2018 in kaart te brengen. Ten eerste is per initiatief gekeken naar wat er in de (wetenschappelijke) literatuur bekend is over de effectiviteit. Ten tweede is met experts op het gebied van alcoholontmoedigingsbeleid en preventie in het algemeen besproken wat volgens hen het effect is geweest van de initiatieven op het aantal volwassenen en jongeren dat overmatig drinkt. Als laatste zijn het alcoholontmoedigingsbeleid en de trend in alcoholconsumptie in Nederland vergeleken met die in Ierland en Noorwegen. Deze landen zijn gekozen omdat het alcoholgebruik onder volwassenen en/of jongeren daar in de onderhavige periode (2006-2018) sterker daalde dan in Nederland.

##### *4.4.1 Effectiviteit uit de literatuur*

Uitgebreidere informatie over de effectiviteit van de initiatieven op basis van het literatuuronderzoek staat beschreven in Bijlage 3.

##### *Effectieve initiatieven*

Uit de literatuur blijkt dat leeftijdsgrenzen en accijnzen effectieve maatregelen zijn om alcoholgebruik te ontmoedigen (54-56). Uit een review van 132 studies komt naar voren dat een verhoging van de leeftijdsgrens voor het kopen van alcohol substantiële effecten heeft op het drinkgedrag van jongeren (57). Deze effecten houden aan, ook nadat de jongeren de minimumleeftijd om te drinken hebben bereikt. In Nederland is de daling in het alcoholgebruik onder jongeren het sterkst na de invoering van de leeftijdsgrens (58). In 2011 had 66% van de jongeren tussen 12 en 16 jaar wel eens gedronken. In 2015 was dit gedaald naar 45%. De handhaving van de minimumleeftijd voor alcoholverkoop is ook significant gestegen tussen 2013 en 2016 (59). Ter ondersteuning van de verhoging van de leeftijdsgrens startte in 2013 de publiekscampagne NIX18. Een jaarevaluatie van de

Rijksoverheid beschrijft dat de campagne positieve effecten heeft gehad op de kennis, houding en het gedrag van jongeren en hun ouders. Het aandeel jongeren dat aangeeft niet te drinken is gestegen, net als het aandeel ouders dat zegt afspraken te maken met hun kinderen over drinken (60). De effecten van de campagne kunnen niet los van de wettelijke verhoging van de leeftijdsgrens of andere in die periode ingevoerde initiatieven of maatschappelijke ontwikkelingen worden gezien.

Nationaal en internationaal onderzoek laat consequent zien dat een verhoging van accijnzen en daarmee de prijs van alcohol invloed heeft op de consumptie (55, 56). Een verhoging van de prijs van alcoholische dranken met 10%, leidt tot een afname in consumptie tussen de 5 en 8%, afhankelijk van het type alcoholische drank (25). De effecten van prijsmaatregelen zullen hoger zijn wanneer ze gecombineerd worden met andere maatregelen, zoals campagnes, een beperking van het aantal verkooppunten, een regulering van de verkooptijden en een verbod op reclame (55).

#### *Initiatieven met effect op tussenuitkomsten*

Voor een aantal initiatieven is een effect op tussenuitkomsten, zoals een verandering in draagvlak of in handhaving, gerapporteerd. Dit betreft de aanpassing van de Mediawet, de uitbreiding van de bevoegdheden van gemeenten, Kinderen van Ouders met Psychische Problemen/Kinderen van Ouders met een Verslaving (KOPP/KOV) Handreiking en campagnes.

De aanpassing van de Mediawet, waarin staat dat er tussen 06:00 en 21:00 uur geen alcoholreclame getoond mag worden op radio en tv, heeft tot averechtse effecten geleid. Zo is de zichtbaarheid van alcoholreclames direct na 21.00 tussen 2007 en 2010 verdrievoudigd. Zowel volwassenen als kinderen worden daardoor meer blootgesteld aan alcoholreclame, wat gevolgen kan hebben voor de consumptie (61). Ook kan het verbod leiden tot promotie via alternatieve kanalen, zoals social media, wat minder goed gereguleerd kan worden.

Uit een evaluatie van de uitbreiding van bevoegdheden naar gemeenten, onderdeel van de aanpassing Drank- en Horecawet in 2014, bleek dat er meer controles op het naleven van de wet plaatsvonden dan voorheen (62). Dit heeft mogelijk geleid tot betere handhaving (59).

Van de KOPP/KOV Handreiking en interventies is niet bekend of het effect heeft op alcoholgebruik onder kinderen van verslaafde ouders. Wel is bekend dat één van de interventies negatieve gedachten vermindert en het gevoel sociaal geaccepteerd te worden vergroot (63).

Verder zijn campagnes van groot belang om gevoerd beleid te ondersteunen, omdat ze zorgen voor meer draagvlak onder de bevolking (60). Losse massamediale campagnes, die niet worden ingevoerd ter ondersteuning van beleidsmaatregelen, zijn daarentegen niet tot nauwelijks effectief (25).

#### *Initiatieven waarvan de effectiviteit onbekend is*

Voor de meeste geïnventariseerde initiatieven zijn de effecten op alcoholgebruik onbekend. Vaak is er wel een procesevaluatie uitgevoerd,

waarbij bijvoorbeeld is gekeken wat voor effect het programma had op samenwerking of hoe vaak aan een bepaald programma of onderdeel daarvan is deelgenomen. Dergelijke resultaten staan beschreven in Bijlage 3.

Er is ook geen informatie gevonden over het effect van het programma Gezonde School op het alcoholgebruik van jongeren. Wel is er onderzoek gedaan naar schoolprogramma's in het algemeen en de interventie 'De gezonde school en genotmiddelen' (DGSG), dat binnen het programma Gezonde School valt. Onderwijsprogramma's kunnen effectief zijn, mits ze voldoen aan bepaalde voorwaarden. Koning et al. vonden alleen significante en langdurige effecten van een schoolinterventie als deze zowel op ouders was gericht als op leerlingen (64). Eerder onderzoek naar de interventie DGSG toonde aan dat het programma positieve effecten heeft op de kennis van en het alcoholgebruik onder jongeren. Deze effecten hielden tot enkele jaren na de interventie aan (65). Maar later onderzoek vond dat de interventie geen effect had op drinkgedrag van de leerlingen (66). In die tussentijd was de interventie wel op meerdere punten gewijzigd.

#### 4.4.2 *Effect op overmatig alcoholgebruik volgens experts*

Met experts op het gebied van alcohol, alcoholpreventie en preventie in het algemeen is in een discussiesessie besproken wat volgens hen het effect is geweest van de geïnventariseerde initiatieven op alcoholgebruik in de periode 2006 t/m 2018. De twaalf geraadpleegde experts doen onderzoek naar alcoholbeleid en sociale en culturele processen die hiermee te maken hebben, werken als arts met een focus op alcoholintoxicaties of bij thema-instituten gericht op alcoholontmoediging.

##### *Experts vonden het effect van de initiatieven moeilijk te beoordelen*

De experts vonden het moeilijk om het effect van de losse initiatieven te beoordelen. Zij gaven aan dat juist de combinatie van alle initiatieven samen van belang is om effect op de prevalentiecijfers te hebben. Een belangrijke boodschap uit de sessie was dat geen enkel los initiatief uiteindelijk het gewenste effect kan hebben. Verder gaven de experts aan dat veel van de initiatieven niet geëvalueerd zijn. Ook daarom kan niet bepaald worden wat het effect is geweest. Ook de mate van handhaving van maatregelen wordt volgens de experts bij beleidsevaluaties en -onderzoek vaak buiten beschouwing gelaten, terwijl dit veel invloed heeft op het uiteindelijke effect. Tot slot merkten de experts op dat je alcoholbeleid niet in isolatie zou moeten evalueren, maar in samenhang met drugs- en tabaksbeleid.

##### *Enkele initiatieven hebben volgens de experts effect gehad*

Hoewel het precieze effect van losse initiatieven moeilijk te beoordelen is, gaven de experts aan dat bepaalde initiatieven waarschijnlijk meer effect hebben gehad dan andere. Dit betreft de leeftijdsverhoging (inclusief de handhaving daarvan), aangevuld met de NIX18-campagne. Een aantal experts gaf aan dat de combinatie van het verhogen van de leeftijdsgrens in 2014 en de al eerder (in 2013) gestarte NIX18-campagne heeft geleid tot een verminderd alcoholgebruik onder jongeren. Het maatschappelijk debat over alcohol, de inzichten die er in de media verschenen en de roep om leeftijdsgrenzen hadden al impact in de periode voor de invoering van de leeftijdsgrens. Dit is bijvoorbeeld

terug te zien bij de pre-test van de NIX18-campagne. Veel jongeren dachten dat de leeftijdsgrens toen al een feit was. In reactie hierop werd gezegd dat er ook vóór de invoering van de nieuwe leeftijdsgrens al een neerwaartse trend zichtbaar was in alcoholgebruik onder jongeren, en dat deze trend de laatste jaren is afgevlakt. Een verklaring die gegeven werd is dat er mogelijk een plafond is bereikt voor het effect van de verhoging van de leeftijdsgrens.

*Experts vinden drie 'best buys' niet goed geïmplementeerd in Nederland*  
Volgens de experts zijn de drie 'best buys' van de WHO de effectiefste maatregelen die er zijn. De experts geven aan dat deze in Nederland meer effect hadden kunnen hebben. Vooral initiatieven gericht op alcoholprijzen en alcoholmarketing zijn volgens de experts in de periode 2006 t/m 2018 niet optimaal uitgevoerd.

#### Prijsmaatregelen

De accijnzen op alcoholhoudende dranken zijn volgens de experts de afgelopen vijftien jaar nauwelijks verhoogd in Nederland (zie Tabel 4.2 in paragraaf 4.4.3 voor accijnzen). Accijnsverhogingen hebben daarom weinig bijgedragen aan het ontmoedigen van alcoholgebruik. Volgens de experts worden er vooral initiatieven, zoals voorlichting, ingezet als alternatief voor maatregelen die minder populair zijn bij de bevolking, waaronder verhoging van de accijnzen.

#### Marketing

De experts gaven aan dat de alcoholindustrie veel geld en menskracht besteedt aan marketing, onder andere via social media en influencers. Deze nieuwe manier van promotie is nog verfijnder dan reguliere marketing en vraagt volgens experts om een stevigere tegenaanpak. Daarnaast zoekt volgens hen de alcoholbranche continu de randen van de wet op. Ook vonden ze het vreemd dat sportteams niet spelen in shirts gesponsord door alcoholbedrijven, maar dat er tot 2018 binnen de voetbalwereld een competitie bestond die de 'Jupiler-league' heette. De experts zouden graag de effectiviteit van zelfregulering van alcoholmarketing onderzocht willen zien. De experts waren van mening dat de overheid strengere maatregelen rondom alcoholmarketing zou moeten nemen.

#### Beschikbaarheid

Een aantal initiatieven dat de beschikbaarheid van alcohol beperkt, zoals de verhoging van de leeftijdsgrens en de wet met betrekking tot doorschenken bij dronkenschap, had volgens de experts een groter effect kunnen hebben als ze beter gehandhaafd zouden zijn. Zo is volgens de experts voorheen niet tot nauwelijks op doorschenken bij dronkenschap gehandhaafd. Dit heeft volgens hen mogelijk bijgedragen aan een toename van alcoholongelukken en alcoholagressie.

#### Voorlichting ter ondersteuning van de drie 'best buys'

Voorlichting over de gevolgen van problematisch alcoholgebruik en plannen voor nieuwe maatregelen zijn volgens de experts belangrijk voor de acceptatie en implementatie van deze maatregelen. Een goed voorbeeld daarvan is de eerdergenoemde verhoging van de leeftijdsgrens (wetgeving) in combinatie met de campagne NIX18 (voorlichting).

### *Andere factoren die volgens experts invloed hebben gehad op alcoholgebruik*

Hoewel initiatieven hebben bijgedragen aan de daling van het percentage mensen dat problematisch drinkt en het alcoholgebruik onder jongeren, hebben volgens de experts ook andere factoren invloed gehad op de trend in alcoholgebruik. Deze ontwikkelingen hebben de trends in alcoholgebruik positief ofwel negatief beïnvloed. De ontwikkelingen die de experts genoemd hebben staan in Tekstbox 4.3.

#### *Tekstbox 4.3 Ontwikkelingen die alcoholgebruik in de afgelopen vijftien jaar beïnvloed hebben, met voorbeelden.*

##### Demografische veranderingen:

- Vergrijzing → aandeel jongeren in de bevolking verandert, waardoor ook consumptiecijfers veranderen. (+)

##### Doelgroepenbeleid:

- Meer aandacht voor alcoholgebruik onder zwangeren, met als gevolg meer online interventies en voorlichtingsmateriaal. (+)
- Meer aandacht voor ouders als doelgroep voor het beleid. (+)

##### Fysiek aanbod alcohol:

- Uitbreiding van het aanbod, met name met aantrekkelijke producten voor jongeren. (-)
- Ontwikkeling van alcoholvrije alternatieven. (+)

##### Handhaving:

- Verbeterd handhavingsbeleid (mystery shoppers, gemeentelijke inspecteurs). (+)

##### Maatschappelijke trends:

- Meer aandacht voor gezondheid en een gezonde leefstijl. (+)
- Concurrentie van andere drugs, zoals cannabis, lachgas, XTC. (+)

##### Marketing via tv/social media:

- Intensivering van alcoholmarketing via social media. (-)

##### Onderzoek:

- Technologische ontwikkelingen zoals de mogelijkheid tot het maken van hersenscans hebben geleid tot meer bewustwording. (+)
- Toegenomen aandacht voor het bijhouden van alcoholintoxicaties in ziekenhuizen. (+)

##### Politiek en beleid:

- Meer aandacht voor alcoholgebruik in relatie tot verkeersdeelname dankzij o.a. de BOB-campagne. (+)
- Verbeterd bewustzijn dat drank en sport niet samengaan. (+)

##### Voorlichting:

- Afname in het geloof in voorlichting gericht op het vergroten van de zelfcontrole van jongeren. (?)

(-) negatieve invloed op overmatig alcoholgebruik (leidend tot een stijging)

(+) positieve invloed op overmatig alcoholgebruik (leidend tot een daling)

(?) onbekende invloed = effect op overmatig alcoholgebruik onbekend

### Meer kennis over en aandacht voor preventie

De kennis over de nadelige effecten van alcohol en de aandacht voor leefstijl en preventie in het algemeen zijn de afgelopen vijftien jaar toegenomen. Dit heeft gezorgd voor meer aandacht voor alcohol-ontmoediging. De experts gaven hiervan een aantal voorbeelden.



Ten eerste zijn de kennis over de (invloed van alcohol op de) hersenen en de technische mogelijkheden voor hersenonderzoek toegenomen. Deze ontwikkelingen hebben bijgedragen aan het besef dat de hersenen van jongeren nog niet uitgerijpt zijn, en dat alcohol schadelijk is zolang dat nog niet het geval is. Ook is gebleken dat jongeren kortetermijndenkers zijn en de nadelige effecten van alcohol op de lange termijn niet kunnen inschatten. Daarom dienen jongeren beschermd te worden tegen de invloed van alcohol.

Onderzoek naar de invloed van ouders op alcoholgebruik van pubers speelde een rol bij veranderingen in het denken over alcoholopvoeding.

De laatste jaren is er ook meer aandacht gekomen voor een gezonde zwangerschap. Daarnaast is onder artsen een kanteling te zien in het denken over leefstijl, preventie en gezond leven. Dit zijn ontwikkelingen waar het alcoholontmoedigingsbeleid op heeft kunnen voortborduren.

Daarnaast hebben instituten zoals STAP, NIGZ, het Trimbos-instituut, Reinier de Graaf Gasthuis en Stichting Positieve Leefstijl een rol gespeeld in het maatschappelijk debat over alcohol. Zij droegen bij aan agendasetting bij de overheid en zorgden voor bewustwording. Een concreet voorbeeld hiervan zijn de Peilstation onderzoeken naar alcoholgebruik onder jongeren van het Trimbos-instituut (58) en Europese vergelijkingen, waarbij Nederland ongunstig afstak. Een ander voorbeeld is het opzetten van en de aandacht voor de twaalf Regionale Poliklinieken Jeugd en Alcohol.

#### Alcoholcultuur

De experts gaven aan dat iedereen wel weet dat zwangerschap en alcohol, of verkeer en alcohol verkeerde combinaties zijn. De cultuur die er heerst rondom alcohol is desondanks moeilijk te veranderen. Zo draait het binnen de sport nog (te) veel om alcohol. Ook beïnvloeden ouders het alcoholgebruik van jongeren, niet alleen door het stellen van regels, maar ook door hun voorbeeldfunctie.

#### Politieke debat over alcohol is veranderd

De politieke wil om alcoholgebruik te ontmoedigen is volgens de experts veranderd over de tijd. Zo werd opgemerkt dat burgemeesters (de lokale overheid) in Nederland een belangrijke rol hebben gespeeld in de kanteling van het politieke debat. De ervaringen van burgemeesters met overlast door alcohol bracht samen met de toegenomen kennis over de schadelijkheid van alcohol een overtuigend verhaal in het politieke debat. Dit zorgt ervoor dat sommige maatregelen eerder niet, maar nu wel genomen worden. Als voorbeeld werd de verhoging van de leeftijdsgrens genoemd. Voor 2000 zou deze maatregel niet genoeg draagvlak hebben gehad.

Desondanks waren de experts kritisch ten aanzien van het alcoholontmoedigingsbeleid in de afgelopen jaren. Zo gaven zij aan dat er weinig continuïteit op het gebied van alcoholbeleid bestaat binnen de overheid. Ook vinden zij het preventieveld op het gebied van alcohol niet goed georganiseerd. Volgens de experts is er veel winst te boeken door te werken aan een sterker kennisveld en te zorgen voor meer continuïteit in het alcoholbeleid.

### Sterke invloed van de alcoholindustrie

De alcoholindustrie en de bijbehorende lobby heeft volgens de experts een sterk effect op het alcoholgebruik in Nederland. De budgetten en menskracht die er vanuit de industrie worden ingezet, bijvoorbeeld voor marketing, staan niet in verhouding tot de inzet vanuit de overheid om alcoholgebruik te ontmoedigen. Dat maakt het moeilijk om tegenwicht te bieden. Ook komt er telkens na maatregelen of een maatschappelijke verandering een reactie vanuit de industrie om te zorgen dat alcohol een aantrekkelijk product blijft. Een voorbeeld dat de experts gaven is dat de focus op de doelgroep jongeren er mogelijk voor heeft gezorgd dat de alcoholindustrie zich juist inzet op andere doelgroepen, zoals ouderen en volwassenen. Zo is het online aanbieden van alcoholhoudende dranken (aan ouderen) vanuit de wijnindustrie in opkomst. Ook werd opgemerkt dat dergelijke marketing, die vooral is gericht op ouderen, jongeren nog steeds bereikt. Daarom zou de politiek volgens de experts ook aangesproken moeten worden op – met name – de vrijheden die de alcoholproducenten worden gegund.

### *Experts zien kansen voor beleid*

De experts gaven aan dat de initiatieven van de afgelopen jaren vooral top-down georganiseerd zijn. Dit in tegenstelling tot begin 20<sup>e</sup> eeuw, toen de invloed van drankbestrijding meer vanuit de maatschappij (bottom-up) kwam. Volgens de experts namen hierdoor de consumptiecijfers in die tijd af. In dat kader kan het relevant zijn om aansluiting te zoeken bij 'grassroot'-initiatieven. Dat zijn initiatieven die burgers zelf ontwikkelen in plaats van beleidsmakers, en vanuit de maatschappij verandering teweeg brengen. Een voorbeeld hiervan is een online variant van drankbestrijding die op dit moment internationaal op social media lijkt te ontstaan. Bekende mensen en influencers spreken jongeren aan op hun alcoholgebruik en geven het goede voorbeeld.

De experts noemden verder 'de IJslanse aanpak' als voorbeeld van een initiatief dat effect heeft. Deze aanpak is gebaseerd op een positieve benadering en focust op het aanreiken van zinvolle vrijetijdsbesteding voor jongeren om gebruik van alcohol, drugs en tabak te voorkomen, en adviezen voor hun ouders. Vanaf 2018 wordt deze aanpak binnen Nederland in zes pilotregio's uitgevoerd.<sup>16</sup>

Volgens de experts is het voor beleidsmakers belangrijk om goed voor ogen te hebben wat het doel is van het beleid. Is dit het verminderen van de totale alcoholconsumptie of 'harm reduction', het tegengaan van (de negatieve gevolgen van) problematisch alcoholgebruik. Veel (Europees) beleid richt zich op specifieke groepen, zoals zwangere vrouwen. Dit zijn niet altijd de groepen waar alcoholconsumptie het hoogst is. Met een aanpak gericht op specifieke groepen zal er dus niet altijd (direct) een daling te zien zijn in de consumptiecijfers voor alcohol

<sup>16</sup> Het IJslanse preventiemodel is een 'community based' aanpak, waarbij wordt ingezet op omgevingsfactoren die het risico op middelengebruik verkleinen, namelijk Gezin, Peergroep, School en Vrije Tijd. De aanpak op lokaal niveau wordt ondersteund met landelijke wetgeving en campagnes. Sinds de invoering van het IJslanse preventiemodel in IJsland twintig jaar geleden, is het middelengebruik onder jongeren sterk gedaald. De Nederlandse gemeenten Amersfoort, Hardenberg, Kempengemeenten, Súdwest-Fryslan, Texel en Urk maken van 2018 tot 2021 deel uit van een leertraject over het IJslanse preventiemodel. Hierbij wordt onderzocht hoe het model werkt en wat Nederlandse gemeenten hiervan kunnen leren.

in de hele bevolking. In het geval van zwangere vrouwen is het beleid dan ook bedoeld om het ongebooren kind te beschermen.

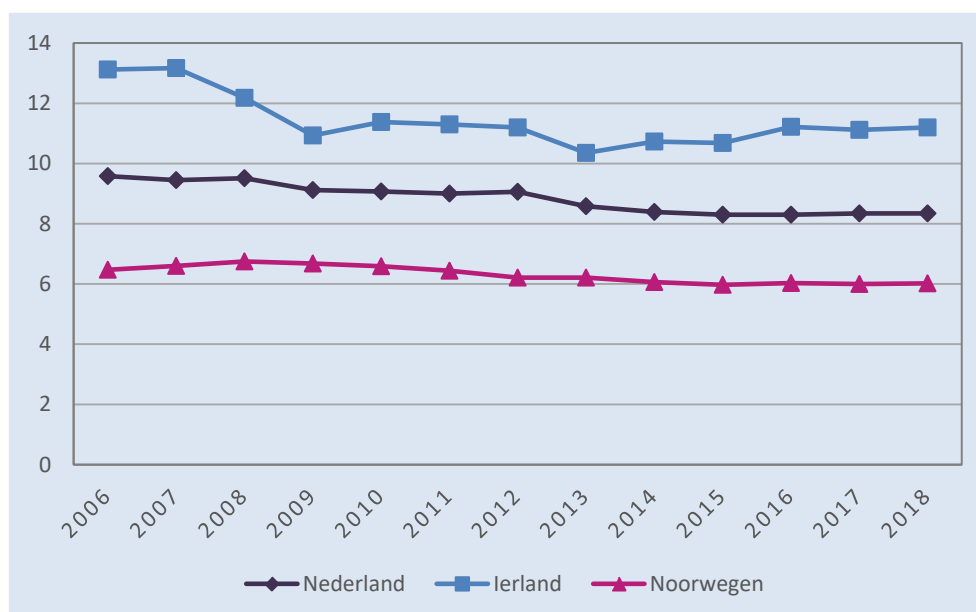
#### 4.4.3 Internationale vergelijking

In dit onderdeel worden het Nederlandse alcoholontmoedigingsbeleid en de trends met betrekking tot alcoholgebruik vergeleken met het beleid en de trends in Ierland en Noorwegen. Ierland is gekozen vanwege de relatief sterke daling in alcoholconsumptie per hoofd van de bevolking tussen 2006 en 2018 in vergelijking met Nederland (zie Figuur 4.6). Noorwegen is gekozen vanwege de sterke daling in alcoholgebruik onder 15-jarigen tussen 2006 en 2018 in vergelijking met Nederland (zie Figuur 4.7). Daarnaast voerden beide landen in 2006 (het beginpunt van de periode waar dit onderzoek op focust) in vergelijking met Nederland een sterker beleid (67).

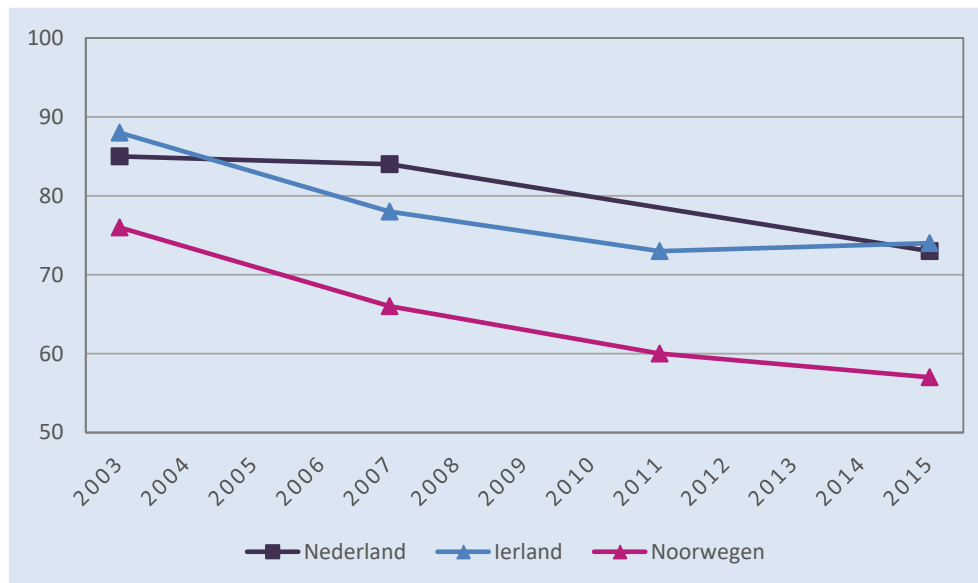
##### Trends in alcoholgebruik

Figuur 4.6 toont de trends in het aantal liters dat gemiddeld per hoofd van de bevolking wordt gedronken door volwassenen. Ierland kent de sterkste daling (-15%) tussen 2006 en 2018 (van 13,1 naar 11,2 liter), maar heeft wel over deze hele periode de hoogste consumptie. De consumptie in Nederland daalt van 9,6 liter in 2006 tot 8,3 in 2018, wat overeenkomt met een daling van 13%. De consumptie van volwassenen in Noorwegen daalde iets van 6,5 liter in 2006 naar 6,0 liter in 2018, een afname van 7%, maar is over de jaren heen het laagst.

Zoals te zien is in Figuur 4.7, kent Noorwegen de sterkste daling in het percentage jongeren dat in de afgelopen twaalf maanden alcohol heeft gedronken, van 76% in 2003 naar 57% in 2015. Ierland en Nederland hebben een vergelijkbaar begin- en eindpunt, maar in Ierland daalden de cijfers eerder dan in Nederland. Omdat er voor Nederland geen data beschikbaar zijn over 2011, is het niet bekend wanneer tussen 2007 en 2015 het percentage begon te dalen.



Figuur 4.6 Trend in aantal geconsumeerde liters alcohol per hoofd van de bevolking in Nederland, Ierland en Noorwegen in de periode 2006 t/m 2018 (68).



Figuur 4.7 Percentage jongeren (15 jaar) dat alcohol heeft gedronken in de afgelopen twaalf maanden in Nederland, Ierland en Noorwegen voor de jaren 2003, 2007, 2011 en 2015 (69).

#### Alcoholontmoedigingsbeleid in de gekozen landen

Uit de Alcohol Policy Index (API) blijkt dat zowel Ierland als Noorwegen in 2006 een sterker alcoholontmoedigingsbeleid voerden dan Nederland (67). De API is door onderzoekers ontwikkeld om beleidsmakers op het gebied van volksgezondheid te helpen met het beoordelen van alcoholontmoedigingsbeleid dat gevoerd wordt in een land. De API is gebaseerd op het advies van de WHO dat landen een nationaal alcoholbeleid, met een focus op preventie, ontwikkelen. In de vijf domeinen van de API (zie Tekstbox 4.4) zijn zestien beleidsmaatregelen opgenomen die effectief de negatieve effecten van alcoholgebruik kunnen verminderen en de per capita consumptie kunnen verlagen. Per land wordt per domein de score bepaald. Per domein is een wisselend maximaal aantal punten te behalen. Aan de hand van de totaalscores is een ranking gemaakt van 30 landen die in 2006 het meest tot minst strikte alcoholontmoedigingsbeleid hadden. Noorwegen stond in deze ranking op plek 1, Ierland op plek 18 en Nederland op plek 22. Het domein 'context waarin drinken van alcohol plaatsvindt' (domein B) wordt in deze internationale vergelijking buiten beschouwing gelaten omdat er te weinig informatie is om veranderingen door de tijd te beschrijven. Het domein 'alcohol in relatie tot motorvoertuigen' (Domein E) is ook buiten beschouwing gelaten. Hoewel maatregelen binnen dit domein effect kunnen hebben op gezondheid, zijn ze primair gericht op veiligheid.

*Tekstbox 4.4 De vijf domeinen van de Alcohol Policy Index.*

De Alcohol Policy Index (API) meet in hoeverre een land verschillende maatregelen neemt om het drinken van (te veel) alcohol te ontmoedigen (67). De index genereert een score die gebaseerd is op vijf domeinen:

- A. fysieke beschikbaarheid van alcohol;
- B. context waarin drinken van alcohol plaatsvindt;
- C. alcoholprijzen;
- D. alcoholmarketing;
- E. alcohol in relatie tot motorvoertuigen.

In Tabel 4.2 staan de API-scores voor de verschillende domeinen en wordt aangegeven welke initiatieven binnen deze domeinen in de drie landen uitgevoerd worden. Omdat er geen API-scores over meerdere jaren beschikbaar zijn, zijn verschillende databronnen samengevoegd om een zo volledig mogelijk beeld te schetsen van het gevoerde alcoholontmoedigingsbeleid door de jaren heen (70-72). Er wordt hierbij gefocust op maatregelen binnen de categorieën 'prijzbeleid', 'beschikbaarheid van alcohol' en 'verbod op marketing', die door de WHO gedefinieerd zijn als de drie 'best buys' voor alcoholontmoediging (50). De gepresenteerde score voor 2016 verschilt daarom met die van 2006. Het is daardoor niet altijd duidelijk of veranderingen in punten/scores te maken hebben met veranderingen in het beleid of een andere toekenning van punten in de rapporten.

Deze paragraaf beschrijft de algemene bevindingen uit de internationale vergelijking. Gedetailleerdere bevindingen over het alcoholontmoedigingsbeleid staan in Bijlage 8.

Tabel 4.2 Overzicht van het alcoholontmoedigingsbeleid binnen de drie 'best buys' van de WHO in Nederland, Ierland en Noorwegen voor de jaren 2006, 2011 en 2016.

		Nederland			Ierland			Noorwegen		
		2006	2011	2016	2006	2011	2016	2006	2011	2016
<b>Fysieke beschikbaarheid van alcohol</b>										
Beschikbaarheid van alcohol (score/maximale score)		5/32	-	64/100	7/32	-	74/100	15/32	-	70/100
Verkoop restricties	Bier	16	16	18	18	18	18	18	18	18
	Wijn	16	16	18	18	18	18	18	18	18
	Gedistilleerd	18	18	18	18	18	18	20	20	20
	Tijden	•	•	X	•	X	•	•	•	•
	Dagen	•	•	X	X	X	•	•	•	•
	Verkooppunten	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Dichtheid	X	X	X	X	X	•	•	•	X
Alcoholmonopolie (overheidsmonopolie op de productie en/of verkoop van alcoholische dranken)		X	X	X	X	X	X	•	•	•**
Licenties voor detailhandel		•	•	•	•	•	•	•	•	•
<b>Alcoholprijzen</b>										
Prijnsbeleid, score/maximale score		5/24	-	7/100	16/24	-	-	13/24	-	23/100
Accijnzen, in € per liter	Bier	0,25	0,33	0,38	0,99	0,16	1,08	-	2,34*	2,5
	Wijn	0,59	0,71	0,88	2,73	2,62	4,25	-	5,16*	5,5
	Gedistilleerd	5,26	5,26	5,90	13,74	10,90	14,90	-	25,15*	27,1
Accijnzen aangepast aan inflatie		-	-	X	-	-	X	-	-	X
Minimum unit pricing		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Volume discount ban		X	X	X	-	-	-	X	X	X

Vervolg Tabel 4.2 Overzicht van het alcoholontmoedigingsbeleid binnen de drie 'best buys' van de WHO in Nederland, Ierland en Noorwegen voor de jaren 2004, 2011 en 2016.

	Nederland			Ierland			Noorwegen		
	2006	2011	2016	2006	2011	2016	2006	2011	2016
<b>Alcoholmarketing</b>									
Marketingbeleid, score/maximale score	1/3	-	44/100	0/3	-	50/100	3/3	-	100/100
Verbod op advertenties	Gedeeltelijk	•	•	Vrijwillig	•	•	Volledig	•	•
Verbod op marketing via internet/social media	-	-	x	-	-	x	-	-	•
Verbod op 'productplacement' (een reclametechniek die producten promoot d.m.v. het laten verschijnen in tv-programma's, films, series etc.)	-	•	•	-	x	•	-	x	•
Verbod op sponsoring	Vrijwillig	•	x	x	x	x	Volledig	•	•
Verbod op verkooppromotie (hieronder vallen activiteiten die als doel hebben het koopgedrag van klanten te beïnvloeden)	-	•	x	-	•	•	-	•	•

De scores voor 2006 zijn gebaseerd op de Alcohol Policy Index (67). De scores voor 2011 en 2016 zijn gebaseerd op data van de WHO (70-72). De accijnzen van Nederland en Ierland zijn gebaseerd op de Nationale Drug Monitor van het Trimbos-instituut (67, 73-75). De accijnzen van Noorwegen zijn gebaseerd op internationale literatuur (76, 77).

x = niet aanwezig in beleid; • = aanwezig in beleid; gedeeltelijk = gedeeltelijk aanwezig in beleid; volledig = volledig aanwezig in beleid; - = data niet beschikbaar; \* = cijfers over 2010. \*\* = Enkel van toepassing op wijn en sterke drank

*Noorwegen: meeste beleid, laagste alcoholconsumptie onder volwassenen en sterkste daling onder jongeren*

Het algemene beeld dat naar voren komt is dat Noorwegen al langere tijd veel maatregelen kent in de verschillende beleidsvelden. Tussen 2006 en 2018 zijn er dan ook weinig beleidswijzigingen doorgevoerd. Voornamelijk op het gebied van domein D 'Alcoholmarketing' springt Noorwegen eruit; zowel in 2006 als in 2016 behaalde dit land het maximale aantal punten. Noorwegen heeft daarnaast een 'retail monopoly' voor wijn en gedistilleerd, de 'Vinmonopolet'. Dit houdt in dat deze producten sinds de invoering van de wet in 1989 enkel in staatswinkels gekocht kunnen worden. De Vinmonopolet reguleert niet alleen het aantal verkooppunten en producten dat verkocht wordt, maar zorgt ook voor betere handhaving en meer bewustwording door middel van campagnes. Ook wordt illegale handel tegengegaan (78, 79). Het stabiele sterke beleid zou mogelijk één van de verklaringen kunnen zijn waarom Noorwegen over de hele periode een lage alcoholconsumptie kent.

*Ierland: toename beleid over tijd, sterkste daling in alcoholgebruik*

Ierland is door de tijd heen beter gaan scoren op het gebied van fysieke beschikbaarheid (zie Tabel 4.2). Zo zijn er verschillende veranderingen met betrekking tot verkooprestricties en -regelgeving geweest. Het wordt uit de geraadpleegde bronnen niet duidelijk hoe deze veranderingen er precies uit hebben gezien. Wel is bekend dat in 2015 de Public Health (Alcohol) Bill is ingediend. Hierin staan onder andere nieuwe regels met betrekking tot prijzen, verpakkingen, reclame en sponsoring, en verkoop (80). De wetswijziging is in 2018 pas officieel ingegaan, wat mogelijk zou kunnen verklaren waarom dit nog niet terug te zien is in de trends. Verder blijkt dat Ierland veel hogere prijzen voor alcoholhoudende dranken hanteert dan het Europees gemiddelde en Nederland (81). Desondanks is het alcoholgebruik in Ierland veel hoger dan in Nederland. Op dit gebied zijn verschillen in het beleid dus niet direct te vertalen naar verschillen in de trends in alcoholgebruik.

*Nederland: weinig nieuw beleid, wel een daling in trends*

Hoewel er in Nederland op een aantal gebieden positieve veranderingen zijn geweest, zoals de leeftijdsverhoging voor de verkoop van bier en wijn, wordt er op andere gebieden relatief weinig gedaan. Zo doet Nederland minder op het gebied van het beperken van alcoholmarketing en de beschikbaarheid van alcohol dan Ierland en Noorwegen. Ook zijn de accijnzen lager dan in de andere gekozen landen. Deze beleidsvelden worden aangeduid door de WHO als dé gebieden met de meeste impact. Deze verschillen zouden mogelijk één van de verklaringen kunnen zijn waarom de daling in alcoholgebruik in Nederland minder sterk is dan in de andere landen.

*Resultaten internationale vergelijking zijn niet eenduidig*

De in dit hoofdstuk beschreven internationale vergelijking heeft weinig inzicht gegeven in het effect van losse initiatieven of het alcoholontmoedigingsbeleid als geheel. Zo hebben Nederland en Ierland veranderingen doorgevoerd in hun beleid, maar is dit niet terug te vertalen naar de trends in alcoholgebruik onder jongeren en volwassenen. Wel valt op dat Noorwegen al jaren het meeste beleid voert en tevens de laagste consumptiecijfers heeft. Het gevoerde beleid



in de gekozen landen verschilt dus erg van elkaar, maar geeft geen directe verklaring voor de verschillen in de trends.

#### 4.5 Samenvatting, discussie en conclusies

Overmatig en zwaar alcoholgebruik onder de Nederlandse volwassen bevolking is tussen 2006 en 2018 afgenomen voor zowel mannen als vrouwen. De precieze daling is niet vast te stellen, omdat er veranderingen zijn geweest in de manier om alcoholgebruik na te vragen. Ook is in 2012 voor vrouwen de definitie van zwaar drinken veranderd. Het percentage scholieren (12-16 jaar) dat in de afgelopen maand heeft gedronken daalde van 47% in 2007 naar 25% in 2017. De alcohol consumptie in liters pure alcohol per hoofd van de bevolking daalde van 10 liter in 2006 naar 8 liter in 2018.

*Tabel 4.3 Effectiviteit van Nederlandse initiatieven die tussen 2006 en 2018 zijn gestart, aangepast of afgerond, volgens literatuur en experts.*

Initiatief	Effectiviteit uit de literatuur	Effect in NL volgens experts
Aanpassing DHW: verhoging leeftijdsgrens	Effect op alcoholgebruik	Effect op alcoholgebruik
Accijnzen	Effect op alcoholgebruik	Geen effect <sup>17</sup>
Campagnes	Effect op tussenuitkomsten	Effect op tussenuitkomsten
Aanpassing Mediawet: verbod op alcoholreclame op televisie en radio	Ongunstig effect op tussenuitkomsten	Geen effect
Aanpassing DHW: uitbreiding bevoegdheden gemeenten	Effect op tussenuitkomsten	Onbekend
KOPP/KOV Handreiking	Effect op tussenuitkomsten	Onbekend
Gezonde School	Onbekend	Onbekend
Partnership Vroegsignalering Alcohol	Onbekend	Onbekend
Advies Richtlijnen goede voeding en de Schijf van Vijf	Onbekend	Onbekend
Gezonde Slagkracht	Onbekend	Onbekend
Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl in en rondom de school (SBGL)	Onbekend	Onbekend
Alles is Gezondheid	Onbekend	Onbekend

Tussen 2006 en 2018 zijn er 29 landelijke initiatieven van de overheid, landelijke thema-instituten en gezondheidsfondsen om alcoholgebruik te ontmoedigen gestart, aangepast of afgerond. Ongeveer de helft van deze initiatieven valt onder voorlichting, maar ook wet- en regelgeving

<sup>17</sup> Hierbij werd aangegeven dat accijnzen effectief zijn, maar dat ze in Nederland te weinig verhoogd zijn tussen 2006 en 2018 om overmatig alcoholgebruik te hebben beïnvloed.

en preventieprogramma's worden vaak ingezet. In Tabel 4.3 staat een samenvatting van de effectiviteit van de initiatieven volgens de literatuur en het effect in de praktijk volgens de experts. De internationale vergelijking is in deze tabel niet meegenomen, omdat hieruit geen duidelijke conclusies over de losse initiatieven getrokken konden worden.

Uit de resultaten van het onderzoek zijn de volgende conclusies getrokken.

*Leeftijdshoging heeft zeer waarschijnlijk effect gehad*

De verhoging van de leeftijd waarop alcohol aan jongeren verkocht mag worden naar 18 jaar heeft zeer waarschijnlijk een gunstig effect gehad op de alcoholconsumptie. Hier zijn twee redenen voor te geven. Ten eerste is deze maatregel effectief bevonden in onderzoek. Ten tweede denken experts dat deze maatregel mogelijk effect heeft gehad op het alcoholgebruik van jongeren. De bijbehorende NIX18-campagne ondersteunde de wetwijziging. Door de combinatie werd alcohol minder toegankelijk voor jongeren. De combinatie droeg er ook aan bij dat de sociale norm over alcoholgebruik onder jongeren veranderde.

*Vrijwel onbekend wat het beleid precies voor effect heeft gehad*

Het is niet bekend hoeveel de 29 landelijke initiatieven hebben bijgedragen aan de daling in alcoholgebruik in Nederland. Voor veel initiatieven zijn er weinig tot geen studies uitgevoerd die kijken naar de effectiviteit. Daarnaast vonden de experts het lastig individuele initiatieven te beoordelen, omdat juist de combinatie van initiatieven belangrijk is.

*Effect zou groter zijn geweest bij betere handhaving*

Wet- en regelgeving had mogelijk een groter effect gehad als er sterker ingezet was op de handhaving daarvan. Hoewel de decentralisatie van bevoegdheden naar gemeenten verschillend wordt ingevuld, heeft deze geleid tot betere handhaving. Tussen 2006 en 2018 is de naleving van de regels toegenomen, maar deze verschilt nog erg tussen verschillende verkooppunten.

*'Best buys' hadden sterker geïmplementeerd kunnen worden*

Maatregelen met betrekking tot fysieke beschikbaarheid van alcohol, alcoholmarketing en prijsmaatregelen (de drie 'best buys') zijn volgens de literatuur en de experts het meest effectief, maar zijn tussen 2006 en 2018 niet volledig ingezet. De accijnzen op alcohol zijn in die periode weinig verhoogd en Nederland kent slechts een gedeeltelijk reclameverbod voor alcoholhoudende dranken. Hierdoor is de verwachting dat de effecten van deze maatregelen in die periode klein zijn geweest.

*Meerdere factoren hebben alcoholgebruik beïnvloed*

Naast het gevoerde beleid hebben ook de veranderende maatschappelijke norm en sociale en culturele factoren invloed op alcoholgebruik gehad. De maatschappelijke norm is onder andere beïnvloed door toegenomen bewustwording over de schadelijkheid van alcohol (voor jongeren). Daarentegen is de lobby van de alcoholindustrie sterk en is op sommige plekken de cultuur nog zo dat alcohol er bij hoort.

*Sterk kennisveld en continuïteit in beleid nodig*

Om de preventie van problematisch alcoholgebruik te verbeteren is een sterker kennisveld en continuïteit in het beleid nodig. Het is onder andere aan te bevelen om nieuwe initiatieven altijd te evalueren en waar mogelijk naast procesevaluaties, ook effectevaluaties uit te voeren. Daarnaast is het belangrijk om ervoor te zorgen dat initiatieven langdurig uitgevoerd kunnen worden. Preventie van overmatig alcoholgebruik heeft namelijk een lange adem nodig.



## 5 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid voor overgewicht van 2006 t/m 2018

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag wat het effect is geweest van het preventief gezondheidsbeleid tussen 2006 en 2018 op het percentage mensen met overgewicht en obesitas (voor definities zie Tekstbox 5.1). Dit hoofdstuk beschrijft eerst de ontwikkeling in het percentage mensen met overgewicht en obesitas door de jaren heen onder volwassenen en jeugd (4-18 jaar). Vervolgens wordt beschreven wat op basis van internationale adviezen gezien wordt als effectief beleid om overgewicht en obesitas tegen te gaan. Daarna volgt een beschrijving van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid voor overgewicht (overgewichtbeleid), met een focus op de periode van 2006 t/m 2018. Vervolgens wordt het effect van het Nederlandse beleid op het aantal mensen met overgewicht beschreven aan de hand van: 1) literatuuronderzoek over de effectiviteit van de initiatieven, 2) een discussiesessie met experts op het gebied van preventie in het algemeen en overgewichtbeleid in het bijzonder en 3) een vergelijking van het Nederlandse overgewichtbeleid met het beleid in andere landen. Tot slot formuleren we op basis hiervan conclusies. Een uitgebreide beschrijving van de methoden staat in hoofdstuk 2.

*Tekstbox 5.1 Definitie overgewicht en obesitas.*

**Overgewicht:** Body Mass Index (BMI)  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$

**Obesitas:** Body Mass Index (BMI)  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

In dit hoofdstuk valt onder de categorie overgewicht dus ook obesitas (ernstig overgewicht).

Overgewicht is een complex probleem dat beïnvloed wordt door meerdere factoren, zoals bewegen, gezonde voeding, stress en slaap. Het overgewichtbeleid richt zich hoofdzakelijk op het bevorderen van bewegen en gezonde voeding. Bewegen is ook één van de speerpunten van het Nederlands preventief gezondheidsbeleid. Het beleid dat zich richt op bewegen wordt daarom in een apart hoofdstuk behandeld (zie hoofdstuk 6).

### 5.1 Ontwikkeling in overgewicht en obesitas: observatie en trendscenario's

Hieronder wordt voor de periode 1990 t/m 2018 het aantal volwassenen en jeugd met overgewicht en obesitas weergegeven. De onderstaande resultaten zijn gebaseerd op zelfgerapporteerde gegevens en waren vergelijkbaar voor mannen en vrouwen. Om te bepalen of het beleid mogelijk effect heeft gehad op het percentage mensen met overgewicht en obesitas, is voor volwassenen ook geschat wat de ontwikkeling zou zijn geweest als de trend van 1990 tot 2006 zich onveranderd voort zou zetten ná 2006. Dit geeft het trendscenario weer als er vanaf 2006 geen nieuw beleid zou zijn ingezet (zie Tekstbox 5.2 voor toelichting).

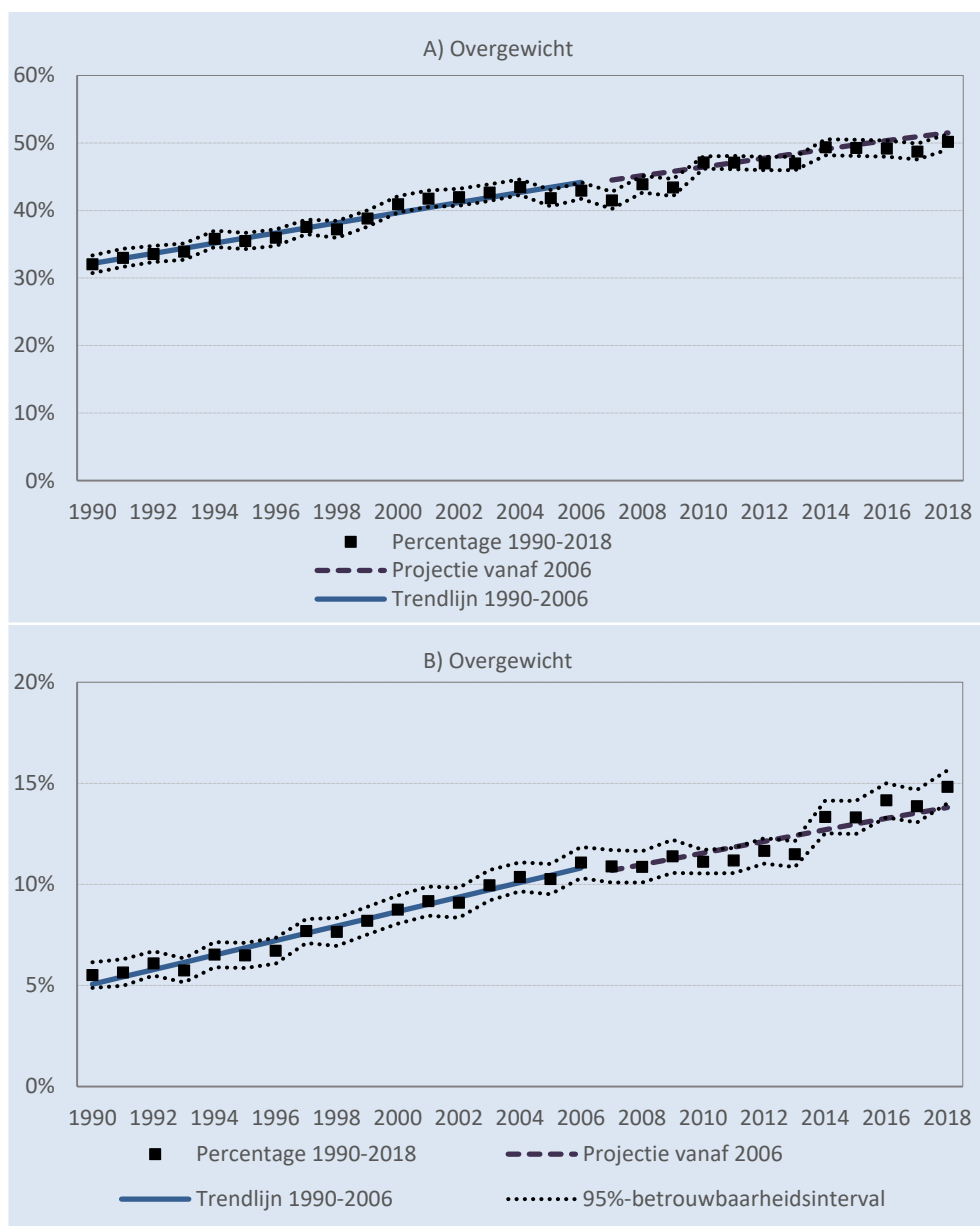
*Tekstbox 5.2 Trendscenario's.*

Het RIVM heeft trendscenario's berekend, waarbij de ontwikkeling in het percentage mensen met overgewicht en obesitas tussen 1990 en 2006 zich onveranderd voort zou zetten tot 2018. Dit laat zien wat het verwachte percentage is als er vanaf 2006 geen nieuw beleid zou worden ingezet, maar het tot dan toe gevoerde beleid wel voortgezet zou worden. In het trendscenario is rekening gehouden met veranderingen in bevolkingsomvang en leeftijdssamenstelling (10). Vervolgens is dit scenario vergeleken met de werkelijke ontwikkeling in het percentage mensen met overgewicht en obesitas. Dit geeft een beeld van de mogelijke bijdrage van het beleid dat sinds 2006 is gevoerd aan de trend in het percentage volwassenen met overgewicht. Voor overgewicht en obesitas bij verschillende opleidingsgroepen en onder de jeugd is geen trendscenario bepaald omdat de beschikbare gegevens daarvoor te beperkt waren.

*5.1.1 Volwassenen*

Tussen 1990 en 2006 steeg het percentage volwassenen met overgewicht (inclusief obesitas) van 32% naar 43% (zie Figuur 5.1A). Daarna steeg het percentage volwassenen met overgewicht gestaag verder naar 50% in 2018. Het percentage volwassenen met obesitas steeg ook tussen 1990 en 2006 van 5,5% naar 11%. Daarna steeg het percentage volwassenen met obesitas gestaag verder naar 15% in 2018 (zie Figuur 5.1B).

Als de trend in overgewicht tussen 1990 en 2006 zich onveranderd voort zou hebben gezet, was het percentage volwassenen met overgewicht doorgestegen naar ongeveer 52% in 2018. Het percentage volwassenen met obesitas zou verder zijn gestegen naar ongeveer 15% (zie Figuur 5.1). In de periode 2006 t/m 2018 is het werkelijke percentage volwassenen met overgewicht gestegen naar 50% en het percentage obesitas naar 15%. De werkelijke cijfers komen dus vrijwel overeen met de stijging die we op basis van de trendscenario's zouden verwachten.

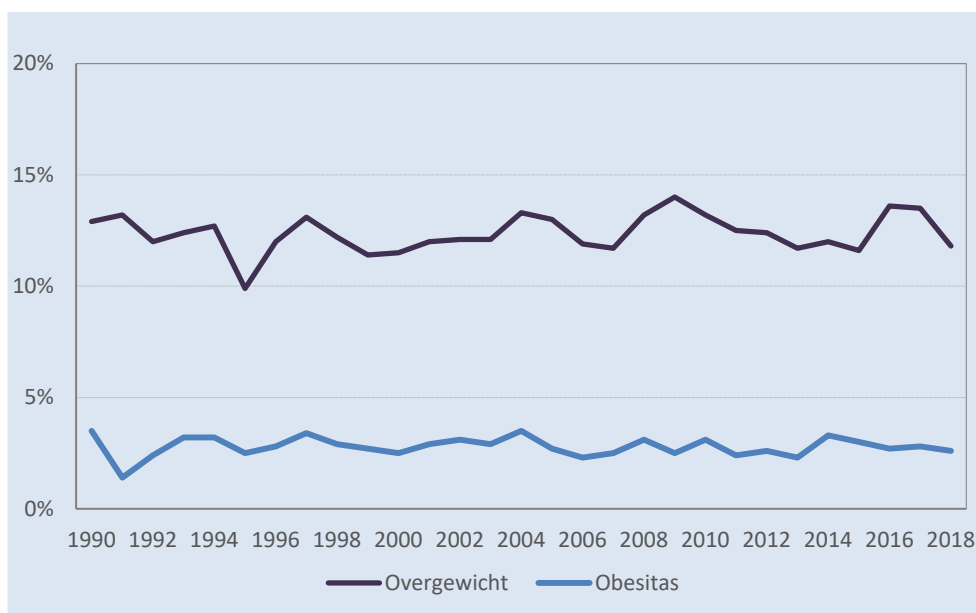


Figuur 5.1 Percentage volwassenen met overgewicht (A) en obesitas (B) in de jaren 1990 t/m 2018, geobserveerd en verwacht op basis van een trendscenario vanaf 2006 (82, 83).

### 5.1.2

#### Jeugd (4-18 jaar)

Tussen 1990 en 2018 is het percentage overgewicht en obesitas onder de jeugd redelijk stabiel gebleven. Het percentage jeugdigen met overgewicht schommelt ongeveer tussen de 11,5% en 14% en het percentage met obesitas tussen de 2,3% en 3,5% (Figuur 5.2).



Figuur 5.2 Percentage jeugd (4-18 jaar) met overgewicht en obesitas in de jaren 1990 t/m 2018 (84, 85).

## 5.2 Effectief overgewichtbeleid volgens internationale adviezen

De aanpak van overgewicht en obesitas is ook in andere (Europese) landen een belangrijk speerpunt. Verschillende internationale organisaties hebben de afgelopen jaren actieplannen of adviezen gepubliceerd voor de preventie van overgewicht. In 2014 verscheen het 'EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020' (86). Het actieplan moedigt lidstaten aan om een omgeving te ontwikkelen waarin gezondheid en welzijn bevorderd worden en de gezonde keuze de makkelijkste keuze wordt. In 2015 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) het 'European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020' met de intentie om onder andere overgewicht aan te pakken (87). De focus van dit actieplan ligt op het verbeteren van het voedselsysteem en het voedingspatroon van alle Europeanen. Beide actieplannen bieden een 'menu' aan van doelstellingen en maatregelen die beleidsmakers kunnen gebruiken voor het maken van hun eigen beleidsplannen voor de preventie van overgewicht. Op basis van beide rapporten worden vijf beleidscategorieën gedefinieerd die aanbevolen worden voor de preventie van overgewicht (zie Tekstbox 5.3).

Daarnaast worden in beide rapporten aanvullende acties benoemd, zoals monitoring en het versterken van samenwerking om te komen tot een 'Health in All Policies' (HiAP) (88) benadering voor de preventie van overgewicht. Deze laatste twee acties zijn niet meegenomen, omdat hiervoor geen concrete activiteiten beschreven worden in de actieplannen die overgewicht, al dan niet via leefstijl, direct beïnvloeden.



*Tekstbox 5.3 Aanbevelingen van beleidscategorieën die volgens internationale adviezen prioriteit moeten krijgen bij de preventie van overgewicht (86, 87).*

A. Promoten van (de voordelen van) een gezonde leefstijl, met name onder risicogroepen.

*Bijvoorbeeld met een campagne.*

B. Ondersteunen van een gezonde start in het leven.

*Bijvoorbeeld door zwangere vrouwen voor te lichten over gezonde voeding en door borstvoeding te stimuleren.*

C. Creëren van een gezondere eet- en drinkomgeving.

*Bijvoorbeeld door gezonde producten aan te bieden.*

D. De gezonde keuze de makkelijke keuze maken.

*Bijvoorbeeld door bestaande producten aan te passen (herformulering) of prijsmaatregelen.*

E. Beperken van marketing voor ongezonde producten gericht op kinderen.

*Bijvoorbeeld door reclame van ongezonde voeding gericht op kinderen te verbieden.*

### 5.3 Het Nederlandse overgewichtbeleid

In deze paragraaf wordt eerst het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid op het gebied van overgewicht van vóór 2006 beschreven. Dit om een beeld te geven van het beleid dat al gevoerd werd. Daarna worden de initiatieven toegelicht die in de periode 2006 t/m 2018 gestart, aangepast of afgerond zijn. Het gaat om initiatieven van de Rijksoverheid, landelijke thema-instituten en gezondheidsfondsen die gericht zijn op het voorkomen van overgewicht en obesitas. Het RIVM heeft deze initiatieven in 2018 geïnventariseerd.<sup>18</sup> In de rapportage [Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld](#) staan ze uitgebreider beschreven.

#### 5.3.1 Het Nederlandse overgewichtbeleid vóór 2006

In 2002 en 2003 werd in verschillende rapporten, o.a. van het RIVM (89), de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (90) en de Gezondheidsraad (91) steeds meer gewezen op het belang van gedrag voor de preventie van overgewicht. Deze rapporten hebben volgens de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) sterk bijgedragen aan het agenderen van overgewicht als gezondheidsprobleem dat voorkomen moet worden (92). Sinds de nota 'Langer gezond leven' uit 2003 van het ministerie van VWS is overgewicht al een speerpunt van het preventief gezondheidsbeleid van de Rijksoverheid (4). Het doel is om te voorkomen dat het aantal mensen met overgewicht en obesitas verder stijgt.

Beleid op het gebied van gezonde voeding was er al langer, maar richtte zich na de Tweede Wereldoorlog vooral op het voorkomen van ondervoeding. In 1953 verscheen de eerste versie van de Schijf van Vijf, een voorlichtingsmodel over goed en gezond eten. De Schijf van Vijf

<sup>18</sup> Ondanks een uitgebreide search in literatuur en via internet, gevolgd door een consultatie met enkele experts om te controleren of het overzicht compleet was, kan het zijn dat sommige initiatieven gemist zijn.

veranderde door de jaren heen meerdere keren van vorm en inhoud. De Schijf van Vijf wordt gebaseerd op de adviezen Richtlijnen Goede Voeding van de Gezondheidsraad, waarvan de eerste versie in 1986 uitkwam (93) en de laatste in 2015. In 2003 startte het programma Gezonde Schoolkantine, om het voedselaanbod in schoolkantines te verbeteren. Ook dit initiatief loopt nog steeds.

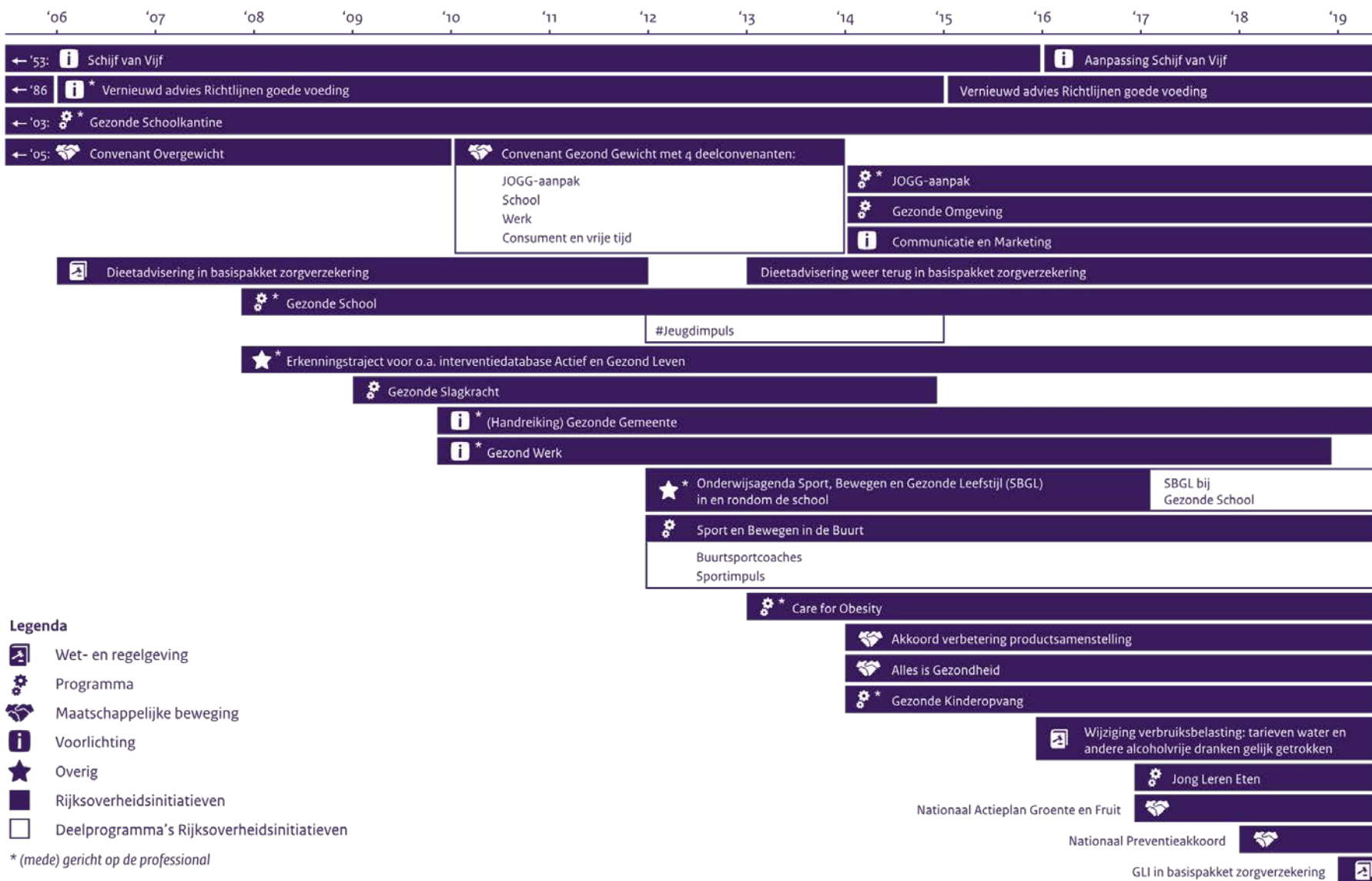
In 2005 sloten twintig maatschappelijke partijen het Convenant Overgewicht op initiatief van het ministerie van VWS (94). Met dit convenant committeerden de partijen zich aan de doelen van de kabinetsnota 'Langer Gezond Leven' uit 2003 (4), namelijk gezond(er) eten makkelijker maken en mensen meer laten bewegen. De overkoepelende doelstelling van dit convenant was om overgewicht onder kinderen te verminderen en de toename van overgewicht onder volwassenen tot stilstand te brengen. Vanuit het convenant ontstond het gezamenlijke actieprogramma 'Energie in Balans' met onderliggende actieplannen waarbinnen meerdere activiteiten uitgevoerd werden. Voorbeelden hiervan zijn het verbeteren van de samenstelling en innovatie van voedingsmiddelen, het bevorderen van effectieve leefstijlinterventies op de werkvloer en het gezonder maken van het kantineaanbod op scholen en sportverenigingen.

### 5.3.2

#### *Het Nederlandse overgewichtbeleid van 2006 t/m 2018*

Tussen 2006 en 2018 zijn in Nederland ongeveer 25 landelijke initiatieven om overgewicht te voorkomen gestart, aangepast of afgerond door de Rijksoverheid, of door één van de landelijk opererende organisaties. Meer dan driekwart van alle geïnventariseerde initiatieven liep ook in 2019 nog door. De meeste initiatieven bevinden zich laag op de interventieladder vanwege hun informatieve karakter (5). Hoe ingrijpender een initiatief is, hoe minder vrijblijvend voor de burger (en hoe hoger op de interventieladder) (22). De initiatieven richten zich voornamelijk op het promoten van een gezonde leefstijl en het makkelijk maken van de gezonde keuze. Slechts een aantal van de geïnventariseerde initiatieven betreft wet- of regelgeving. Reclameverboden en prijsmaatregelen worden in Nederland nauwelijks gebruikt. De activiteiten die uitgevoerd worden binnen de initiatieven vallen vaak onder meerdere van de in Tekstbox 5.3 genoemde doelstellingen. Figuur 5.3 toont een overzicht van de initiatieven die tussen 2006 en 2018 zijn gestart, aangepast of afgerond.<sup>19</sup> Deze initiatieven worden in Bijlage 4 uitgebreid beschreven. Enkele initiatieven in Figuur 5.3 worden in deze rapportage buiten beschouwing gelaten, omdat het effect op het percentage mensen met overgewicht en obesitas in de periode 2006 t/m 2018 niet is vast te stellen. De reden hiervoor is dat het initiatief pas eind 2018 of per 1 januari 2019 is gestart (het Nationaal Preventieakkoord en opname van de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) in het basispakket van de zorgverzekering) of omdat het gericht was op professionals én op leefstijl in het algemeen ((Handreiking) Gezonde Gemeente (nu Gezonde Gemeente op Loketgezondleven.nl), Gezond Werk, Erkenningstraject interventies).

<sup>19</sup> Dit figuur komt uit de rapportage 'Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld' van het RIVM (5).



Figuur 5.3 Tijdlijn van initiatieven om overgewicht te voorkomen binnen het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid in de periode 2006 t/m 2018.

## 5.4 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid op overgewicht

Er zijn drie methoden gebruikt om het effect van de initiatieven die zijn uitgevoerd tussen 2006 en 2018 in kaart te brengen. Ten eerste is per initiatief gekeken naar wat er in de wetenschappelijke literatuur bekend is over de effectiviteit. Ten tweede is met experts op het gebied van overgewicht, overgewichtpreventie en preventie in het algemeen besproken wat volgens hen het effect is geweest van de initiatieven op het percentage mensen met overgewicht in de periode 2006 t/m 2018. Als laatste zijn het overgewichtbeleid en de trend in het percentage mensen met overgewicht in Nederland vergeleken met die in Frankrijk, Slovenië en Spanje. Deze landen zijn gekozen omdat in vergelijking met de Nederlandse cijfers het percentage mensen met overgewicht in de afgelopen periode (2008-2018) relatief laag was of is gedaald.

### 5.4.1 Effectiviteit uit de literatuur

Uitgebreidere informatie over de effectiviteit van de initiatieven op basis van het literatuuronderzoek staat beschreven in Bijlage 4. Van een groot deel van de initiatieven is het effect op overgewicht niet bekend. Voor een deel hiervan zijn wel effecten op gerelateerde tussenuitkomsten gerapporteerd. Dit kan bijvoorbeeld gaan om veranderingen in het voedings- of beweegpatroon, maar ook om een groter bewustzijn van het belang van een gezonde leefstijl.

#### *Effectieve initiatieven*

Uit recent onderzoek van het RIVM blijkt dat Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG) mogelijk invloed heeft op overgewicht en beweeggedrag (95). Het percentage overgewicht in buurten waar de JOGG-aanpak wordt uitgevoerd is na vier jaar lager (8 procentpunt) dan in buurten waar de JOGG-aanpak niet wordt uitgevoerd. Dit verschil tussen JOGG-buurten en niet-JOGG-buurten is echter niet statistisch significant. De daling in het percentage overgewicht in JOGG-buurten na vier jaar JOGG-aanpak in vergelijking met dezelfde buurt vóór de invoering van JOGG is wel statistisch significant (zelfde 8 procentpunt).

#### *Initiatieven met effect op tussenuitkomsten*

Enkele initiatieven hadden een effect op het beweeg- en of voedingsgedrag. Voor Sport en Bewegen in de Buurt is een pilotfase geëvalueerd (96). Alle sportinitiatieven uit de pilot bleken ingezet te kunnen worden om de beschikbaarheid van sport en bewegen in de buurt te vergroten. Bij drie van de acht sportinitiatieven werd een toename in sport- en beweeggedrag van de deelnemers gezien (onduidelijk met hoeveel). Er bleken echter weinig of geen inactieven bereikt te worden. Een recente factsheet beschrijft internationaal onderzoek naar verschillende Gezonde School-activiteiten (97). Daaruit blijkt dat dergelijke activiteiten kunnen bijdragen aan een gezondere leefstijl van leerlingen. Zo bleek bijvoorbeeld dat leerlingen die op school deelnemen aan aangeboden beweegactiviteiten, meer bewegen en fitter zijn. Leerlingen die deelnemen aan activiteiten op het gebied van voeding, eten meer groenten en fruit dan leerlingen die niet aan dergelijke activiteiten deelnemen. Uit een onderzoek naar de Gezonde Schoolkantine in schooljaar 2010-2011 is gebleken dat deelnemende scholen significant meer gezonde producten aanboden (van elf

geinventariseerde gezonde producten) dan scholen die niet deelnamen (98). Verder blijkt uit een impactschatting van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling (AVP) in 2018 dat met de afspraken in het akkoord kleine stappen worden gezet om de dagelijkse inname van suiker te verlagen (99).

Over het effect van Care for Obesity als geheel op overgewicht en obesitas is weinig bekend. Uit onderzoek komt naar voren dat na tien weken deelname aan Lifestyle, Energy, Fun & Friends (LEFF), onderdeel van Care for Obesity, de gemiddelde BMI van kinderen significant bleek afgenomen (54). Onbekend is of deze gemiddelde afname in BMI ook heeft geleid tot een afname in overgewicht of een verandering in beweeggedrag (100).

Tot slot blijkt uit een procesevaluatie van het programma Gezonde Kinderopvang in de praktijk dat bij de deelnemende kinderopvangorganisaties een positieve beweging op gang is gebracht op het gebied van gezonde leefstijl, maar niet of de leefstijl daadwerkelijk veranderd is. Zo is er meer bewustzijn bij organisaties over het belang van een gezonde leefstijl. Ook bij pedagogische medewerkers is er een toename in het bewustzijn over gezondheidsthema's (101).

#### *Initiatieven waarvan de effectiviteit onbekend is*

Voor de overige initiatieven zijn de effecten onbekend. Voor een aantal zijn er wel procesevaluaties gedaan (zie Bijlage 4). Deze verschaffen bijvoorbeeld wel informatie over de uitbreiding van bestaande activiteiten of een toename in nieuwe activiteiten, maar geven geen inzicht in effecten op overgewicht of gerelateerde tussenuitkomsten.

#### 5.4.2

#### *Effect op het percentage mensen met overgewicht volgens experts*

Met experts op het gebied van overgewicht, overgewichtpreventie en preventie in het algemeen is in een discussiesessie besproken wat volgens hen het effect is geweest van de initiatieven op het percentage mensen met overgewicht in de periode 2006 t/m 2018. De 21 experts die zijn geraadpleegd doen onderzoek naar, of werken aan de thema's overgewichtbeleid, preventie en de aanpak van overgewicht en obesitas bij verschillende universiteiten, universitair medische centra, kennis- en thema-instituten en hogescholen.

#### *Experts denken dat overgewichtbeleid niet opgewassen is tegen alle ontwikkelingen die overgewicht doen toenemen*

De belangrijkste boodschap uit de sessie met experts was dat er veel meer, snellere en sterkere ontwikkelingen zijn die de trend in overgewicht negatief beïnvloeden, dan ontwikkelingen die de trend positief beïnvloeden, zoals de initiatieven. De experts hadden ongeveer 130 ontwikkelingen aangegeven bij de vraag 'welke ontwikkelingen hebben er in de afgelopen 15 jaar plaatsgevonden die volgens u overgewicht in Nederland in belangrijke mate beïnvloed hebben?'. In Tekstbox 5.4 staat een samenvatting van deze ontwikkelingen, ingedeeld in categorieën met enkele voorbeelden. Bijna twee derde van de genoemde ontwikkelingen draagt bij aan een stijging van het percentage mensen met overgewicht. Zo is het bijvoorbeeld tegenwoordig normaal om overal, en vaak in grote porties, ongezond te eten of (ongezond) eten te bestellen. Het preventief gezondheidsbeleid

is tegen deze ontwikkelingen nauwelijks opgewassen. Preventief gezondheidsbeleid komt vaak (te) laat en heeft tijd nodig voordat het breed geïmplementeerd is in de samenleving én effect heeft.

*Experts denken dat trend ongunstiger was geweest zonder overgewichtbeleid*

De geobserveerde ontwikkeling in overgewicht na 2006 was gelijk aan de ontwikkeling van het trendscenario. De experts dachten dat in 2018 het geobserveerde percentage mensen met overgewicht nog hoger zou zijn geweest als er de afgelopen jaren geen overgewichtbeleid was gevoerd. Hiervoor zijn meerdere redenen aangegeven. Ten eerste zorgt het overgewichtbeleid voor bewustwording. Zonder dit beleid zou de maatschappij minder aandacht hebben voor overgewicht en zouden betrokken partijen minder commitment hebben om er wat aan te doen. Er is, al dan niet door het beleid, de afgelopen vijftien jaar inderdaad meer aandacht gekomen voor gezondheid en de invloed van een gezonde leefstijl daarop. Zo wordt bijvoorbeeld de roep om fruit en gezonde traktaties op scholen sterker. Ook zijn zorgprofessionals er meer van doordrongen dat een gezonde leefstijl van belang is. Ten tweede heeft het beleid bijgedragen aan een verschuiving van de norm ten aanzien van overgewicht. Er lijkt wel een verschil te zijn tussen leeftijdsgroepen. Zo is er volgens sommige experts meer aandacht voor overgewicht bij kinderen, terwijl onder jongvolwassenen een 'beetje dik' steeds normaler lijkt te worden. Ook gaat de verandering van de norm niet in hetzelfde tempo voor verschillende sociaaleconomische groepen.

*Experts vinden effect initiatieven moeilijk te beoordelen*

De experts vonden het moeilijk om het effect van de initiatieven te beoordelen. Ze gaven aan dat ze niet konden inschatten welk effect ieder initiatief op zichzelf heeft gehad op de ontwikkeling van het percentage mensen met overgewicht tussen 2006 en 2018. De experts gaven aan dat veel van de initiatieven niet geëvalueerd zijn. Verder vonden ze de initiatieven lastig te vergelijken, omdat ze zich op verschillende doelgroepen richten en er grote regionale verschillen zijn in de implementatie van sommige initiatieven. Daarnaast gaven zij aan dat programma's lastig onafhankelijk van elkaar te beoordelen zijn. JOGG heeft bijvoorbeeld ook de Gezonde Schoolkantine en de Gezonde School als aanbevolen initiatieven binnen het programma opgenomen. Verder vinden de experts dat het effect in de praktijk lastig te bepalen is, omdat veel van de geïnventariseerde initiatieven zich niet direct op overgewicht als uitkomstmaat richten, maar op tussenliggende factoren, zoals bewegen en gezonde voeding. Verder werd opgemerkt dat initiatieven die wel geëvalueerd zijn, vaak weinig effectief blijken te zijn. Het gaat volgens de experts echter niet alleen om effectiviteit. Het is ook belangrijk dat sommige initiatieven, zoals de Gezonde Schoolkantine en JOGG, bijdragen aan bewustwording.

*Tekstbox 5.4 Ontwikkelingen die de prevalentie van overgewicht in de afgelopen vijftien jaar positief en/of negatief beïnvloed hebben volgens de experts, met voorbeelden.*

Veranderende leefomgeving:

- op steeds meer plekken is snel (ongezond) voedsel te krijgen; (-)
- openbare ruimte is ingericht op autoverkeer en huisvesting. (-)

Veranderend beweegpatroon:

- toename van zittend werk; (-)
- opkomst van de elektrische fiets. (+/-)

Digitalisering:

- videogames zorgen voor meer sedentair gedrag; (-)
- toenemende digitalisering zorgt voor veranderd beweegpatroon. (-)

Veranderend voedingspatroon:

- toename bewerkt voedsel; (-)
- dieethypes die elkaar opvolgen. (+/-)

Prijzen:

- hogere kosten sportclubs; (-)
- toenemend prijsverschil tussen producten binnen en buiten de Schijf van Vijf. (-)

Ontwikkelingen op het gebied van welzijn:

- toename stress; (-)
- te (druk) sociaal leven. (-)

Gevoerde beleidsinitiatieven:

- JOGG en vergelijkbare lokale initiatieven; (+)
- Convenant Gezond Gewicht. (+)

(Her)inrichting van het preventie- en zorgsysteem:

- meer nadruk op primaire preventie; (+)
- toename van het besef om in te zetten op de eerste 1000 dagen. (+)

Maatschappelijke norm en (veranderende) cultuur:

- normalisering van 'iets' te dik; (-)
- meer aandacht voor gezondheid in de samenleving. (+)

Overheid/politiek:

- dominantie neo-liberaal beleid -> nadruk eigen verantwoordelijkheid; (-)
- vrijblijvendheid landelijke programma's, zoals Gezonde School. (-)

Wetenschappelijk onderzoek:

- gebrekkige aandacht voor implementatie en praktijkgericht onderzoek; (-)
- veel onderzoek naar bewegen en voeding om belang te benadrukken. (+)

(-) negatieve invloed = stijging van het percentage mensen met overgewicht

(+) positieve invloed = daling van het percentage mensen met overgewicht

*JOGG en Sport en Bewegen in de Buurt hebben effect gehad volgens experts*

Ondanks dat het lastig is de bijdrage van de initiatieven apart te beoordelen hebben volgens de experts Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG) en Sport en Bewegen in de Buurt effect gehad. Deze initiatieven dragen bij aan (het neerzetten van) een goede lokale infrastructuur voor preventie. Veel van de initiatieven gericht op overgewicht zijn afhankelijk van deze infrastructuur. Volgens de experts is de infrastructuur op dit moment versnipperd en niet overal goed ontwikkeld, vooral in gemeenten waar JOGG en Sport en Bewegen in de Buurt niet worden uitgevoerd. Om

landelijk resultaten te behalen is lokaal draagvlak voor preventie binnen gemeenten belangrijk.

*Campagnes slaan niet goed aan volgens experts*

De campagnes die zijn gevoerd, lijken volgens de experts niet goed aan te slaan bij de bevolking. Om meer effect te hebben zouden campagnes zich niet alleen moeten richten op het informeren over de gezonde keuze, maar ook op de gevolgen van overgewicht voor de gezondheid.

*Experts vinden dat er rekening gehouden moet worden met verschillen*

De experts gaven aan dat het belangrijk is om aandacht te hebben voor verschillen per regio/gemeente en verschillende doelgroepen. De prevalentiecijfers verschillen immers voor regio's en doelgroepen. Zo is onder de groep met een lagere sociaaleconomische positie het percentage mensen met overgewicht en obesitas het hoogst. Het groter worden van de sociaaleconomische verschillen in Nederland kan volgens de experts zorgen voor nog grotere gezondheidsverschillen door overgewicht.

*Experts zeggen 'vergeet volwassenen (met overgewicht) niet'*

Veel van de geïnventariseerde initiatieven waren gericht op de doelgroep kinderen/jeugd, en relatief weinig op doelgroep volwassenen. Volgens de experts loop je hiermee het risico dat de volwassenen met overgewicht 'vergeten' worden, terwijl ook in die groep veel gezondheidswinst te behalen is. Verder zal de trend in overgewicht op populatieniveau niet snel keren als overgewicht bij volwassenen niet aan wordt gepakt.

*Integrale aanpak van overgewicht is nodig volgens experts*

De experts gaven aan dat er niet één oplossing is voor de aanpak van overgewicht, maar dat een integrale aanpak nodig is. Overgewicht is namelijk een complex probleem dat veroorzaakt wordt door een veelheid aan factoren. Factoren zoals slaap, medicijngebruik en stress zijn, naast voeding en bewegen, van invloed op de ontwikkeling van overgewicht (102). Verder zou de aanpak de gehele levensloop moeten omvatten, waarbij preventie goed verankerd is in meerdere settings, zoals de school, sport en de wijk. Die aanpak betekent ook dat meerdere domeinen, zoals gemeente en zorg, en verschillende ministeries<sup>20</sup> samenwerken (Health in All Policies). Verder is voor een integrale aanpak niet alleen preventie van belang, maar ook de zorg voor mensen die al overgewicht of obesitas hebben.

*Experts willen krachtiger en consistentere beleid*

Om tegenwicht te bieden aan de maatschappelijke ontwikkelingen die overgewicht in de hand werken, is volgens de experts krachtiger en consistentere beleid van belang. Er worden in Nederland weinig harde beleidsinitiatieven uitgevoerd, zoals wettelijke beperkingen voor marketing, wettelijke kaders voor de samenstelling van (ongezonde) producten en prijsmaatregelen, zoals een suikertaks. Veel van de huidige initiatieven zijn vrijblijvend van aard, gericht op vrijwillige afspraken of gericht op de eigen verantwoordelijkheid van mensen.

<sup>20</sup> Onder andere de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Sociale Zaken en Werkgelegenheid; Economische Zaken; Infrastructuur en Waterstaat; Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen; en Financiën.

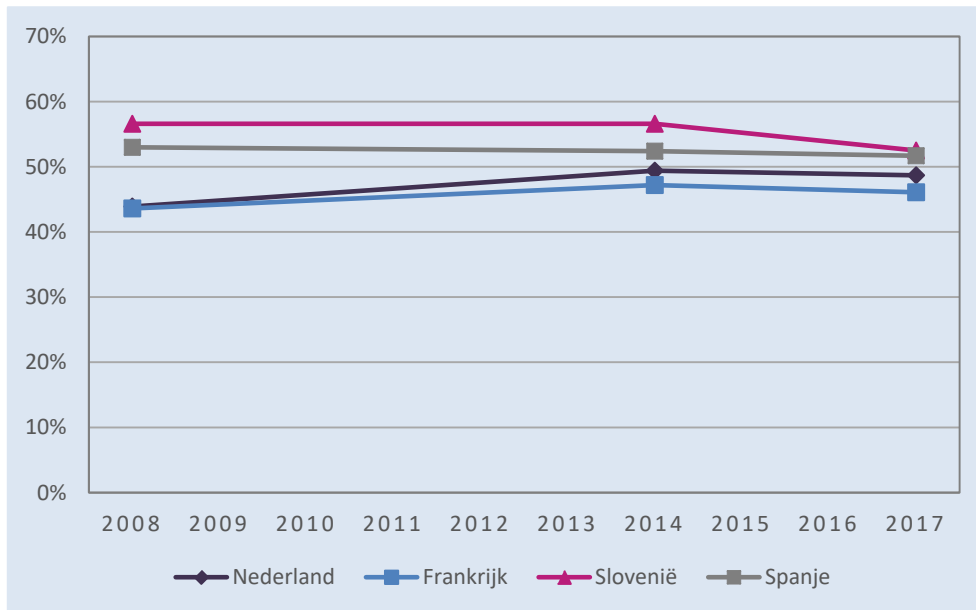


*Experts vinden dat overheid rol heeft in aanpak obesogene<sup>21</sup> omgeving*  
 Veel van de huidige initiatieven zijn gericht op het gedrag van mensen. Het veranderen van ongezond gedrag is volgens de experts lastig als de omgeving niet meewerkt. Zij noemden als voorbeeld dat de Gezonde Schoolkantine geen effect zal hebben zolang er in de omgeving van de school veel ongezonde voeding te koop is. De leefomgeving is volgens hen de laatste jaren ongezonder geworden. Deze obesogene omgeving zal aangepakt moeten worden om mensen een reële kans te geven om gezonder te leven. Daar ligt volgens de experts een rol voor de overheid. Bijvoorbeeld door grenzen te stellen aan het aantal locaties waar (veel) ongezonde producten worden verkocht. Ook werd aangegeven dat zorgverleners bereid zijn zich in te zetten voor de aanpak van overgewicht als ook de obesogene omgeving wordt aangepakt.

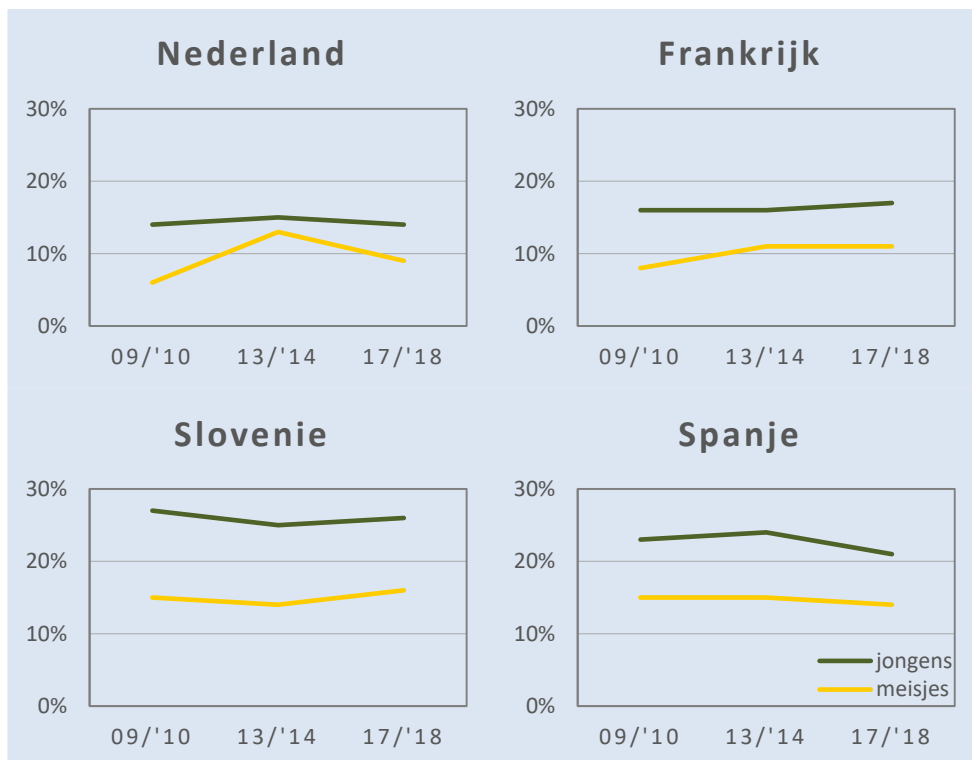
#### 5.4.3 *Internationale vergelijking*

In dit onderdeel worden het Nederlandse overgewichtbeleid en de trends in het percentage mensen met overgewicht vergeleken met het beleid en trends in Frankrijk, Slovenië en Spanje. Tussen deze vier landen zijn er geen grote verschillen in de trend in het percentage mensen met overgewicht. Ook zijn de verschillen tussen de trends niet consistent voor volwassen en jongeren of tussen jongens en meisjes. Toch zijn Frankrijk, Slovenië en Spanje gekozen om de volgende redenen. Frankrijk is gekozen omdat het percentage volwassenen met overgewicht daar in 2008, 2014 én 2017 laag is, in vergelijking met veel andere Europese landen (zie Figuur 5.4). Ook het percentage 15-jarigen met overgewicht is er relatief laag in vergelijking met Nederland (zie Figuur 5.5). Slovenië en Spanje zijn ondanks de hoge prevalentiecijfers gekozen, omdat daar tussen 2008 en 2017 het percentage volwassenen met overgewicht licht daalde of stabiel bleef, terwijl het percentage in veel andere Europese landen steeg. In Spanje daalde ook het percentage 15-jarigen met overgewicht licht. Er zijn twee rapporten gebruikt om het beleid van de vier landen voor deze rapportage in kaart te brengen (103, 104). Initiatieven in categorie B 'ondersteunen gezonde start in het leven' zijn niet meegenomen. Deze paragraaf beschrijft de algemene bevindingen van de internationale vergelijking. In Bijlage 8 zijn de bevindingen in meer detail beschreven.

<sup>21</sup> Dit is een omgeving waarin het steeds makkelijker is geworden om (on gezond) te eten en weinig te bewegen.



Figuur 5.4 Trend in percentage volwassenen met overgewicht in Nederland, Frankrijk, Slovenië en Spanje voor de jaren 2008, 2014 en 2017 (105).<sup>22</sup>



Figuur 5.5 Percentage 15-jarige jongens en meisjes met overgewicht in Nederland, Frankrijk, Slovenië en Spanje in 2009/2010, 2013/2014 en 2017/2018 (106, 107).

<sup>22</sup> De cijfers voor Nederland zijn gelijk aan de cijfers in figuur 5.1 omdat op Eurostat niet voor alle jaren cijfers beschikbaar waren.

*Nederland minder (verplicht) beleid, grootste stijging in overgewicht*  
Nederland heeft in vergelijking met de nadere landen iets minder van de geïnventariseerde beleidsmaatregelen ingevoerd (zie Tabel 5.1). Zo zijn er in de periode 2014-2016 geen nationale campagnes geweest. Daarnaast heeft Nederland als enige van de vier landen geen verplicht voedingsonderwijs. Bewegingsonderwijs is wel verplicht, maar alleen in Nederland is het aantal uren niet vastgesteld. Verder zijn er geen verplichte voedingsstandaarden op Nederlandse scholen, maar die zijn er ook niet in Spanje. Behalve campagnes, zijn de beleidsinitiatieven in Nederland vooral gericht op jongeren. Vergeleken met de andere drie landen nam in Nederland echter het percentage volwassenen met overgewicht tussen 2008 en 2017 het sterkst toe (Figuur 5.4). Daarom lijken deze verschillen in beleid niet direct de verschillen in de trends onder volwassenen te kunnen verklaren. Het percentage jongens met overgewicht is in Spanje en Slovenië iets gedaald en in Nederland niet. Dit is echter ook niet het geval voor meisjes in Slovenië en ook niet voor jongens én meisjes in Frankrijk. Daarom kunnen we de verschillen in trends onder jongeren ook niet toeschrijven aan bovengenoemde verschillen in beleid.

Tabel 5.1 Overgewichtbeleid in Nederland, Frankrijk, Slovenië en Spanje (103, 104).

	Nederland	Frankrijk	Slovenië	Spanje
<b>A. Promoten van (de voordelen van) een gezonde leefstijl, met name onder risicogroepen</b>				
Nationale voedingsrichtlijnen	.	.	.	.
Voedingsrichtlijnen specifiek voor kinderen	X	.	X	.
Nationale richtlijnen voor lichamelijke activiteit	.	.	.	.
Nationale campagnes	X	.	?	.
Verplicht voedingsonderwijs	X	.	.	.
Verplicht bewegingsonderwijs	.	.	.	.
Makkelijk te begrijpen Front-of-pack logo <sup>23</sup>	.*	.	.	X
<b>C. Creëren van een gezondere eet- en drinkomgeving</b>				
Verbeteren van de schoolomgeving	.	.	.	.
Verplichte voedingsstandaarden voor scholen	X	.	.	X
Beleid voor vending machines	.	.	.	.
Beleid voor verkoop energiedranken aan kinderen	.	.	.	.
<b>D. De gezonde keuzes de makkelijkste keuze maken</b>				
Herformulering van voeding: suiker	.	.	.	.
Herformulering van voeding: calorieën/portiegrootte	.	.	?	.
Belasting op suikerhoudende dranken	X	.	X	.**
Subsidies op 'gezonde' producten***	X	X	X	X
<b>E. Beperken van marketing van ongezonde producten gericht op kinderen</b>				
Restricties voor tv-reclame gericht op kinderen	.	.	.	.
Nutriënt criteria voor marketing****	.	.	.	X

. Initiatief wordt in het land uitgevoerd. X Initiatief is niet geïnitieerd of ondersteund door de nationale autoriteiten. Dit betekent niet per definitie dat er geen actie wordt ondernomen door bijv. lokale autoriteiten, niet-overheidsinstanties (ngo's) of commerciële partijen. ? Onbekend of initiatief wordt uitgevoerd. \* Afschaft in 2017. \*\* Alleen in Catalonië.\*\*\* Exclusief schoolmaaltijden, EU-schoolfruit en -groenten en EU-schoolmelk. \*\*\*\* Andere criteria dan die al geïncludeerd worden in het beleid van de school.

<sup>23</sup> Een voedselkeuzelogo op de voorkant van een voedingsproduct.

*Frankrijk vrijwel alle initiatieven ingevoerd, maar stijging overgewicht*  
Frankrijk is het enige land dat vrijwel alle geïnventariseerde beleidsinitiatieven heeft ingevoerd. Het percentage overgewicht onder volwassenen nam er echter tot 2014 licht toe. Daarna daalde het weer iets. In Slovenië en Spanje daalde het percentage mensen met overgewicht wel (heel) licht van 57% en 53% respectievelijk in 2007 naar 53% en 52% in 2017 (Figuur 5.4). Frankrijk is het enige land dat al sinds 2012 een belasting op suikerhoudende dranken heeft. Deze belasting was tot 2017 redelijk vergelijkbaar met de Nederlandse verbruiksbelasting op non-alcoholische dranken, waaronder frisdrank. Vanaf 2017 heeft Frankrijk de belasting gewijzigd in een heffing gebaseerd op het suikergehalte van frisdrank in verschillende staffels (108). In Spanje is er pas sinds 2017 én alleen in Catalonië een belasting op suikerhoudende dranken. Ook dit lijkt de verschillen tussen de landen dus niet te verklaren.

*Slovenië veel recent beleid, wel sterkere daling overgewicht*  
Slovenië heeft net als Frankrijk veel van de geïnventariseerde beleidsinitiatieven ingevoerd. Een aantal ervan vrij recent, zoals de restricties op marketing gericht op kinderen. In 2016 waren er ook plannen voor herformulering en een nationale campagne, maar in hoeverre die zijn uitgevoerd is niet bekend. Doordat de initiatieven vrij recent zijn ingevoerd, kunnen ze de daling in overgewicht sinds 2008 niet verklaren. Daarnaast neemt het percentage overgewicht onder 15-jarigen sinds schooljaar 2013/2014 weer iets toe. Het percentage overgewicht in Slovenië is ook hoger dan in de drie andere landen (Figuur 5.4 en 5.5).

*Spanje stabiel in beleid en percentage overgewicht*  
Het aantal beleidsinitiatieven dat in Spanje is ingevoerd, wijkt niet echt af van dat in de andere landen. Net als in Nederland zijn er vrijwillige voedingsstandaarden voor scholen. Ze kennen als enige land geen front-of-pack logo die aangeeft of een product een gezonde keuze is. Toch is in Spanje het percentage 15-jarigen en volwassenen met overgewicht gedaald. Uit de resultaten is daarom niet op te maken of verschillen in de geïnventariseerde beleidsinitiatieven de verschillen in de trends tussen landen verklaren.

*Resultaten internationale vergelijking zijn niet eenduidig*  
De in dit hoofdstuk beschreven internationale vergelijking van het beleid gericht op de aanpak van overgewicht heeft weinig inzicht gegeven in het effect van losse initiatieven op het percentage mensen met overgewicht. Het beleid in de verschillende landen verschilt niet zodanig dat hiermee de verschillen in de prevalentie van overgewicht en de trend daarin te verklaren zijn. De trends in het percentage mensen met overgewicht verschillen echter nauwelijks, dus is het lastig op basis hiervan verschillen te verklaren. Daarnaast is maar een beperkt aantal beleidsinitiatieven in kaart gebracht en is het beleid dus alleen op hoofdlijnen vergeleken. Ook was op basis van de gebruikte rapporten voor veel initiatieven niet bekend wanneer ze precies waren ingevoerd en wat het gevoerde beleid in detail inhoudt. Verder was het percentage volwassenen en 15-jarigen met overgewicht in Frankrijk, Spanje en Slovenië maar op drie tijdstippen bekend. Daardoor is moeilijk vast te stellen of het percentage overgewicht in een land echt is gestegen of gedaald. Ten slotte richten veel initiatieven

zich op het beïnvloeden van het eet- of beweeggedrag. Wij hebben in de internationale vergelijking alleen gekeken naar overgewicht, en niet naar deze tussenuitkomsten. Het is goed mogelijk dat eventuele veranderingen in eet- en beweeggedrag niet terug te zien zijn als je naar de cijfers voor overgewicht kijkt. Een uitgebreidere analyse was binnen dit onderzoek niet mogelijk.

## 5.5 **Samenvatting, discussie en conclusies**

Tussen 2006 en 2018 is het percentage volwassenen met overgewicht in Nederland gestegen van 43% naar 50%. Het percentage met obesitas nam ook toe, van 11% naar 15%. Dit is vergelijkbaar met de trendscenario's waarbij na 2006 de trend van de jaren daarvoor zich door zou zetten<sup>24</sup>. Bij de jeugd (4-18 jaar) is het percentage met overgewicht en het percentage met obesitas vrij stabiel over de tijd (respectievelijk ~12% en 3%,).

Tussen 2006 en 2018 zijn er ongeveer 25 landelijke initiatieven van de Rijksoverheid gestart, aangepast of afgerond om overgewicht aan te pakken. Het merendeel van de initiatieven betreft een programma, maatschappelijke beweging of voorlichting. Wet- en regelgeving wordt voor de preventie van overgewicht veel minder gebruikt. De meeste initiatieven zijn gericht op de doelgroepen jongeren of de algemene bevolking. Verder richten deze initiatieven zich met name op de school/kinderopvang, wijk en zorg.

In Tabel 5.2 staat een samenvatting van de effectiviteit van de initiatieven volgens de literatuur en het effect in de praktijk volgens de experts. De internationale vergelijking is in deze tabel niet meegenomen, omdat hieruit geen duidelijke conclusies over de losse initiatieven te trekken was.

<sup>24</sup> Dit trendscenario gaat ervan uit dat er geen nieuw beleid is ingevoerd vanaf 2006, zie Tekstbox 5.2.

Tabel 5.2 Effectiviteit van Nederlandse initiatieven gericht op overgewicht die tussen 2006 en 2018 zijn gestart, aangepast of afgerond zijn volgens literatuur en het effect volgens experts.

Initiatief	Effectiviteit uit de literatuur	Effect in NL volgens experts
<b>Jongeren op Gezond Gewicht</b>	Effect op overgewicht	Effect op overgewicht
<b>Sport en Bewegen in de Buurt</b>	Effect op tussen-uitkomst(en)	Effect op overgewicht
<b>Gezonde School</b>	Effect op tussen-uitkomst(en)	Effect op tussen-uitkomst(en)
<b>Gezonde Schoolkantine</b>	Effect op tussen-uitkomst(en)	Effect op tussen-uitkomst(en)
<b>Care for Obesity</b>	Effect op tussen-uitkomst(en) (interventie LEFF)	Effect op tussen-uitkomst(en)
<b>Gezonde Kinderopvang</b>	Effect op tussen-uitkomst(en)	Geen effect
<b>Akkoord Verbetering Product-samenstelling</b>	Effect op tussen-uitkomst(en)	Geen effect
<b>Convenant Overgewicht en Convenant Gezond Gewicht</b>	Onbekend	Geen effect
<b>Schijf van Vijf</b>	Onbekend	Geen effect
<b>Overige initiatieven gezonde kindomgeving*</b>	Onbekend	Geen effect
<b>Wijziging verbruiksbelasting alcoholvrije dranken</b>	Onbekend	Geen effect
<b>Gezonde Slagkracht</b>	Onbekend	Geen effect
<b>Dieetadvisering door een diëtist in het basispakket zorgverzekering</b>	Onbekend	Geen effect
<b>Alles is Gezondheid</b>	Onbekend	Geen effect

\*Hieronder vallen de initiatieven: Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl, Jong Leren Eten & Nationaal Actieplan Groente en Fruit.

Uit de resultaten van het onderzoek zijn de volgende conclusies getrokken.

*Beleid heeft ontwikkeling overgewicht mogelijk gunstig beïnvloed*

De stijging in het percentage mensen met overgewicht in Nederland was vergelijkbaar met de stijging die het trendscenario voorspelde. Toch heeft het gevoerde beleid de stijging in het percentage mensen met overgewicht tussen 2006 en 2018 mogelijk geremd. Er zijn in de periode 2006 t/m 2018 veel maatschappelijke ontwikkelingen geweest die het ontstaan van overgewicht bevorderen. Dergelijke ontwikkelingen zijn niet meegenomen in het trendscenario. Verder zijn er in die periode vrijwel

om het jaar nieuwe initiatieven gestart, of bestaande initiatieven aangescherpt. Volgens de literatuur en experts heeft in ieder geval een deel van deze initiatieven een effect op overgewicht of tussenuitkomsten. Het is daarom niet uit te sluiten dat zonder deze initiatieven het percentage mensen met overgewicht en obesitas in 2018 nog groter zou zijn geweest.

#### *Bijdrage van initiatieven niet vast te stellen*

De bijdrage van de individuele initiatieven aan de ontwikkeling van het percentage mensen met overgewicht en obesitas in de periode 2006 t/m 2018 is achteraf niet vast te stellen. Voor veel initiatieven is er weinig (wetenschappelijk) onderzoek, monitoring en evaluatie gedaan naar het effect op overgewicht of tussenuitkomsten, zoals eet- of beweeggedrag. Daarnaast is de individuele bijdrage lastig te beoordelen omdat er meerdere initiatieven zijn ingevoerd in de periode 2006-2018. Ook is er weinig bekend over het aantal mensen dat wordt bereikt met een initiatief.

Informatie over de effectiviteit én het bereik van losse initiatieven is nodig om meer over het effect van deze initiatieven op de trend in overgewicht te kunnen zeggen. Het is dan ook van belang dat initiatieven, waar mogelijk, vóór of bij invoering worden onderzocht op effectiviteit. Daarnaast is monitoring belangrijk om te zien in hoeverre gestelde doelen worden behaald. Monitoring geeft echter geen inzicht in het oorzakelijk verband tussen het beleid en eventuele veranderingen, bijvoorbeeld in het percentage mensen met overgewicht. Verder kan het zijn dat de initiatieven wel effect hebben, maar dat dit effect niet direct terug is te zien in een verandering van het aantal mensen met overgewicht of het eet- en beweeggedrag. Volgens de cirkel van gedragsverandering (45) worden er namelijk eerst drie andere stappen doorlopen vóórdat een persoon zijn gedrag verandert (voorbekinning, overpeinzing en besluitvorming). Het is goed mogelijk dat mensen door de initiatieven wel een stap vooruit bewegen op deze cirkel, maar dat het effect op het percentage mensen met overgewicht of het eet- en beweeggedrag pas na een aantal jaren zichtbaar is.

#### *JOGG en Sport en Bewegen in de Buurt meest effectief*

Volgens de literatuur is het programma JOGG van invloed op overgewicht en Sport en Bewegen in de Buurt op beweeggedrag. Veel experts vonden dat deze initiatieven bijdragen aan (het neerzetten van) een goede lokale infrastructuur voor preventie. Een aantal andere initiatieven heeft zowel volgens de literatuur als volgens experts effect op tussenuitkomsten, zoals een verandering in beweeg- of eetgedrag. Het gaat hierbij om de Gezonde School, de Gezonde Schoolkantine en Care for Obesity. De initiatieven JOGG, de Gezonde School en de Gezonde Kinderopvang hebben er ook voor gezorgd dat mensen en organisaties zich er meer bewust van zijn dat een gezonde leefstijl belangrijk is.

#### *Obesogene omgeving heeft zich snel en sterk ontwikkeld*

Eén van de hierboven genoemde sterke en snelle maatschappelijke ontwikkelingen is dat de omgeving meer obesogeen is geworden (109). Dit is een omgeving waarin het steeds makkelijker is geworden om (on gezond) te eten en weinig te bewegen. Deze obesogene omgeving zal aangepakt moeten worden om mensen een reële kans te geven om



gezonder te leven. Ook de overheid kan daar een rol in spelen. Het vraagt om een versterking van de 'Health in All Policies'-benadering, waarin in alle beleidssectoren ook naar gezondheid wordt gekeken (88). Onderwijsbeleid zorgt daarbij voor gezondheidseducatie en een gezonde schoolomgeving. Landbouw- en economisch beleid beïnvloeden de beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van voedsel. Ruimtelijke ordening en verkeersbeleid beïnvloeden de mogelijkheden om lichamelijk actief te zijn. Door samenwerking en kennisuitwisseling kan naar gezamenlijke doelen gezocht worden (110).

### ***Aanpak van overgewicht was nog te weinig integraal***

Overgewicht is een complex probleem dat veroorzaakt wordt door een veelheid aan factoren. Er is niet één oplossing voor de aanpak van overgewicht. Om overgewicht tegen te gaan is daarom een krachtige integrale aanpak nodig. Ook de OECD benadrukt dat geen van de initiatieven voldoende zijn om overgewicht te voorkomen als ze geïsoleerd worden uitgevoerd (103). Tot nu toe waren veel initiatieven gericht op het voorkomen van ongezond eet- en beweeggedrag. Factoren zoals slaap, medicijngebruik en stress zijn, naast voeding en bewegen, van invloed op de ontwikkeling van overgewicht (102). Het beleid heeft zich in de periode 2006 t/m 2018 weinig op deze andere factoren gericht. De integrale aanpak moet verder de gehele levensloop omvatten en toegespitst zijn op de doelgroep, bijvoorbeeld mensen met een lagere sociaaleconomische positie. Tot nu toe was veel beleid gericht op kinderen en jongeren. Er zou meer aandacht moeten zijn voor volwassenen en mensen die al overgewicht hebben.

### ***Beleid niet consistent en ingrijpend genoeg***

De belangrijkste boodschap die uit de sessie met de experts naar voren kwam, is dat er veel meer, snellere en sterkere ontwikkelingen zijn in de maatschappij die de toename in overgewicht beïnvloeden dan ontwikkelingen die zorgen voor een afnemende trend in overgewicht. Om hier tegenwicht aan te bieden is krachtiger en consistentere beleid nodig. Er worden weinig harde beleidsinitiatieven ingezet bij de preventie van overgewicht. Nederland zet, net als veel andere landen, vooral in op het geven van voorlichting en advies en het vergroten van de gezondere keuze (103). Hardere beleidsmaatregelen, zoals prijsbeleid en (wettelijke) marketingbeperkingen, worden nu nog te weinig gebruikt, terwijl dergelijke maatregelen het meest effectief zijn (zie hoofdstuk 3 en 4). Bij andere thema's van het preventief gezondheidsbeleid, zoals roken en (problematisch) alcoholgebruik, worden dergelijke maatregelen veel meer ingezet.



## 6 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid van 2006 t/m 2018 voor bewegen

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag wat het effect is geweest van het preventief gezondheidsbeleid gericht op bewegen tussen 2006 en 2018 op het percentage mensen dat voldoet aan de Beweegerichtlijnen (zie Tekstbox 6.1) in die periode. Dit hoofdstuk beschrijft eerst de ontwikkeling door de jaren heen in het percentage jongeren, volwassenen en ouderen dat voldoet aan de Beweegerichtlijnen en het aantal uur dat ze wekelijks aan bewegen besteden. Vervolgens wordt beschreven wat op basis van internationale richtlijnen effectieve maatregelen zijn om bewegen te stimuleren. Daarna volgt een beschrijving van het Nederlandse beleid gericht op bewegen, met een focus op de genoemde periode. Vervolgens wordt het effect van het Nederlandse beleid op het percentage mensen dat voldoet aan de Beweegerichtlijnen beschreven aan de hand van: 1) literatuuronderzoek over de effectiviteit van de initiatieven en 2) een discussiesessie met experts op het gebied van preventie in het algemeen en bewegen in het bijzonder. Tot slot formuleren we op basis hiervan conclusies. In tegenstelling tot de speerpunten roken, alcohol en overgewicht, is er voor dit speerpunt geen internationale vergelijking gedaan. Een uitgebreide beschrijving van de methoden staat in hoofdstuk 2.

### *Tekstbox 6.1 Beweegerichtlijnen.*

In november 2017 zijn de nieuwste Beweegerichtlijnen gepubliceerd door de Gezondheidsraad (111).

#### **Volwassenen en ouderen**

- Bewegen is goed, meer bewegen is beter.
- Minstens 150 minuten per week aan matig intensieve inspanning, zoals wandelen en fietsen, verspreid over diverse dagen. Langer, vaker en/of intensiever bewegen geeft extra gezondheidsvoordeel.
- Minstens tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten, voor ouderen gecombineerd met balansoefeningen.
- Voorkom veel stilzitten.

#### **Kinderen van 4 tot 18 jaar**

- Bewegen is goed, meer bewegen is beter.
- Minstens elke dag een uur matig intensieve inspanning. Langer, vaker en/of intensiever bewegen geeft extra gezondheidsvoordeel.
- Minstens driemaal per week spier- en botversterkende activiteiten.

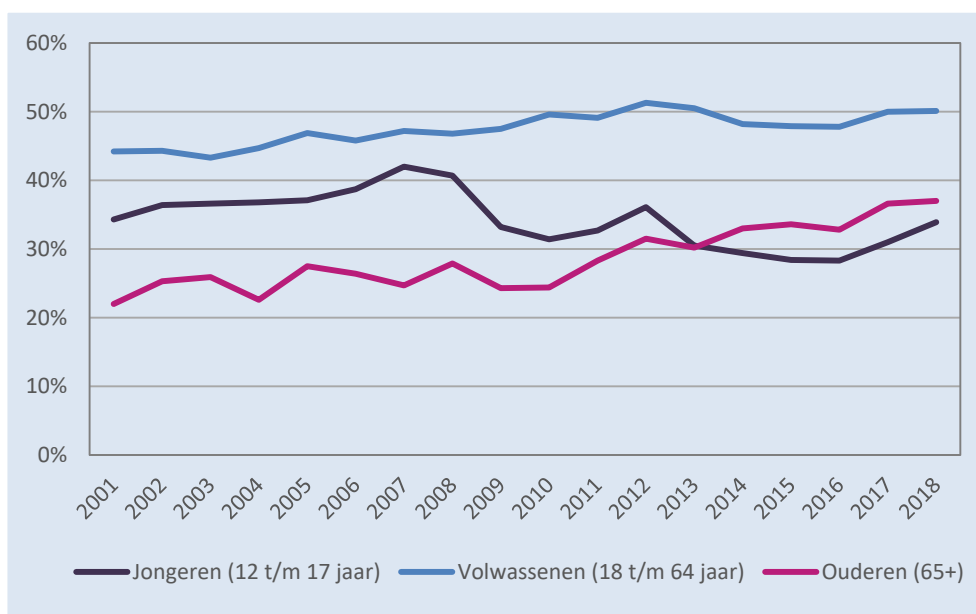
De aanpak van overgewicht gaat onvermijdelijk gepaard met een actiever preventief gezondheidsbeleid op het gebied van bewegen. Over het speerpunt overgewicht is meer te lezen in hoofdstuk 5.

## 6.1 Ontwikkeling in bewegen

Hieronder wordt voor de periode 2001 t/m 2018 het percentage personen dat voldoet aan de Beweegerichtlijnen weergegeven. Daarnaast wordt voor dezelfde periode weergegeven hoeveel tijd per week besteed wordt aan verschillende beweegactiviteiten.

### 6.1.1 Voldoen aan de Beweegerichtlijnen

Tussen 2001 en 2006 nam het totaal percentage mensen (van 12 jaar en ouder) dat voldoet aan de Beweegerichtlijnen licht toe van 40% tot 42%. Vanaf 2006 steeg het percentage verder tot 47% in 2018. Figuur 6.1 toont het percentage jongeren, volwassenen en ouderen dat voldoende beweegt. Voor kinderen onder de 12 jaar zijn alleen cijfers vanaf 2015 beschikbaar. Daarom zijn zij buiten beschouwing gelaten. Het percentage jongeren dat voldoet aan de richtlijnen fluctueert over de jaren. Tussen 2001 en 2006 is het percentage jongeren dat voldoet aan de Beweegerichtlijnen iets toegenomen (van 34% naar 39%). Daarna nam het percentage overwegend af en eindigde op 34% in 2018. Over het geheel bezien, is het percentage jongeren dat voldoet aan de Beweegerichtlijnen tussen 2001 en 2018 licht afgenomen.



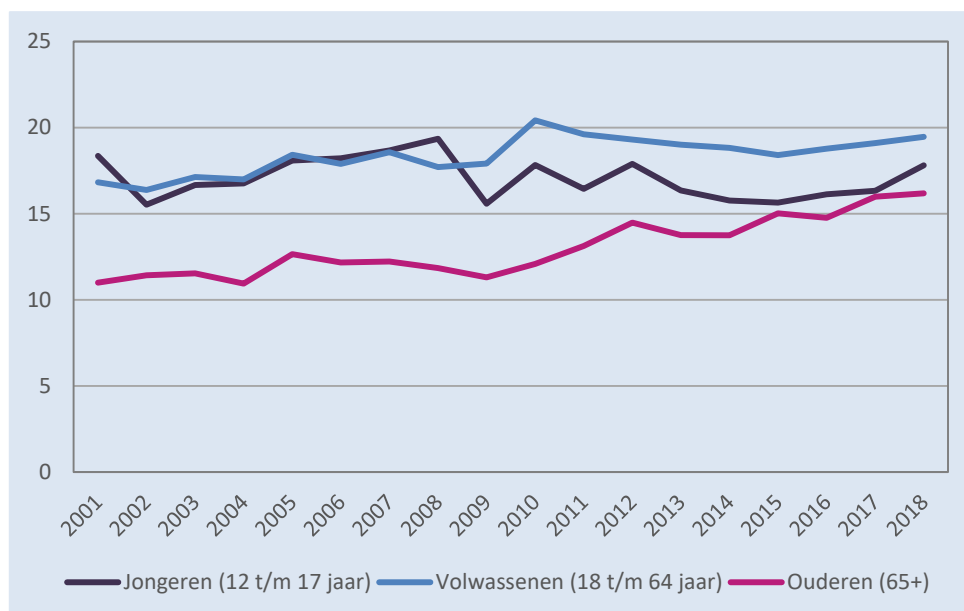
Figuur 6.1 Percentage mensen dat voldoet aan de Beweegerichtlijnen uitgesplitst naar leeftijdsgroep in de jaren 2001 t/m 2018 (112).

Van de drie leeftijdsgroepen voldoen volwassenen het meest aan de Beweegerichtlijnen. Daarbij moet opgemerkt worden dat de Beweegerichtlijnen voor kinderen en jongeren strenger zijn dan voor volwassenen en ouderen. Het percentage dat aan de richtlijnen voldoet is over de jaren langzaam gestegen: van 44% in 2001 naar 46% in 2006 en 50% in 2018. Ook onder ouderen is het percentage dat voldoet aan de Beweegerichtlijnen gestegen, namelijk van 22% in 2001, naar 26% in 2006 en 37% in 2018.

### 6.1.2 Tijd per week besteed aan bewegen

Figuur 6.2 presenteert de tijd die per week wordt besteed aan bewegen. De beweegactiviteiten die zijn meegenomen zijn: actief transport naar school of werk (wandelen of fietsen), zware activiteiten op school of werk, zware huishoudelijke activiteiten, en wandelen, fietsen, sporten, klussen, en tuinieren in de vrije tijd. Lichte activiteiten op school of werk en lichte huishoudelijke activiteiten zijn niet meegenomen, omdat deze niet meetellen voor het voldoen aan de Beweegrichtlijnen. Hoewel mensen per week meerdere uren kunnen besteden aan beweegactiviteiten, betekent dit niet dat zij dan ook voldoen aan de Beweegrichtlijnen. Er zijn namelijk meer criteria voor het voldoen aan de Beweegrichtlijnen. Zo moet er op meerdere dagen per week bewogen worden. Daarnaast moeten mensen niet alleen een bepaalde tijd matig intensief bewegen, maar ook voldoende spier- en botversterkende activiteiten doen.

Het aantal uren per week dat jongeren besteden aan beweegactiviteiten is redelijk gelijk gebleven is tussen 2001 en 2018. Tussen 2006 en 2018 schommelde het tussen de 15 en 19,5 uur. Jongeren besteden de meeste vrije tijd aan sporten. Tussen 2006 en 2018 zijn jongeren gemiddeld één uur per week minder gaan sporten. Daarna besteden jongeren het meeste tijd aan fietsen naar school. Ook hiervoor is het aantal uren per week licht gedaald. Jongeren zijn in deze periode wel meer gaan wandelen.



Figuur 6.2 Tijd per week besteed aan beweegactiviteiten uitgesplitst naar bevolkingsgroep (in uren) (113).

Het aantal uren per week dat volwassenen besteden aan beweegactiviteiten is tussen 2001 en 2006 licht gestegen van bijna 17 uur naar bijna 18 uur per week. Daarna steeg het gemiddelde aantal uren per week verder naar 19,5 in 2018. Volwassenen besteden vooral tijd aan wandelen. In 2018 was dit iets meer dan 3 uur per week. Tussen 2006 en 2018 zijn ze ongeveer een half uur per week meer gaan sporten. Alleen het aantal uren dat er gemiddeld besteed wordt aan klussen en tuinieren is licht gedaald.

Ouderen laten de grootste stijging zien in het aantal uren dat ze besteden aan beweegactiviteiten. In 2001 was dit 11 uur, in 2006 iets meer dan 12 uur en in 2018 iets meer dan 16 uur. Het gemiddelde aantal uren dat ze bewegen is vooral toegenomen sinds 2009. Ouderen zijn voornamelijk meer gaan wandelen. Ook zijn ze meer gaan sporten en fietsen.

## 6.2 Effectief beweegbeleid volgens internationale richtlijnen

Wereldwijd raadt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beweging aan voor het verbeteren van cardiorespiratoire- en spiergezondheid, botsterkte en om het risico op depressie en niet-overdraagbare ziekten, zoals cardiovasculaire aandoeningen, kanker, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes te voorkomen (114). WHO Europa heeft als doel om overheden en belanghebbenden te inspireren om burgers meer te laten bewegen, om zo het percentage mensen dat onvoldoende beweegt met 10% te verminderen (114). Om dit doel te behalen stelt WHO Europa vijf strategieën voor (zie Tekstbox 6.2) (115).

*Tekstbox 6.2 Strategieën voor het verhogen van lichamelijke activiteit van de WHO (115).*

- A. Promoten van lichamelijke activiteit.
- B. Verminderen van zittend gedrag.
- C. Zorgen voor een omgeving die mensen in staat stelt lichamenlijk actief te zijn door aansprekende en veilig gebouwde omgevingen, toegankelijke publieke ruimtes en infrastructuur.
- D. Bieden van kansen om lichamenlijk actief te zijn ongeacht gender, leeftijd, inkomen, opleiding, etniciteit of handicap.
- E. Verwijderen van barrières voor lichamenlijke activiteit en het faciliteren van lichamenlijk actief zijn.

## 6.3 Het Nederlandse beweegbeleid

In deze paragraaf wordt eerst het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid op het gebied van bewegen van vóór 2006 beschreven. Dit om een beeld te geven van het beleid dat al gevoerd werd. Daarna worden initiatieven beschreven die in de periode 2006 tot 2018 zijn gestart, aangepast of afgerond. Het gaat om initiatieven van de Rijksoverheid, landelijke thema-instituten en gezondheidsfondsen die gericht zijn op bewegen. Het RIVM heeft deze initiatieven in 2018 geïnventariseerd.<sup>25</sup> In de rapportage [Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld](#) staan ze uitgebreider beschreven.

### 6.3.1 Het Nederlandse beweegbeleid vóór 2006

Vanaf 1960 zijn er verschillende beleidsnota's van de Rijksoverheid verschenen met een (gedeelde) focus op sport en/of bewegen. Over de tijd wordt sport en bewegen in verschillende perspectieven geplaatst. Zo werd sport in de jaren veertig en vijftig gezien als onderdeel van de vorming van jeugd buiten de school (116). Later stond vooral meedoen en breedtesport in de belangstelling, met als doel om sport voor alle lagen van de bevolking toegankelijk te maken (117). In 2003 kwam voor het eerst het belang van sportbeoefening en bewegen voor een

<sup>25</sup> Ondanks een uitgebreide search in literatuur en via internet, gevolgd door een consultatie met enkele experts om te controleren of het overzicht compleet was, kan het zijn dat sommige initiatieven gemist zijn.

gezonde leefstijl in de nota's naar voren (116). Uit de nota's is vaak niet te achterhalen welke concrete activiteiten zijn ingezet door of in opdracht van de Rijksoverheid. Wel blijkt dat de Rijksoverheid sinds 1955 financieel bijdraagt aan landelijke sportorganisaties om lichamelijke activiteit te bevorderen (116). In de periode 1999-2002 is de 'Breedtesportimpuls' ontwikkeld om het lokale sportaanbod duurzaam te verbeteren. Breedtesportimpuls zorgt ervoor dat gemeenten en lokale organisaties initiatieven kunnen ontwikkelen en stimuleren, bijvoorbeeld op het gebied van welzijn en gezondheid. Ter versterking van de breedtesportimpuls werd de 'Stimuleringsregeling breedtesport' ingesteld, waarmee de overheid financiële middelen beschikbaar stelde aan gemeenten voor de ontwikkeling en verbetering van de breedtesport (118). In 2001 startte het programma 'Nederland in Beweging!', met als belangrijkste boodschap dat dertig minuten lichaamsbeweging per dag gunstige effecten heeft op de gezondheid.

In 2004 startte de Buurt Onderwijs en Sport Impuls, een tijdelijk stimuleringsfonds met als doel bewegachterstanden bij jongeren van 4-19 jaar aan te pakken (116, 118). Dit initiatief liep tot 2012. In 2005 werd in beleidsnota's een aantal programma's aangekondigd om ervoor te zorgen dat mensen meer gaan sporten en bewegen en elkaar meer gaan ontmoeten door sport (119, 120). Meedoen [alle] jeugd door sport (2006-2011) en het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (2007-2015) zijn in de jaren erna gestart. Het is niet duidelijk of de andere programma's daadwerkelijk hebben plaatsgevonden (Gezonde Sportbeoefening, Opvoeden door sport en school, Vernieuwen lokaal sportaanbod, Versterken waarden en normen door sport en Integrale buurtaanpak en sport).

### 6.3.2 *Het Nederlandse beweegbeleid 2006 t/m 2018*

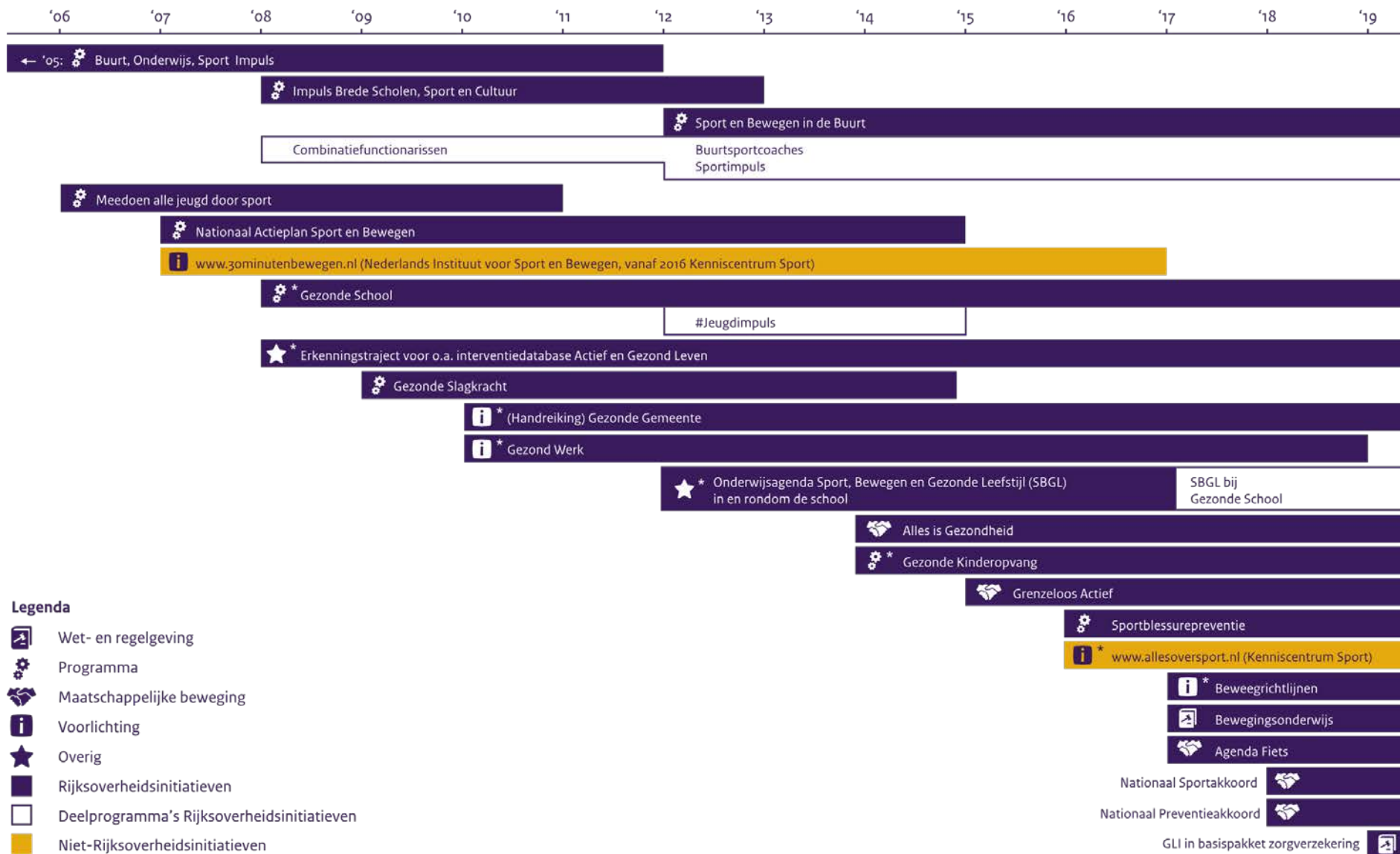
Tussen 2006 en 2018 zijn in Nederland 23 landelijke initiatieven om bewegen te stimuleren door de Rijksoverheid of door één/meerdere van de geselecteerde landelijk opererende organisaties gestart, aangepast of afgerond. Hieronder vallen voornamelijk programma's (n=9), voorlichting over de aangeraden mate van bewegen (n=5) en maatschappelijke bewegingen (n=5). Bij twee initiatieven betrof het wet- en regelgeving. De meeste initiatieven bevinden zich vrij laag op de interventieladder vanwege hun informatieve karakter (5). Hoe ingrijpender een initiatief is, hoe minder vrijblijvend voor de burger (en hoe hoger op de interventieladder) (22). Het gaat vooral om initiatieven waarbij het aanbod van mogelijkheden voor burgers om te sporten wordt vergroot.

Bijna de helft van de initiatieven die tussen 2006 en 2018 zijn gestart, aangepast of afgerond vallen binnen de WHO-strategie 'Promoten van lichamelijke activiteit'. Eén initiatief valt onder 'kansen voor lichamelijke activiteit voor iedereen' en één initiatief in de categorie 'zorgen voor een omgeving die mensen in staat stelt lichamelijk actief te zijn'. Verder zijn er nog twee overkoepelende initiatieven, waarvan onderdelen in verschillende categorieën vallen.

Figuur 6.3 toont een overzicht van de initiatieven die in de periode 2006-2018 gestart, aangepast of afgerond zijn.<sup>26</sup> Enkele initiatieven worden in deze rapportage buiten beschouwing gelaten. De reden hiervoor is dat deze initiatieven pas eind 2018 of per 1 januari 2019 zijn gestart (Nationaal Preventieakkoord, Nationaal Sportakkoord en opname van de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) in het basispakket van de zorgverzekering), of omdat het gericht was op professionals én op leefstijl in het algemeen (Handreiking Gezonde Gemeente, Gezond Werk, Erkenningstraject interventies). Hierdoor is van deze initiatieven het effect op bewegen in de periode 2006 t/m 2018 niet vast te stellen. Daarnaast is de introductie van de nieuwe richtlijnen buiten beschouwing gelaten, omdat het voldoen aan de richtlijnen als indicator is gebruikt om de trend in bewegen onder de bevolking in kaart te brengen. Een omschrijving van de initiatieven uit Figuur 6.3 is te vinden in Bijlage 5.

<sup>26</sup> Dit figuur komt uit een rapportage 'Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld' van het RIVM (5).





**Legenda**

- Wet- en regelgeving
- Programma
- Maatschappelijke beweging
- Voorlichting
- Overig
- Rijksoverheidsinitiatieven
- Deelprogramma's Rijksoverheidsinitiatieven
- Niet-Rijksoverheidsinitiatieven

\* (mede) gericht op de professional

Figuur 6.3 Tijdlijn van initiatieven om bewegen te stimuleren binnen het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid in de periode 2006 t/m 2018.

## 6.4 Effect van het Nederlandse beweegbeleid

Er zijn twee methoden gebruikt om het effect van de initiatieven die zijn uitgevoerd tussen 2006 en 2018 in kaart te brengen. Ten eerste is per initiatief gekeken naar wat er in de (wetenschappelijke) literatuur bekend is over de effectiviteit. Als tweede is met experts op het gebied van bewegen en preventie besproken wat volgens hen het effect is geweest van de initiatieven op het aantal volwassenen en jongeren dat voldoet aan de Beweegrichtlijnen.

### 6.4.1 *Effectiviteit uit de literatuur*

Uitgebreide informatie van de initiatieven die in de periode 2006 t/m 2018 gestart, aangepast of afgerond zijn staat beschreven in Bijlage 5. Van een groot deel van de initiatieven is het effect op bewegen niet bekend, maar worden er wel tussenuitkomsten gerapporteerd.

#### *Effectieve initiatieven*

Uit de literatuur blijkt dat een aantal initiatieven effect heeft op beweeggedrag. Zo blijkt dat Gezonde School-activiteiten kunnen bijdragen aan een gezondere leefstijl van leerlingen (97). Leerlingen die op school deelnemen aan aangeboden beweegactiviteiten, bewegen 5 tot 45 minuten per dag meer en zijn fitter dan leerlingen die niet deelnemen. Daarnaast heeft de pilotfase van Sport en Bewegen in de Buurt (SBB) ervoor gezorgd dat na de pilot het sport- en beweeggedrag van de deelnemers significant is toegenomen, al wordt niet genoemd hoe groot de toename was (96). Over de BOS-impuls is bekend dat de gestelde doelen grotendeels zijn behaald. Zo is in de meerderheid van de 168 ondervraagde gemeenten (81%) de doelgroep (jongeren met beweegachterstanden) bereikt met diverse projecten. Hierdoor is de sportparticipatie onder jeugd met een beweegachterstand toegenomen (121, 122).

#### *Initiatieven met effect op tussenuitkomsten*

Voor een aantal initiatieven zijn er positieve tussenuitkomsten gerapporteerd, zoals toename in ledenaantallen bij sportverenigingen. Zo had het programma Meedoen alle jeugd door sport een positief effect op ledengroei bij sportverenigingen. De deelnemende sportverenigingen zagen een bovengemiddelde ledengroei bij de jeugd, namelijk 30% tegenover 8% bij de verenigingen die niet deelnamen (123). De groei bij jongeren met een niet-Westerse migratieachtergrond was groter (59%) dan de groei bij jongeren met een Westerse achtergrond (20%). Ook wordt de inzet van buurtsportcoaches (onderdeel van Sport en Bewegen in de Buurt) positief geëvalueerd (100). De meeste gemeenten ervaren de inzet van buurtsportcoaches als impuls voor hun lokale sportbeleid (95%) en willen dit op lange termijn voortzetten (94%). Over het verplichte bewegingsonderwijs is bekend dat het aanbod in bewegingsonderwijs langzaam aan het ontwikkelen is (124). Het hebben van een vakdocent kan volgens experts ervoor zorgen dat kinderen ook buiten de gymles meer bewegen, hoewel niet bekend is hoeveel meer (125).

#### *Initiatieven waarvan de effectiviteit onbekend is*

Voor de overige initiatieven zijn de effecten onbekend. Zo komen er uit de internationale literatuur inconsistente resultaten naar voren over de

effecten van campagnes gericht op het bevorderen van bewegen (126, 127). Wel blijkt dat de campagne 30 minuten bewegen bekend was bij 8 miljoen Nederlanders (128). Voor een aantal van de andere initiatieven zijn wel procesevaluaties gedaan (zie Bijlage 5). Deze verschaffen bijvoorbeeld wel informatie over samenwerking, de uitbreiding van bestaande activiteiten of een toename in nieuwe activiteiten, maar geven geen inzicht in effecten op bewegen of gerelateerde tussenuitkomsten.

#### 6.4.2 *Effect op het percentage mensen dat voldoet aan de Beweegrichtlijnen volgens experts*

Een tweede methode die gebruikt is om inzicht te krijgen in het effect van het gevoerde beleid, was een discussiesessie met tien experts op het gebied van bewegen en preventie. De geraadpleegde experts doen onderzoek naar beweeggedrag of initiatieven gericht op bewegen of werken voor organisaties gericht op het stimuleren van bewegen.

##### *Experts vinden effect initiatieven moeilijk te beoordelen*

Er zijn weinig onderzoeken en evaluaties beschikbaar die effecten op bewegen rapporteren. Hierdoor vinden de experts het effect van de initiatieven moeilijk te beoordelen. Experts geven aan dat onderzoeken en evaluaties ingewikkeld zijn om uit te voeren, omdat dit vaak in de praktijk moet plaatsvinden en niet in een gecontroleerde trial kan. Daardoor is causaliteit lastig vast te stellen. Daarnaast is er vaak budget voor het uitvoeren van initiatieven beschikbaar, maar niet voor het evalueren ervan. Verder geven de experts aan dat ook maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de ontwikkelingen op het gebied van eHealth (bijvoorbeeld stappentellers), en een toenemend bewustzijn van het belang van een gezonde leefstijl (zie Tekstbox 6.3) de trend in beweeggedrag beïnvloeden.

##### *Beleid heeft gezorgd voor meer bewustwording denken experts*

Volgens de experts zijn mensen zich dankzij het beleid meer bewust geworden van de noodzaak om te bewegen. Zo geven zij aan dat de campagne 30 minuten bewegen bewustzijn heeft gecreëerd met een duidelijke boodschap. Dit had mogelijk een positief effect op beweeggedrag, met name van mensen die streven naar een gezonde leefstijl. De experts zagen ook het verplichte bewegingsonderwijs als positief. Deze verplichting zorgt ervoor dat kinderen in elk geval op school bewegen. Door vanaf jongs af aan bewegen te stimuleren, ontwikkelen kinderen de intrinsieke motivatie om te bewegen. Dit kan hun beweeggedrag op latere leeftijd positief beïnvloeden. Beweeggedrag op jonge leeftijd voorspelt volgens de experts namelijk beweeggedrag op latere leeftijd.

*Tekstbox 6.3 Ontwikkelingen die de trend in voldoen aan de Beweegerichtlijnen in de afgelopen vijftien jaar positief en/of negatief beïnvloed hebben, met voorbeelden.*

**Toenemend bewustzijn gezonde leefstijl:**

- meer focus op bewegen/minder zitten. (+)
- aandacht bij zorgprofessionals voor sport en bewegen als middel voor preventie/behandeling. (+)

**Individualisering:**

- verandering sporten van vereniging naar individueel. (+/-)
- meer sporten buiten sportverenigingen om. (+)

**Gebrek aan tijd/prioriteit:**

- mensen worden steeds drukker, bewegen is geen prioriteit. (-)

**Behoeftte aan beleving:**

- sport als mogelijkheid om te netwerken. (+)

**Betrokkenheid van de doelgroep:**

- meer nadruk op eigen verantwoordelijkheid. (+)

**Veranderingen in openbare ruimte:**

- verstedelijking. (+/-)
- infrastructurele maatregelen zoals autovrije zones. (+)
- leegloop perifere gebieden. (-)

**Technologische ontwikkelingen:**

- opmars van beweegmeters en apps. (+)
- opkomst eHealth rondom bewegen. (+)
- jongeren gamen meer. (-)
- alles kan tegenwoordig vanachter te computer of telefoon. (-)
- opkomst e-bikes. (+/-)

**Demografische ontwikkelingen:**

- toename aandeel niet-westerse migranten (subgroep die minder belang hechten aan sporten en bewegen). (-)
- vergrijzing van de bevolking. (+/-)

**Geïnterarieerde initiatieven:**

- GLI in het basispakket. (+)
- Gezonde School. (+)
- te weinig programma's gericht op verkleinen van gezondheidsverschillen. (-)

**Richtlijnen:**

- WHO Global Action Plan on Physical Activity. (+)
- aanpassen van de Nederlandse Beweegerichtlijnen. (-)

**Toename inactiviteit:**

- teruggang in motorische vaardigheid. (-)

**Aanpassingsvermogen van sportverenigingen. (+)**

(-) negatieve invloed op trend (leidend tot een daling)

(+) positieve invloed op trend (leidend tot een stijging)

*Experts vinden het opvallend dat jongeren minder zijn gaan bewegen*  
 Initiatieven in de periode 2006 t/m 2018 waren met name gericht op jongeren. Desondanks lijkt het beweeggedrag onder jongeren zich minder gunstig te hebben ontwikkeld in die periode dan het beweeggedrag onder ouderen. In 2018 voldoen iets minder jongeren aan de Beweegerichtlijnen dan in 2006, terwijl het percentage ouderen wat voldoet aan de Beweegerichtlijnen is gestegen van 22% naar 37%. Ook is de tijd die jongeren per week besteden aan beweegactiviteiten licht afgenomen (zie ook Figuur 6.1 en 6.2). In tegenstelling hiermee, is er onder ouderen een toename te zien in de tijd die zij per week

besteden aan beweegactiviteiten. Dit terwijl weinig initiatieven zich specifiek hebben gericht op de doelgroep ouderen.

*'Voldoen aan Beweegrichtlijnen' geeft volgens experts te weinig inzicht*  
De indicator 'voldoen aan de Beweegrichtlijnen' geeft volgens experts als uitkomstmaat te weinig inzicht in de effecten van beleid op (veranderingen in) beweeggedrag. Door de tweedeling, wel of niet voldoen aan de Beweegrichtlijnen, wordt weinig inzicht gegeven in de toe- of afname in beweeggedrag over de tijd. Mensen kunnen meer gaan bewegen, wat gunstig is, maar het kan zijn dat ze Beweegrichtlijnen nog steeds niet halen. Daarnaast geven de beschikbare gegevens over bewegen niet altijd een goed beeld van het werkelijke beweeggedrag. Veel gegevens over bewegen zijn afhankelijk van zelfrapportage door de bevolking. Volgens de experts kunnen mensen moeilijk inschatten hoe actief ze zijn en lukt dit beter naarmate iemand actiever is. Hierdoor overschatten vooral inactieve mensen de mate waarin zij lichamelijk actief zijn. Ook geven (vooral hoger opgeleide) mensen mogelijk sociaal wenselijke antwoorden als gevolg van de huidige belangstelling voor een gezonde leefstijl.

*Experts vinden continuïteit van programma's belangrijk*

Voor een effect op het beweeggedrag is het volgens de experts belangrijk om te zorgen voor continuïteit in het beleid. Dit is terug te zien bij Sport en Bewegen in de Buurt (SBB) en de Buurt, Onderwijs en Sport-impuls (BOS-impuls). Deze programma's zijn voor een langere periode ingezet en bestaan niet uit losse kortdurende initiatieven. Met name door SBB vond er volgens de experts een verschuiving plaats van het enkel organiseren van beweegactiviteiten naar het creëren van meer samenwerking tussen de verschillende lokale betrokken partijen. De buurtsportcoaches, onderdeel van SBB, kunnen volgens de experts een belangrijke rol spelen in het stimuleren van bewegen in de lokale context. Bij de BOS-impuls vond een goede en brede samenwerking met alle lokale partners plaats, wat volgens de experts positief was.

*Experts vinden inzet op lager opgeleiden te weinig*

Initiatieven hebben zich volgens de experts te weinig gericht op de doelgroep lager opgeleiden, waardoor de gezondheidsverschillen tussen hoger en lager opgeleide mensen groter zijn geworden. Lager opgeleiden zijn lastiger te bereiken, doordat bewegen voor hen vaak geen prioriteit heeft. Ook sluiten initiatieven onvoldoende aan bij lager opgeleiden omdat zij te weinig zijn betrokken bij de ontwikkeling en de uitvoering van initiatieven. Daarnaast bevorderen sommige maatschappelijke ontwikkelingen volgens de experts vooral het beweeggedrag van hoger opgeleiden. Zij kunnen zich bijvoorbeeld draagbare fitnesstrackers beter veroorloven.

*Volgens experts bereiken de initiatieven inactieven te weinig*

De groep mensen die inactief is en niet graag beweegt is volgens de experts moeilijk te bereiken met de uitgevoerde initiatieven. Zo zijn veel initiatieven gericht op sport, wat vooral mensen die al actief zijn aantrekt. Om de doelgroep inactieven beter te bereiken is het volgens de experts van belang te focussen op bewegen in het dagelijks leven, zoals een actieve manier van transport door bijvoorbeeld naar het werk te fietsen in

plaats van met de bus te gaan. Daarnaast zijn volgens de experts voor deze doelgroep de huidige Beweegerichtlijnen lastig te begrijpen.

*Beleid onvoldoende integraal zeggen experts*

Het beleid was volgens de experts nog onvoldoende integraal, terwijl het voor een effect op het beweeggedrag belangrijk is integraal beleid te voeren met aandacht voor de lokale context. Veel initiatieven waren losse programma's gericht op het individu, terwijl het beweeggedrag van mensen afhankelijk is van meerdere factoren, zoals sociale factoren en de fysieke omgeving. Daarom is het volgens de experts belangrijk om initiatieven te ontwikkelen die gericht zijn op al deze factoren. Verder is het volgens de experts belangrijk om de doelgroep en lokale uitvoerders te betrekken bij het vormgeven van sport- en beweeginitiatieven. Samenwerking met andere sectoren en domeinen, bijvoorbeeld het sociaal domein, is van belang.

*De leefomgeving kan volgens experts nog beweegvriendelijker*

In de afgelopen jaren is er volgens experts veel ingezet op initiatieven om bewegen in de leefomgeving te stimuleren. Bijvoorbeeld door speelplaatsen en hardloopcircuits aan te leggen. Ondanks deze ontwikkelingen is er volgens de experts nog veel winst te behalen op dit gebied, met name voor de inactieve doelgroep. Volgens de website [www.sportenbewegenincijfers.nl](http://www.sportenbewegenincijfers.nl) is de beweegvriendelijkheid van de omgeving in Nederland vrijwel vergelijkbaar voor de jaren 2015 en 2017. Eerdere cijfers zijn niet beschikbaar. De indicator zegt echter weinig over de mate van beweegvriendelijkheid van de omgeving. Het krijgt betekenis door het volgen van de kernindicator in de tijd en is interessant voor het vergelijken van bijvoorbeeld gemeentes. Uit onderzoek blijkt wel dat 86% van de Nederlanders van 12 jaar en ouder in 2018 tevreden was over het sport- en beweegaanbod bij hen in de buurt (129). Van alle Europese landen is de tevredenheid over sport- en beweegaanbod in Nederland het hoogst (130). Een beweegvriendelijke beweegomgeving is echter breder dan het sport- en beweegaanbod. Mogelijk is er dus nog wel winst te behalen met het aanpassen van de leefomgeving. Volgens de experts zou de maatschappij zo ingericht moeten worden dat bewegen de norm wordt.

## 6.5 Samenvatting, discussie en conclusies

Het percentage jongeren (12 t/m 17 jaar) dat voldoet aan de Beweegerichtlijnen is tussen 2006 en 2018 iets afgenomen, van 39% naar 34%. Het percentage volwassenen (18 t/m 64 jaar) dat voldoet aan de Beweegerichtlijnen is in deze periode langzaam gestegen van 46% naar 50%. Ook onder ouderen (65 jaar en ouder) is het percentage dat voldoet aan de Beweegerichtlijnen gestegen van 26% in 2006 naar 37% in 2018.

Tussen 2006 en 2018 zijn er 23 landelijke initiatieven om bewegen te stimuleren gestart, aangepast of afgerond. Hieronder vallen programma's, voorlichting over de aanbevolen mate van bewegen en maatschappelijke bewegingen. De initiatieven waren vooral op jongeren gericht en op het stimuleren van sporten.

Tabel 6.3 geeft een overzicht van de effectiviteit van de initiatieven volgens de literatuur en het effect dat het initiatief volgens de geraadpleegde experts heeft gehad op voldoen aan de Beweegerichtlijnen.

*Tabel 6.3 Effectiviteit van Nederlandse initiatieven die tussen 2006 en 2018 zijn gestart, gestopt of gewijzigd, volgens literatuur en experts.*

Initiatief	Effectiviteit uit de literatuur	Effect in NL volgens experts
<b>Sport en Bewegen in de Buurt</b>	Effect op bewegen	Effect op bewegen
- <b>Sportimpuls</b>	Onbekend	Onbekend
- <b>Buurtsportcoaches</b>	Effect op tussen-uitkomst(en)	Effect op bewegen
<b>Buurt, Onderwijs en Sport (BOS)-impuls</b>	Effect op bewegen	Effect op bewegen
<b>Verplichting bewegingsonderwijs</b>	Effect op tussen-uitkomst(en)	Effect op bewegen
<b>Gezonde School</b>	Effect op bewegen	Onbekend
- <b>#Jeugdimpuls 2012-2015</b>	Onbekend	Onbekend
<b>Campagne 30 minuten bewegen</b>	Onbekend	Effect op bewegen
<b>Meedoen alle jeugd door sport</b>	Effect op tussen-uitkomst	Onbekend
<b>Sportblessurepreventie</b>	Effect op tussen-uitkomst	Onbekend
<b>Nationaal Actieplan Sport en Bewegen</b>	Effect op tussen-uitkomst(en)	Onbekend
<b>Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl in en rondom de school (SBGL)</b>	Onbekend	Onbekend
<b>Impuls Brede Scholen, sport en cultuur</b>	Onbekend	Onbekend
<b>Grenzeloos Actief</b>	Onbekend	Onbekend
<b>www.allesoversport.nl</b>	Onbekend	Onbekend
<b>Agenda Fiets 2017-2020</b>	Onbekend	Onbekend
<b>Gezonde Kinderopvang</b>	Onbekend	Onbekend
<b>Gezonde Slagkracht</b>	Onbekend	Onbekend
<b>Alles is Gezondheid</b>	Onbekend	Onbekend

Uit de resultaten van het onderzoek zijn de volgende conclusies getrokken.

*BOS-impuls en Sport en Bewegen in de Buurt het meest effectief*  
De programma's Buurt, Onderwijs en Sport (BOS)-impuls en Sport en Bewegen in de Buurt en zijn het meest effectief. In de literatuur zijn effecten op bewegen gerapporteerd en ook de experts denken dat ze effect hebben. Onder andere omdat ze al meerdere jaren worden ingezet.

*Effect van beleid op de trend is lastig in te schatten*

De bijdrage van initiatieven aan de ontwikkeling van het percentage mensen dat voldoet aan de Beweegrichtlijnen in de periode 2006 t/m 2018 is achteraf niet vast te stellen. Er is weinig onderzoek naar de effectiviteit van de initiatieven beschikbaar. Mede daarom kunnen ook de geraadpleegde experts geen uitspraak doen over de bijdrage van de losse initiatieven. Daarnaast zijn de meeste gegevens over bewegen gebaseerd op zelfrapportage en geven daardoor mogelijk onvoldoende inzicht in het werkelijke beweeggedrag van mensen. Ook zijn (kleine) veranderingen in beweeggedrag over de tijd niet goed terug te zien als het voldoen aan de Beweegrichtlijnen als indicator wordt gebruikt. Een meer continue maat voor bewegen zou de veranderingen over tijd en mogelijk het effect van beleid inzichtelijker maken. Gebaseerd op de input van de geraadpleegde experts heeft het gevoerde beleid tussen 2006 en 2018 mogelijk wel gezorgd voor meer bewustwording over de noodzaak van voldoende bewegen.

*Initiatieven bereiken vooral actieve en hoger opgeleide doelgroepen*

Veel van de initiatieven slaan volgens experts vooral aan bij de al actieve en hoger opgeleide doelgroepen. Uit de pilotfase van Sport en Bewegen in de Buurt blijkt inderdaad dat de inactieve doelgroep niet bereikt werd. Door initiatieven meer te richten op het bevorderen van bewegen in het algemeen en minder op sporten zouden de minder actieven beter bereikt kunnen worden. De doelgroep kan ook beter bereikt worden als de doelgroep betrokken wordt bij het ontwikkelen van initiatieven.

*Continuïteit en integraal beleid van belang*

Voor een effect op beweeggedrag is het belangrijk om te zorgen voor continuïteit. Dit kan door programma's langdurig in te zetten. Bovengenoemde initiatieven BOS-impuls en Sport en Bewegen in de Buurt zijn goede voorbeelden van dergelijke langdurige programma's. Beweegbeleid dient integraal beleid te zijn met aandacht voor de lokale context. Beweeggedrag is afhankelijk van verschillende factoren, zoals individuele en sociale factoren en de fysieke omgeving. Het is daarom belangrijk om op deze verschillende factoren initiatieven te ontwikkelen waarbij verschillende sectoren en domeinen, zoals het sociaal domein, samenwerken. Volgens de experts is er nog veel winst te behalen op het gebied van de beweegvriendelijke omgeving, met name voor de inactieve doelgroep.



## 7 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid voor diabetes van 2006 t/m 2018

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag wat het effect is geweest van het preventief gezondheidsbeleid tussen 2006 en 2018 op de prevalentie van diabetes in deze periode. Dit hoofdstuk beschrijft eerst de ontwikkeling in het percentage mensen met diabetes door de jaren heen onder de Nederlandse bevolking. Vervolgens wordt beschreven wat op basis van internationale richtlijnen effectieve maatregelen zijn om diabetes tegen te gaan. Daarna volgt een beschrijving van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid voor diabetes, met een focus op de genoemde periode. Vervolgens wordt het effect van het Nederlandse beleid op het aantal mensen met diabetes beschreven aan de hand van: 1) literatuuronderzoek over de effectiviteit van de initiatieven en 2) een discussiesessie met experts op het gebied van preventie in het algemeen en diabetesbeleid in het bijzonder. Tot slot formuleren we op basis hiervan conclusies. In tegenstelling tot de speerpunten roken, alcohol en overgewicht, is er voor dit speerpunt geen internationale vergelijking gedaan. Een uitgebreide beschrijving van de methoden staat in hoofdstuk 2.

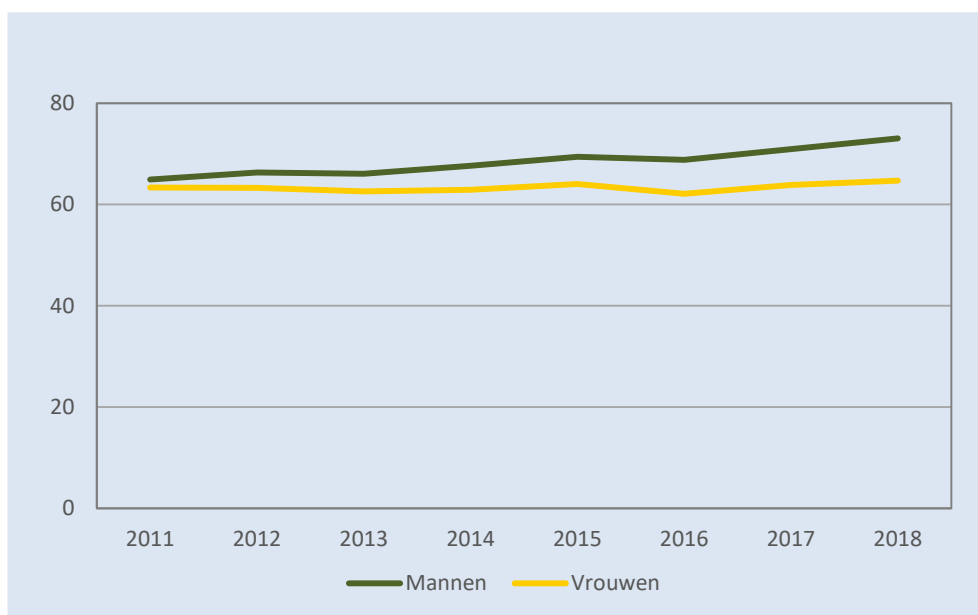
In dit hoofdstuk richten wij ons voornamelijk op diabetes type 2. Diabetes is een complexe aandoening die beïnvloed wordt door meerdere factoren. Het aanpakken van overgewicht en onvoldoende beweging kan diabetes voorkomen. Het preventief gezondheidsbeleid dat zich richt op overgewicht en bewegen wordt in aparte hoofdstukken behandeld (zie hoofdstuk 5 en 6).

### 7.1 Ontwikkeling in het aantal personen met diabetes

Hieronder wordt voor ieder jaar in de periode 2011 t/m 2018 het aantal personen dat met diabetes bekend is bij de huisartsenpraktijk weergegeven (prevalentie). Ook wordt het aantal nieuwe diagnoses van diabetes gepresenteerd (incidentie). Dit betreft zowel diabetes type 1 als type 2. Ongeveer 90% van de bij de huisarts geregistreeerde diabetespatiënten heeft diabetes type 2 (131). De cijfers worden uitgesplitst naar geslacht.

#### 7.1.1 *Aantal patiënten met diabetes licht gestegen*

Tussen 2011 en 2018 steeg het totaal aantal mensen met diabetes mellitus dat bekend was bij de huisarts (prevalentie) licht, voor zowel mannen als vrouwen (zie Figuur 7.1). In 2011 waren er iets meer dan 1 miljoen mannen en vrouwen met diabetes bekend bij de huisarts. In 2018 was dit aantal toegenomen tot bijna 1,2 miljoen. De stijging is iets sterker bij mannen dan bij vrouwen. Zo is het aantal mannen dat met diabetes bekend was bij de huisarts gestegen van 536.500 in 2011 naar 624.900 in 2018 (van 64,9 naar 73,1 per 1000 mannen). Onder vrouwen stegen de cijfers van 534.200 in 2011 naar 561.500 in 2018 (van 63,4 naar 64,7 per 1000 vrouwen). Deze stijgingen zijn met name toe te schrijven aan de vergrijzing van de populatie. Waarschijnlijk liggen de werkelijke aantallen hoger omdat niet-opgespoorde gevallen niet worden meegerekend (132).

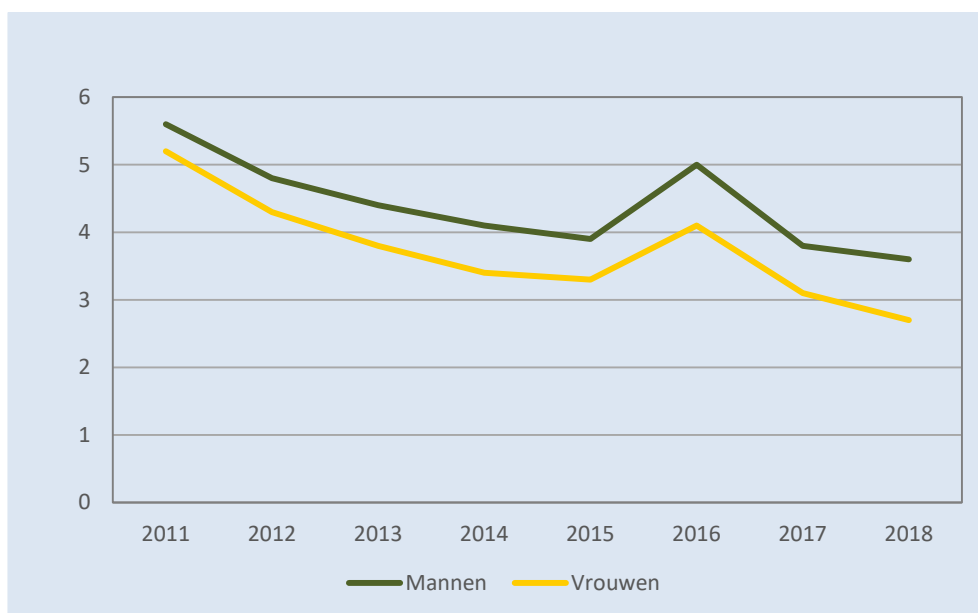


Figuur 7.1 Aantal mensen met diabetes in de huisartsenpraktijk per 1000 personen (jaarprevalentie) uitgesplitst naar geslacht in de jaren 2011 t/m 2018. Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn, bewerkt door het RIVM.

Vóór 2011, in de periode 1991 tot 2010, is het aantal mensen met diabetes dat bekend was bij de huisarts sterker toegenomen, ook als gecorrigeerd wordt voor veranderingen in de omvang en leeftijdsopbouw van de bevolking. Dit had waarschijnlijk te maken met een toename in screening. Het aantal mannen met diabetes is meer dan verdubbeld en het aantal vrouwen met diabetes is in deze periode met ongeveer 50% gestegen. De stijging was het sterkst tussen 2000 en 2005. Deze cijfers zijn niet afkomstig uit de Nivel Zorgregistraties eerste lijn, maar uit een andere huisartsenregistratie (FaMe-net en RNH-Limburg) (133).

#### 7.1.2 Aantal nieuwe gevallen van diabetes gedaald

In de periode 2011 t/m 2018 is het jaarlijks aantal door de huisarts *nieuw* gediagnosticeerde gevallen van diabetes gedaald (zie Figuur 7.2). Bij mannen was de daling iets minder groot (41%) dan bij vrouwen (51%). Deze cijfers zijn gecorrigeerd voor veranderingen in de omvang en leeftijdsopbouw van de bevolking. Ook het ongecorrigeerde totale aantal nieuw gediagnosticeerde gevallen van diabetes is afgenomen. Voor mannen nam dit aantal af van 46.200 in 2011 naar 30.400 in 2018. Dit komt overeen met een daling van 5,6 per 100 naar 3,6 per 1000 personen. Voor vrouwen is het aantal afgenomen van 43.600 (5,2 per 1000 personen) naar 23.100 (2,7 per 1000 personen). Er is geen verklaring gevonden voor de piek in 2016 (132).



Figuur 7.2 Aantal nieuwe gevallen van diabetes in de huisartsenpraktijk per 1000 personen in de jaren 2011 t/m 2018.

Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn, bewerkt door het RIVM.

## 7.2 Effectief diabetesbeleid volgens internationale richtlijnen

Diabetes type 2 is voor een groot deel te voorkomen (134). In de afgelopen decennia is er daarom op zowel nationaal als internationaal niveau steeds meer aandacht gekomen voor de preventie van diabetes. Een groot deel van de maatregelen om diabetes te voorkomen is gericht op onderliggende risicofactoren, zoals overgewicht en obesitas, een gebrek aan lichamelijke activiteit, een ongezond voedingspatroon. Om deze risicofactoren aan te pakken is een combinatie van wet- en regelgeving, financiële maatregelen, veranderingen in de leefomgeving, het creëren van bewustzijn voor gezondheidsrisico's en het promoten van een gezonde leefstijl het meest effectief (134, 135). Van dergelijke beleidsinitiatieven wordt verwacht dat mensen hun gedrag aanpassen, waardoor ze niet of pas later in het leven diabetes ontwikkelen (134).

Eet- en bewegsgewoonten worden vroeg in het leven ontwikkeld en ook de langetermijnregulatie van de energiebalans wordt dan gevormd. Daarom is het belangrijk gedurende de hele levensloop aandacht te hebben voor de preventie van diabetes, ook al is het een aandoening die vaak pas op latere leeftijd ontstaat (136). De vroege kinderjaren zijn dan ook een belangrijk moment voor interventies om het risico op obesitas en diabetes type 2 op latere leeftijd te verminderen (134).

Er zijn bij ons geen adviezen bekend van internationale instanties, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, waarin beschreven staat welke maatregelen genomen zouden moeten worden specifiek voor diabetespreventie. Een artikel van Timpel et al. (136) geeft aanbevelingen aan overheden voor de preventie van diabetes (zie Tekstbox 7.1). Deze zijn ook gericht op voeding en bewegen. Leefstijlinterventies op het gebied van voeding en bewegen blijken effectiever te zijn dan medicatie bij mensen met een verminderde gevoeligheid voor glucose, een voorstadium van diabetes.

*Tekstbox 7.1 Aanbevelingen voor diabetespreventie aan overheden (136).*

1. Strategieën die verband houden met voeding en lichamelijke activiteit:
  - verbeterde transparantie en duidelijke voedsetikettering;
  - overheidsprogramma's om de aankoop van groente en fruit te stimuleren.
2. Gezondheidsbevorderende boodschappen:
  - gebruik visuele boodschappen om bewustzijn te vergroten.
3. Samenwerking met voedselproducenten om gezond eten te stimuleren:
  - verhoogde accijnzen op ongezonde producten;
  - investeer de opbrengsten van de accijnzen in lokale infrastructuur die beweging stimuleert, zoals speeltuinen.

**7.3 Het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid voor diabetes**

In deze paragraaf wordt het Nederlandse beleid voor de preventie van diabetes van vóór 2006 beschreven. Dit om een beeld te geven van het beleid dat al gevoerd werd. Daarna worden initiatieven beschreven die in de periode 2006 t/m 2018 zijn gestart, aangepast of afgerond. Het gaat om initiatieven van de Rijksoverheid, landelijke thema-instituten en gezondheidsfondsen die gericht zijn op preventie van diabetes. Het RIVM heeft deze initiatieven in 2018 geïnventariseerd<sup>27</sup>. In de rapportage [Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld](#) staan ze uitgebreider beschreven.

**7.3.1 *Het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid gericht op diabetes vóór 2006***

In de jaren negentig van de vorige eeuw en de beginjaren van deze eeuw was er in Nederland al veel aandacht voor de preventie van diabetes. Dit had te maken met de sterke stijging van het aantal diabetesgevallen en bijbehorende zorgkosten tussen 1990 en 2000. Door de vergrijzing en toename in ongezonde leefgewoonten werd verwacht dat steeds meer mensen te maken zouden krijgen met chronische ziekten, waaronder diabetes. Dit vergrootte de noodzaak om mensen gezonder te laten leven. Daarom werd diabetes in 2003 één van de speerpunten voor het preventief gezondheidsbeleid (4).

Het doel van het beleid was vooral het aantal mensen jonger dan 55 jaar met diabetes type 2 omlaag te brengen. Dit moest worden bereikt door gezonde voeding, meer bewegen, niet roken en matig alcoholgebruik. Het kabinet heeft ervoor gekozen om samen met gemeenten, scholen, sociale partners, zorgverleners en zorgverzekeraars in te zetten op een aanpak die mensen in de praktijk ook echt bereikt: thuis, op school, op het werk, in de wijk etc. Het kon echter niet achterhaald worden welke concrete acties hier voor 2006 al uit voortkwamen.

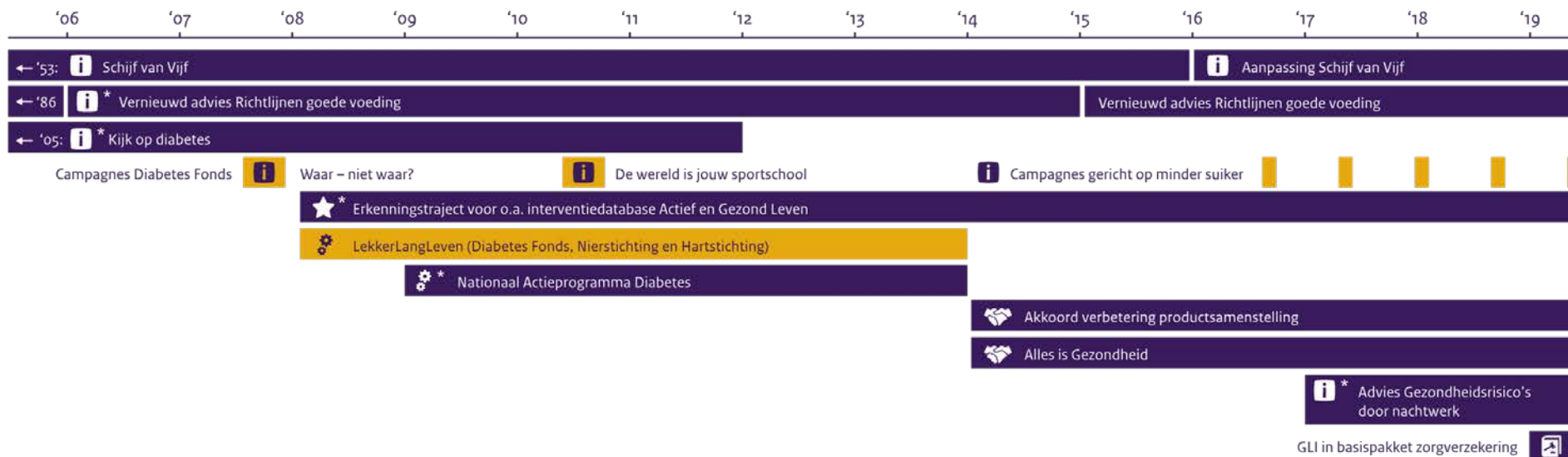
<sup>27</sup> Ondanks een uitgebreide search in literatuur en via internet, gevolgd door een consultatie met enkele experts om te controleren of het overzicht compleet was, kan het zijn dat sommige initiatieven gemist zijn.

### 7.3.2 *Het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid voor diabetes 2006 t/m 2018*

Tussen 2006 en 2018 zijn in Nederland 13 landelijke initiatieven om diabetes te voorkomen door de Rijksoverheid of door een van de geselecteerde landelijk opererende organisaties gestart, aangepast of afgerond. Er zijn alleen initiatieven ter preventie van diabetes type 2 meegenomen en niet de initiatieven voor bewegen en overgewicht. Een groot deel van de initiatieven gericht op diabetes betreft zorg aan mensen die al diabetes hebben. Deze zijn in deze inventarisatie buiten beschouwing gelaten. Figuur 7.3 toont een overzicht van de in kaart gebrachte initiatieven.<sup>28</sup> De meeste initiatieven bevinden zich laag op de interventieladder vanwege hun informatieve karakter (5). Hoe ingrijpender een initiatief is, hoe minder vrijblijvend voor de burger (en hoe hoger op de interventieladder) (22). In ruim de helft van de gevallen gaat het om voorlichting over de risico's van diabetes en adviezen voor een gezonde leefstijl, voornamelijk gericht op de burger. De overige initiatieven betreffen programma's gericht op vroegopsporing bij hoogrisicogroepen, en maatschappelijke bewegingen, waarbij verschillende partijen zich gezamenlijk richten op preventie van overgewicht en diabetes. Van de landelijke initiatieven is de helft (mede) gericht op de zorgsetting. Een omschrijving van de initiatieven is te vinden in Bijlage 6.

Enkele initiatieven uit Figuur 7.3 worden in deze rapportage buiten beschouwing gelaten. Zo is de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) pas in januari 2019 in het basispakket van de zorgverzekering opgenomen. Ook is het advies Gezondheidsrisico's door nachtwerk van de Gezondheidsraad uit 2017, dat bedoeld was om de overheid steun te bieden bij het ontwikkelen van beleid, niet verder beschreven. Voor zover wij weten zijn er sinds dit advies nog geen concrete beleidsinitiatieven op landelijk niveau ontwikkeld. Het Erkenningstraject interventies is buiten beschouwing gelaten, omdat dit initiatief zich niet direct op diabetes richt, maar vooral bedoeld is om in algemene zin preventief gezondheidsbeleid goed op te zetten. Hierdoor is het effect op het terugdringen van diabetes in de periode 2006 t/m 2018 niet vast te stellen.

<sup>28</sup> Dit figuur komt uit de rapportage 'Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld' van het RIVM (5).



**Legenda**

- Wet- en regelgeving
- Programma
- Maatschappelijke beweging
- Voorlichting
- Overig
- Rijksoverheidsinitiatieven
- Niet-Rijksoverheidsinitiatieven

\* (mede) gericht op de professional

*Figuur 7.3 Tijdlijn van initiatieven om diabetes terug te dringen binnen het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid in de periode 2006 t/m 2018.*

## 7.4 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid op diabetes

Er zijn twee methoden gebruikt om het effect in kaart te brengen van de initiatieven die zijn uitgevoerd tussen 2006 en 2018 op de ontwikkeling van het aantal mensen met diabetes in die periode. Ten eerste is per initiatief gekeken naar wat er in de (wetenschappelijke) literatuur bekend is over de effectiviteit. Als tweede is met experts op het gebied van diabetes, diabetespreventie en preventie in het algemeen besproken wat volgens hen het effect is geweest van de initiatieven op het percentage mensen met diabetes in de periode 2006 t/m 2018.

### 7.4.1 *Effectiviteit uit de literatuur*

Voor geen van de initiatieven is concrete informatie gevonden over het effect op het aantal mensen met diabetes. Daarom wordt hier vooral informatie over het effect van de initiatieven op tussenuitkomsten gerapporteerd, zoals een toename van kennis of een verandering van het voedingspatroon. Uitgebreide informatie over de effectiviteit van de initiatieven staat beschreven in Bijlage 6.

#### *Initiatieven met effect op tussenuitkomsten*

Voor een aantal initiatieven zijn effecten op tussenuitkomsten bekend. Uit een impactschatting van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling (AVP) in 2018 blijkt dat met de afspraken in het akkoord kleine stappen worden gezet om de dagelijkse inname van suiker te verlagen, wat een gunstig effect kán hebben op het voorkómen van diabetes (99). Daarnaast blijkt uit de evaluatie van de campagne Kijk op diabetes dat een kwart van de mensen die met de campagne was bereikt aangaf meer kennis te hebben gekregen over diabetes en hoe dit te voorkomen. Ook had een derde een duidelijker beeld gekregen over hun eigen risico op diabetes en was een kwart beter gaan letten op hun eigen voedingspatroon. Vijf procent heeft naar aanleiding van de campagne contact opgenomen met de huisarts (137). Uit onderzoek naar het programma LekkerLangLeven blijkt dat deelnemers meer zijn gaan bewegen. Ook vonden ze het belangrijker om gezond te eten en verbeterde hun kwaliteit van leven. Mensen met een lage sociaaleconomische status en/of een migratieachtergrond werden echter niet goed bereikt (138). Als ze meededen maakten ze vaak het programma niet af.

#### *Initiatieven waarvan de effectiviteit onbekend is*

Voor de overige initiatieven zijn de effecten onbekend. Voor een aantal daarvan zijn wel (proces)evaluaties gedaan (zie Bijlage 6). Deze verschaffen bijvoorbeeld informatie over het bereik, de uitbreiding van bestaande activiteiten of een toename in nieuwe activiteiten, maar geven geen inzicht in effecten op diabetes of gerelateerde tussenuitkomsten.

### 7.4.2 *Effect op het percentage mensen met diabetes volgens experts*

Een tweede methode die gebruikt is om inzicht te krijgen in het effect van het gevoerde beleid, was een discussiesessie met in totaal elf experts op het gebied van diabetesbeleid en preventie. Deze experts doen onderzoek naar diabetes of werken met de thema's diabetes, preventie en de aanpak van diabetes bij verschillende universiteiten, universitair medische centra, kennis- en thema-instituten en hogescholen.

*Experts zien geen bewijs voor effect van initiatieven*

De prevalentie van diabetes is in de periode 2011 t/m 2018<sup>29</sup> licht gestegen, waarschijnlijk door de vergrijzing. Daarnaast is de incidentie afgenomen, terwijl het aantal ouderen én de prevalentie van overgewicht zijn toegenomen. Theoretisch gezien zou men verwachten dat de incidentie dan zou stijgen. Volgens enkele van de experts zouden de initiatieven, of andere ontwikkelingen, dus een gunstig effect moeten hebben gehad. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs voor een dergelijke conclusie, omdat er nauwelijks informatie is over de effectiviteit van de initiatieven. Hierdoor konden de experts geen uitspraken doen over de bijdrage die de initiatieven hebben geleverd aan de veranderingen in de prevalentie en/of incidentie van diabetes in die periode.

*Meer aandacht voor screening zeggen experts*

Volgens de experts is er dankzij de NHG-standaard uit 1998 meer aandacht gekomen voor het opsporen van mensen met diabetes (screening). Huisartsen kregen het advies om mensen te gaan screenen in hoogrisicogroepen, zoals personen met cardio-metabole klachten, wat doorgaans goed werd opgepakt. Het lijkt erop dat na dit advies het percentage niet-gediagnostiseerde patiënten daalde, maar het is onduidelijk of dat nog steeds het geval is. Zowel patiënten als professionals zijn zich wel meer bewust geworden van diabetes, de risicofactoren ervoor en de gevolgen ervan.

*Experts meest positief over twee initiatieven*

Van de besproken initiatieven waren de experts het meest positief over het Akkoord Verbetering Productsamenstelling en de Richtlijnen goede voeding. Zij merkten op dat het Akkoord Verbetering Productsamenstelling zich als enige initiatief richt op de voedsel- en leefomgeving. Het gezonder maken van deze omgeving is volgens hen belangrijk voor het terugdringen van diabetes. Desondanks is het effect in de onderzochte periode volgens de experts waarschijnlijk nihil geweest, omdat zij het akkoord in de huidige vorm te beperkt en vrijblijvend vinden. Over de Richtlijnen goede voeding werd opgemerkt dat deze bekendheid hebben en redelijk goed verankerd zijn in de maatschappij.

*Experts zien meer bewustwording over diabetes*

De initiatieven lijken volgens experts te hebben gezorgd voor meer bewustwording over diabetes. De toegenomen aandacht voor gezonde voeding en leefstijl heeft hierbij een rol gespeeld. Experts noemden ook 'keer diabetes om', een project dat in 2015 is gelanceerd, met als doel het omkeren van diabetes type 2 door middel van leefstijlinterventies. Dit project heeft volgens hen ook bijgedragen aan meer bewustwording over gezonde leefstijl. Dit initiatief is voor deze rapportage buiten beschouwing gelaten omdat het primair is bedoeld voor behandeling in plaats van preventie en niet geïnitieerd of mede gefinancierd is door de overheid. Overige ontwikkelingen die volgens de experts mogelijk de prevalentie van diabetes in de afgelopen 15 jaar hebben beïnvloed staan in Tekstbox 7.2.

<sup>29</sup> Voor diabetes zijn er geen vergelijkbare cijfers beschikbaar voor de periode 2006 t/m 2010.



*Tekstbox 7.2 Ontwikkelingen die de prevalentie van diabetes in de afgelopen vijftien jaar positief en/of negatief beïnvloed hebben, met voorbeelden.*

Aandacht voor preventie:

- preventie stond een tijd minder op de politieke agenda; (-)
- ontstaan eerstelijns ketenzorg met structurele aandacht voor preventie. (+)

Bewustwording:

- toegenomen bewustzijn van gezonde voeding dankzij voedingslabels; (+)
- focus op gezonde leefstijl (voeding en beweging). (+)

Technologische ontwikkelingen:

- gebruik van technologie om activiteiten bij te houden. (+)

Lage gezondheidsvaardigheden:

- manier van informatie aanbieden meer afgestemd op mensen met lage gezondheidsvaardigheden. (?)

Maatschappelijke ontwikkelingen:

- toename van stress, werkdruk, prestatiecultuur. (-)

Demografische ontwikkelingen:

- vergrijzing; (-)
- toename bepaalde etnische groepen met een verhoogd risico op diabetes. (-)

Voeding:

- meer bewerkte gemakproducten met suiker, zout en vet; (-)
- afname van de consumptie van vezels, groente en fruit. (-)

Veranderingen in leefstijl en gerelateerde aandoeningen:

- beweegadviezen werden matig opgevolgd; (-)
- stijgende prevalentie overgewicht en obesitas. (-)

Screening\*:

- NHG-standaard met periodieke bepaling van glucose; (+)
- meer screening op diabetes. (+)

(-) negatieve invloed op de prevalentie (leidend tot een stijging)

(+) positieve invloed op de prevalentie (leidend tot een daling)

(?) effect op prevalentie en/of registratiecijfers onbekend

\* Screening heeft vooral invloed gehad op de registratie van mensen met diabetes.

*Experts vinden campagnes een druppel op de gloeiende plaat*

Campagnes hebben volgens de experts weinig bijgedragen aan het terugdringen van diabetes. Veel van de campagnes spreken individuen aan op hun gedrag en verantwoordelijkheid. Volgens de experts werkt dit niet en komen de boodschappen van campagnes het minst terecht bij de mensen die ze het meest nodig hebben, zoals mensen met een lage sociaaleconomische positie en/of lage gezondheidsvaardigheden. Daarnaast zijn campagnes vaak van korte duur. Hoewel campagnes als op zichzelf staande initiatieven dus niet zo zinvol lijken, zijn de experts wel van mening dat ze nodig zijn om draagvlak te creëren voor overheidsmaatregelen.

*Mensen met lage SES nog weinig bereikt volgens experts*

Het valt de experts op dat de verschillen in het aantal mensen met diabetes tussen hoog- en laagopgeleiden groot zijn. In Bijlage 9 zijn cijfers te vinden over de ontwikkeling van diabetes per opleidingsniveau. Deze verschillen zijn over de tijd ook niet kleiner geworden. Dit komt volgens de experts omdat het opsporen van diabetes bij mensen met een lage SES en obesitas een grote uitdaging is. Mogelijk heeft de groep

met lage SES veel andere problemen, waardoor diabetes bij hen minder prioriteit krijgt en zij niet voor klachten die met diabetes te maken hebben bij de huisarts komen. Ook worden mensen met lage gezondheidsvaardigheden volgens de experts nog gemist, in zowel onderzoek als campagnes. Dit gaat om een derde deel van onze samenleving.

#### *Voorwaarden voor groter effect van het beleid volgens experts*

Het beleid had volgens de experts meer effect kunnen hebben als er meer was ingezet op de voedsel- en leefomgeving, de rol van de eerstelijns zorgverlener en een integrale benadering.

#### Focus op voedsel- en leefomgeving

Om diabetes echt aan te pakken, moet het beleid volgens experts meer gericht worden op de voedsel- en leefomgeving. Hieronder worden maatregelen verstaan die het makkelijker maken om gezonde keuzes te maken, zoals een groter aanbod van gezonde producten of een andere inrichting van supermarkten en bedrijfsrestaurants. Een geheel aan initiatieven dat enkel het individu aanspreekt op zijn of haar gedrag en zich niet richt op de leefomgeving worden door experts als zwak gezien. Er wordt maatschappelijk gezien veel waarde gehecht aan het maken van eigen keuzes, maar een groot deel van de bevolking kan dat niet goed, aldus de experts. Mensen vallen ook snel terug in hun oude (ongezonde) gedragspatronen.

#### Rol van de eerstelijns zorgverlener

Volgens experts zijn er in de eerste lijn verschillende aanknopingspunten voor preventie. Niet alleen de arts, maar ook de leefstijlcoach, de diëtist en de fysiotherapeut hebben een rol hierin. Er werd aangegeven dat mensen bereid zijn hun gedrag aan te passen als een initiatief kleinschalig wordt aangeboden via de zorgverlener. De boodschap dat overgewicht ziekmakend is, veel zorggeld kost en de levensduur verkort mag daarbij sterker naar buiten worden gebracht dan nu gedaan wordt. Uit onderzoek blijkt dat een persoonsgericht gesprek met behulp van de gesprekstijl 'motivational interviewing' kan aanzetten tot gedragsverandering. Dit wordt nog weinig gedaan en niet elke professional is hier goed in, onder andere omdat het leren van deze techniek nog niet structureel is opgenomen in het onderwijs van zorgprofessionals.

Ook de financiering van de zorg is volgens de experts nog niet goed toegerust op preventie. Het huidige systeem beloont een zorgverlener financieel voor de behandeling van iemand die ziek is. Er zijn nog onvoldoende financiële prikkels voor preventie. Er blijkt binnen het huidige systeem al wel veel mogelijk qua declareren, maar die zijn nog niet breed bekend onder professionals. Volgens de experts kan dat beter gecommuniceerd worden, bijvoorbeeld in het onderwijs.

#### Integrale benadering en continuïteit

Volgens de experts is integraal beleid en een lange adem belangrijk bij het terugdringen van diabetes. Integraal beleid houdt in dat er wordt ingezet op verschillende risicofactoren (multifactorieel) en verschillende sectoren (multisectorieel). Een voorbeeld dat hierbij werd genoemd is een wijkgerichte aanpak, waarbij buurtsportcoaches en huisartsen samenwerken. Als dit nu al wordt gedaan, is het volgens de experts

vaak versnipperd. Bij een integrale benadering is het ook belangrijk aandacht te hebben voor factoren die indirect het risico op diabetes vergroten, zoals schulden en stress.

De politiek is vaak op de korte termijn gericht en dat kan volgens de experts gevolgen hebben voor de continuïteit van het preventief gezondheidsbeleid. Zodra afspraken in wet- en regelgeving worden vastgelegd, worden ze automatisch aan volgende regeringen en beleidsmakers overgedragen. Dit kan ervoor zorgen dat de continuïteit in het beleid beter gewaarborgd is.

## 7.5 Samenvatting, discussie en conclusies

Van 2011 tot 2018 is het *totaal* aantal mensen dat bekend is bij de huisarts met diabetes licht gestegen (van 63,4/1000 vrouwen in 2011 naar 64,7/1000 vrouwen in 2018, en van 64,9/1000 mannen in 2011 naar 73,1/1000 mannen in 2018). Deze stijging kan worden verklaard door veranderingen in de omvang en leeftijdsopbouw van de bevolking. Er zijn wel ieder jaar minder *nieuwe* gevallen van diabetes door de huisarts gediagnosticeerd. Bij mannen was de daling in het aantal nieuwe gevallen van diabetes tussen 2011 en 2018 iets minder groot (41%) dan bij vrouwen (51%).

Tussen 2006 en 2018 zijn er 13 landelijke initiatieven om diabetes tegen te gaan begonnen, aangepast of afgerond. In ruim de helft van de gevallen gaat het om voorlichting over de risico's van diabetes en adviezen voor een gezonde leefstijl, voornamelijk gericht op de burger. Tabel 7.1 geeft een overzicht van de effectiviteit van deze initiatieven volgens de literatuur en de effecten op de ontwikkeling in het aantal mensen met diabetes volgens de experts. Voor geen van de initiatieven is de effectiviteit op (het aantal mensen met) diabetes beschreven. Mede daardoor konden de experts het effect op het aantal mensen met diabetes niet inschatten.

*Tabel 7.1 Effectiviteit van Nederlandse initiatieven om diabetes te voorkomen die tussen 2006 en 2018 zijn gestart, aangepast of afgerond, volgens literatuur en experts.*

Initiatief	Effectiviteit uit de literatuur	Effect in NL volgens experts
<b>Akkoord Verbetering Productsamenstelling</b>	Effect op tussenuitkomst(en)	Onbekend
<b>Kijk op Diabetes</b>	Effect op tussenuitkomst(en)	Onbekend
<b>LekkerLangLeven</b>	Effect op tussenuitkomst(en)	Onbekend
<b>Nationaal Actieprogramma Diabetes</b>	Onbekend	Onbekend
<b>Advies Richtlijnen goede voeding en de Schijf van Vijf</b>	Onbekend	Onbekend
<b>Campagnes Diabetes Fonds</b>	Onbekend	Onbekend
<b>Alles is Gezondheid</b>	Onbekend	Onbekend

Uit de resultaten van het onderzoek zijn de volgende conclusies getrokken.

*Effect van het preventief gezondheidsbeleid voor diabetes onbekend*

Uit de literatuurstudie en discussiesessie met experts blijkt dat het vrijwel onbekend is wat de effecten van de initiatieven zijn geweest op het aantal mensen met diabetes. Op basis van de stijgende cijfers voor overgewicht en obesitas en de vergrijzende bevolking zou een stijging van het gevallen van diabetes kunnen worden verwacht. Veranderingen in de leeftijdsopbouw en omvang van de bevolking verklaren wel de stijging in het totaal aantal mensen met diabetes. Tussen 2006 en 2018 daalde echter het aantal nieuwe gediagnosticeerde gevallen van diabetes. Dit is ook het geval in veel andere westerse landen (139). Omdat gedegen onderzoek naar de effectiviteit van de initiatieven ontbreekt, kan er niet geconcludeerd worden dat dit door de initiatieven komt, maar het kan ook niet worden uitgesloten. Het lijkt er overigens wel op dat mensen zich door de initiatieven bewuster zijn geworden van diabetes en hoe ze het kunnen voorkomen.

*Campagnes weinig bijgedragen*

Campagnes kunnen zinvol zijn om draagvlak te creëren voor overheidsmaatregelen. Het lijkt er echter op dat campagnes gericht op de preventie van diabetes relatief weinig hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van het aantal mensen met diabetes in de periode 2006 t/m 2018. Dit komt omdat ze vaak van korte duur waren en vooral individuen aanspraken op het maken van de gezonde keuzes. Tevens gaven de experts aan dat groepen die de informatie/boodschap het meest nodig hebben, zoals mensen met een lage sociaaleconomische status of lage gezondheidsvaardigheden, het minst worden bereikt met campagnes. In de literatuur worden hiervoor echter tegenstrijdige resultaten gevonden (140). Door meer in te zetten op het bereiken van deze groepen, hadden positievere veranderingen behaald kunnen worden volgens de experts. Mensen met een lage sociaaleconomische status of lage gezondheidsvaardigheden kunnen beter worden aangesproken door informatie op een duidelijke en overzichtelijke manier aan te bieden, bijvoorbeeld in gesproken animaties (141, 142).

*Initiatieven waren te veel op voorlichting gericht*

De initiatieven die tussen 2006 en 2018 zijn begonnen, aangepast of afgerond bestonden voornamelijk uit voorlichting over de risico's van diabetes en adviezen over een gezonde leefstijl. Een beleidsfocus die vooral gericht is op de eigen verantwoordelijkheid van mensen lijkt onvoldoende te werken bij diabetespreventie. Voor het terugdringen van diabetes had een grotere variëteit aan maatregelen gebruikt kunnen worden. Om diabetes (en de vaak onderliggende oorzaken in bewegen en overgewicht) aan te pakken kan de voedsel- en leefomgeving gezonder gemaakt worden. Wet- en regelgeving kan hierbij helpen. Uit de inventarisatie van initiatieven blijkt dat dergelijke afspraken er in de periode 2006 t/m 2018 nauwelijks waren. De overheid kan daarin dus een actievere en meer beschermende rol innemen.

*Zorgverlener kan nog beter worden betrokken bij preventie*

In de meeste geïnventariseerde initiatieven hebben de eerstelijns zorgverleners (zoals huisarts, praktijkondersteuner, diëtist en

fysiotherapeut) nog geen rol. Dit was alleen het geval in het Nationaal Actieprogramma Diabetes. Dit initiatief was echter voornamelijk gericht op het structureel invoeren en toepassen van de NDF-zorgstandaard als leidraad voor diabeteszorg. Dit betreft dus vooral de behandeling van patiënten met diabetes en niet primair diabetespreventie. Eerstelijns zorgprofessional kunnen echter een duidelijke rol spelen in de preventie van diabetes. Het gesprek in de spreekkamer zou op zo'n manier moeten worden gevoerd dat het stimuleert tot gedragsverandering (143). Hiervoor leken tussen 2006 en 2018 nog te weinig middelen te zijn en werden professionals nog onvoldoende opgeleid. Zorgverleners hebben sinds de invoering van de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) een belangrijkere rol gekregen. De GLI is echter pas in 2019 ingevoerd en kan dus geen effect hebben gehad op de cijfers in de jaren daarvoor.



## 8 Effect van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid voor depressie van 2006 t/m 2018

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag wat het effect is geweest van het preventief gezondheidsbeleid tussen 2006 en 2018 op het aantal mensen met een depressie in die periode. Een definitie van depressie wordt gegeven in Tekstbox 8.1. Dit hoofdstuk beschrijft eerst de ontwikkeling in het aantal volwassenen dat door de jaren heen bij de huisarts bekend is met een stemmingsstoornis.<sup>30</sup> Vervolgens wordt beschreven wat volgens internationale richtlijnen wordt gezien als effectief beleid om depressie tegen te gaan. Daarna volgt een beschrijving van het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid gericht op depressie, met een focus op de genoemde periode. Vervolgens wordt het effect van het Nederlandse beleid op het aantal mensen met depressie beschreven aan de hand van: 1) literatuuronderzoek over de effectiviteit van diverse initiatieven en 2) een discussiesessie met experts op het gebied van depressiebeleid en -preventie. Tot slot formuleren we op basis hiervan conclusies. In tegenstelling tot de speerpunten roken, alcohol en overgewicht, is er voor dit speerpunt geen internationale vergelijking gedaan. Een uitgebreide beschrijving van de methoden staat in hoofdstuk 2.

### *Tekstbox 8.1 Definitie van depressie (146).*

Minstens vijf van de volgende symptomen zijn minstens twee weken aaneengesloten aanwezig geweest en wijken af van eerder functioneren; ze zijn gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag aanwezig; minstens één van de symptomen is een sombere stemming of verlies van interesse of plezier:

1. sombere stemming;
2. verlies van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten;
3. significant gewichtsverlies zonder dieet, gewichtstoename of duidelijk afgenomen of toegenomen eetlust;
4. slaapproblemen;
5. psychomotorische traagheid of juist opwindend;
6. vermoeidheid of verlies van energie;
7. gevoelens van waardeloosheid of extreme/onterechte schuld;
8. verminderd denkvermogen, concentratie, of besluiteloosheid;
9. preoccupatie met de dood, bijvoorbeeld suïcidegedachten.

Daarnaast veroorzaken de symptomen sterk lijden of beperkingen in belangrijke gebieden van functioneren, kunnen de symptomen niet worden toegeschreven aan een middel, somatische aandoening of een psychotische stoornis. Als laatste heeft er zich nooit een manie of hypomanie voorgedaan.

In dit hoofdstuk richten wij ons voornamelijk op depressie en stemmingsstoornissen. Depressie is een complexe aandoening die beïnvloed wordt door meerdere factoren. Het aanpakken van

<sup>30</sup> De indicator gebruikt voor het beschrijven van de trends in dit hoofdstuk is 'aantal mensen met stemmingsstoornissen per 1000 personen'.

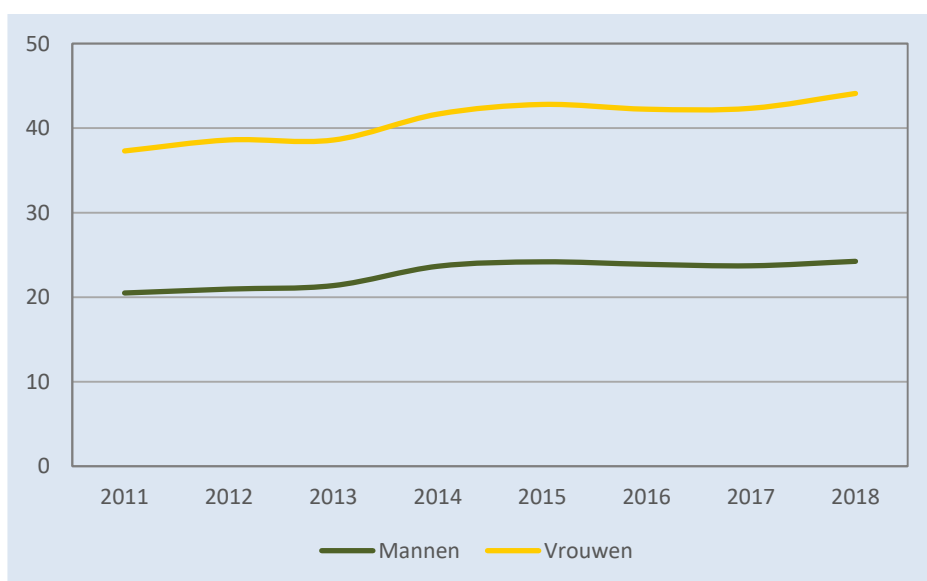
onvoldoende beweging kan depressie voorkomen (144, 145). Het preventief gezondheidsbeleid dat zich richt op bewegen wordt in een apart hoofdstuk behandeld (zie hoofdstuk 6).

## 8.1 Ontwikkeling in stemmingsstoornissen

Omdat er toen dit deel van het onderzoek werd uitgevoerd nog geen gegevens beschikbaar waren over de ontwikkeling in het aantal mensen met een depressie over de tijd, wordt hieronder het aantal mensen met stemmingsstoornissen beschreven. Bij ongeveer 90% van de mensen met een stemmingsstoornis is sprake van een depressie (147). De gegevens over het aantal mensen dat bij de huisarts bekend is met stemmingsstoornissen zijn beschikbaar vanaf 2011. Meer recent zijn er ook gegevens over depressie beschikbaar gekomen, wat we helaas niet hebben kunnen meenemen in dit onderzoek (148).

### 8.1.1 *Stemmingsstoornissen naar geslacht*

Het aantal mensen (onder de gehele bevolking) dat met een stemmingsstoornis bij de huisarts geregistreerd staat (prevalentie), is gestegen van 483.700 in 2011 naar 590.100 in 2018. Dit komt overeen met een stijging van 29,0 naar 34,2 mensen met een stemmingsstoornis per 1000 personen. De stijging is vergelijkbaar voor mannen en vrouwen (zie Figuur 8.1). Wel komen stemmingsstoornissen (bekend bij de huisarts) over de hele periode vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Zo is het aantal vrouwen dat met een stemmingsstoornis bekend was bij de huisarts gestegen van 314.400 in 2011 naar 382.700 in 2018 (van 37,3 naar 44,1 per 1000 vrouwen). Onder mannen stegen de cijfers van 169.300 in 2011 naar 207.400 in 2018 (van 20,5 naar 24,2 per 1000 mannen). Dit verschil tussen mannen en vrouwen is deels toe te schrijven aan verschillen in zorgbehoefte (vrouwen zijn vaker depressief), maar ook door verschillen in gedrag (vrouwen zoeken vaker hulp voor klachten) (149).



Figuur 8.1 Aantal mensen dat bij de huisarts bekend is met een stemmingsstoornis per 1000 personen in de periode 2011 t/m 2018.

Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn, bewerkt door het RIVM.



Het is niet bekend of het aantal mensen dat *voor het eerst* de diagnose depressie heeft gekregen (incidentie) is veranderd over de jaren.

## 8.2 Effectief beleid gericht op depressie

Anders dan voor de andere speerpunten zijn er voor zover bekend geen (inter)nationale richtlijnen of adviezen die beschrijven wat effectieve maatregelen zijn om depressie tegen te gaan. In een consensus-paper van Cuijpers et al. uit 2016, die werd uitgegeven onder het EU Health Programme 2014-2020, wordt een aantal aanbevelingen voor depressiepreventie gegeven (150). Deze zijn ingedeeld in verschillende categorieën (zie Tekstbox 8.2). Zo kan er een nationale preventiestrategie met duidelijke doelen worden ontwikkeld (beleid en wetgeving). Daarnaast worden er initiatieven genoemd die stress verminderen en veerkracht opbouwen (primaire preventie). Ook kunnen er initiatieven ingevoerd worden gericht op vroegherkenning en het zo vroeg mogelijk behandelen van depressieve klachten om te voorkomen dat mensen een depressie ontwikkelen (secundaire preventie). In deze categorie vallen ook activiteiten om mensen bewuster te maken van depressie, zoals voorlichting en educatie. Verder worden er initiatieven genoemd die zich richten op het verminderen van de nadelige gevolgen van depressie (tertiaire preventie). Deze categorie wordt in dit hoofdstuk buiten beschouwing gelaten. Initiatieven in de categorie 'Professionele ontwikkeling en intersectorale samenwerking' richten zich op het vergroten van kennis en het versterken van samenwerking tussen meerdere sectoren, zoals de zorg en het onderwijs.

*Tekstbox 8.2 Indeling aanbevelingen voor depressiepreventie (150).*

- A. Beleid en wetgeving.
- B. Primaire preventie (stress verminderen en veerkracht opbouwen).
- C. Secundaire preventie (vroeg signalering en het zo vroeg mogelijk behandelen van klachten).
- D. Tertiaire preventie (omgaan met langetermijnegevolgen en comorbiditeit, beschermen van mensen met een depressie tegen sociale uitsluiting).
- E. Professionele ontwikkeling en intersectorale samenwerking.

## 8.3 Het Nederlandse beleid voor depressiepreventie

In deze paragraaf wordt eerst het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid op het gebied van depressie van vóór 2006 beschreven. Dit om een beeld te geven van het beleid dat al gevoerd werd. Daarna worden initiatieven beschreven die in de periode 2006 tot 2018 zijn gestart, aangepast of afgerond. Het gaat om initiatieven van de Rijksoverheid, landelijke thema-instituten en gezondheidsfondsen die gericht zijn op depressiepreventie. Het RIVM heeft deze initiatieven in 2018 geïnventariseerd.<sup>31</sup> In de rapportage [Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld](#) staan ze uitgebreider beschreven.

### 8.3.1 Het Nederlandse depressiebeleid vóór 2006

Vóór 2003 was er relatief weinig aandacht voor depressie in het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid. In de Volksgezondheid

<sup>31</sup> Ondanks een uitgebreide search in literatuur en via internet, gevolgd door een consultatie met enkele experts om te controleren of het overzicht compleet was, kan het zijn dat sommige initiatieven gemist zijn.

Toekomst Verkenning van 2002 werd vermeld dat een depressie grote gevolgen heeft voor de kwaliteit van leven (89). Depressie stond op dat moment op nummer 6 van de aandoeningen met de grootste ziektelast in Nederland. In de kabinetsnota 'Langer gezond leven' uit 2003 zijn psychische klachten, waaronder depressie, dan ook aangewezen als één van de zes prioritaire ziekten (4). Er werd geschat dat het aantal ziektegevallen tussen 2000 en 2020 zou stijgen met 15%. Volgens de nota was meer aandacht voor preventie en zorg een eerste stap in een stapsgewijze aanpak van depressie. Het kabinet streefde ernaar het bereik van preventieve maatregelen te vergroten en meer in te zetten op vroegtijdige behandeling van depressieve klachten. Volgens de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' uit 2006 zijn er in de jaren daarvoor verschillende interventies beschikbaar gekomen om depressie te voorkomen (1). Ook kwamen steeds meer programma's beschikbaar voor het versterken van de psychische weerbaarheid en opvoedingsondersteuning.

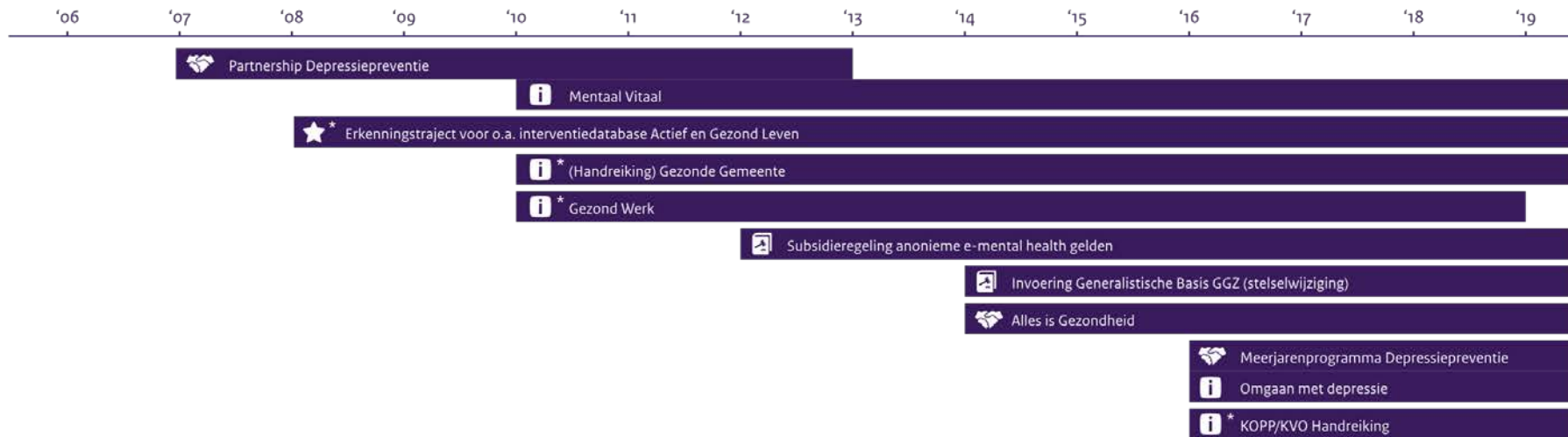
### 8.3.2 *Het Nederlandse depressiebeleid 2006 t/m 2018*

Tussen 2006 en 2018 werd er in het depressiebeleid ingezet op het stimuleren van een gezonde leefstijl. Hierbij stond een integrale aanpak centraal, met een focus op onderwijs, werk, de wijk en zorg (151). Ook vroegsignalering, preventie in de gezondheidszorg en het verkleinen van gezondheidsverschillen kreeg een belangrijke rol.



Tussen 2006 en 2018 zijn in Nederland 11 landelijke initiatieven om depressie te voorkomen door de Rijksoverheid of door een van de geselecteerde landelijk opererende organisaties gestart, aangepast of afgerond. Een groot deel van de initiatieven gericht op depressie betreft zorg aan mensen die al een depressie hebben. Deze zijn in deze inventarisatie buiten beschouwing gelaten. Figuur 8.2 toont een overzicht van de in kaart gebrachte initiatieven.<sup>32</sup> De meeste initiatieven bevinden zich laag op de interventieladder vanwege hun informatieve karakter (5). Hoe ingrijpender een initiatief is, hoe minder vrijblijvend voor de burger (en hoe hoger op de interventieladder) (22). In ongeveer de helft van de gevallen gaat het om voorlichting over het herkennen van signalen, het doorbreken van taboes en het vinden van hulp. Drie van de initiatieven zijn maatschappelijke bewegingen gericht op het vergroten van kennis en het versterken van integrale samenwerking. Bij twee initiatieven is sprake van wetgeving, die gevolgen had voor de uitvoering van depressiepreventie, zoals de invoering van de generalistische basis-GGZ in 2014. De initiatieven worden nader beschreven in Bijlage 7.

Enkele initiatieven in Figuur 8.2 worden in deze rapportage buiten beschouwing gelaten omdat het effect op het aantal mensen met een depressie in de periode 2006 t/m 2018 niet is vast te stellen. De reden hiervoor is dat ze gericht zijn op professionals én op leefstijl in het algemeen (Handreiking Gezonde Gemeente (nu Gezonde Gemeente op Loketgezondleven.nl), Gezond Werk, Erkenningstraject interventies).

<sup>32</sup> Dit figuur komt uit de rapportage 'Preventief gezondheidsbeleid 2006-2018 in beeld' van het RIVM (5).



**Legenda**

-  Wet- en regelgeving
-  Maatschappelijke beweging
-  Voorlichting
-  Overig
-  Rijksoverheidsinitiatieven

\* (mede) gericht op de professional

*Figuur 8.2 Tijdljn van initiatieven om depressie te voorkomen binnen het Nederlandse preventief gezondheidsbeleid in de periode 2006 t/m 2018.*

## 8.4 Effect van het Nederlandse beleid voor depressiepreventie

Er zijn twee methoden gebruikt om het effect van de initiatieven die zijn uitgevoerd tussen 2006 en 2018 in kaart te brengen. Ten eerste is per initiatief gekeken naar wat er in de (wetenschappelijke) literatuur bekend is over de effectiviteit. Ten tweede is met experts op het gebied van depressie en depressiepreventie besproken wat volgens hen het effect is geweest van de initiatieven op het aantal mensen met depressie in de periode 2006 t/m 2018.

### 8.4.1 *Effectiviteit uit de literatuur*

Uitgebreide informatie van de initiatieven die in de periode 2006 t/m 2018 gestart, aangepast of afgerond zijn staat beschreven in Bijlage 7. Over geen van de initiatieven is concrete informatie bekend over het effect op het aantal mensen met depressie. We rapporteren hier daarom vooral informatie over het effect van de initiatieven op tussenuitkomsten, over het bereik van het initiatief of over het effect van interventies die onderdeel uitmaken van het initiatief.

#### *Initiatieven met effect op tussenuitkomsten*

Voor een aantal initiatieven zijn effecten op tussenuitkomsten, zoals een verandering in bewustwording of een vermindering in depressieve klachten, gerapporteerd. Zo is het Partnership Depressiepreventie (PDP) erin geslaagd de aandacht voor depressiepreventie te vergroten bij professionals en de doelgroep. Daarnaast heeft het bruikbare producten opgeleverd (zoals het publieksportal Mentaal Vitaal) (152). Volgens een intern rapport van Mentaal Vitaal geeft 37% van de ondervraagde bezoekers aan dat de informatie geheel of gedeeltelijk heeft geholpen depressieve klachten te verminderen (153). Een aantal van de interventies waar de website naar verwijst, zoals 'Grip op je dip', is bewezen effectief (154). De campagne 'Omgaan met depressie' was het belangrijkste communicatiemiddel van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie. Deze campagne heeft ervoor gezorgd dat mensen sneller hulp zoeken voor depressieve klachten en hulp aanbieden aan anderen met klachten. Ook zijn mensen vaker over depressie gaan praten (155, 156). Tot slot is er voor zover bekend geen specifiek onderzoek gedaan naar de effecten van de KOPP/KOV<sup>33</sup> Handreiking op depressie onder kinderen van ouders met psychische problemen of een verslaving. In het algemeen stellen de meeste reviews dat er onvoldoende bewijs is om te zeggen dat interventies gericht op deze doelgroep een effect hebben op depressieve klachten (157-159). Recent is een meta-analyse uitgevoerd naar de effecten van preventieve interventies specifiek voor kinderen van ouders met een depressie (160). Daaruit bleek dat deze interventies tot vier maanden na de interventie een klein effect hebben op depressieve klachten en op het ontwikkelen van een depressie. Tot 2012 bereikten GGZ-instellingen per jaar tussen de 2500 en 5000 kinderen en ouders met de gestandaardiseerde face-to-face KOPP/KOV-interventies (161). Uit een rondgang in de KOPP/KOV-praktijk in 2016 bleken de meeste zorgaanbieders niet conform de KOPP-richtlijn te werken (162).

<sup>33</sup> Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) en Kinderen van Ouders met een Verslaving (KOV).

*Initiatieven waarvan de effectiviteit onbekend is*

Voor de subsidieregeling anonieme e-mental health gelden, invoering generalistische basis-GGZ en Alles is Gezondheid zijn de effecten onbekend. Voor een aantal daarvan zijn wel (proces)evaluaties gedaan (zie Bijlage 7). Deze verschaffen bijvoorbeeld informatie over het bereik, de uitbreiding van bestaande activiteiten of een toename in nieuwe activiteiten, maar geven geen inzicht in effecten op depressie of gerelateerde tussenuitkomsten.

**8.4.2** *Effect op depressie volgens experts*

Met experts op het gebied van depressie, depressiepreventie en preventie in het algemeen is in een discussiesessie besproken wat volgens hen het effect is geweest van de initiatieven op het aantal mensen met een depressie in de periode 2006 t/m 2018. De elf experts die zijn geraadpleegd, doen onderzoek naar depressie(preventie) aan een universiteit, academisch ziekenhuis of ander onderzoeksinstituut, zijn werkzaam als klinisch psycholoog of psychiater of werken bij een patiëntenorganisatie. De focus in de sessies lag op het inschatten van het effect van de Nederlandse initiatieven op het aantal mensen met een depressie tussen 2006 en 2018.

*Goede cijfers over depressie ontbreken volgens experts*

Een punt dat herhaaldelijk naar voren kwam tijdens de sessie is dat de huisartsregistraties onvoldoende inzicht geven in het werkelijke aantal mensen met stemmingsstoornissen. Het geeft waarschijnlijk vooral de zorgvraag voor stemmingsstoornissen weer. Een stijging van het aantal patiënten dat met stemmingsstoornissen bij de huisarts staat geregistreerd betekent dan ook niet per definitie dat het aantal mensen met depressie ook is gestegen. Het wordt door de experts waarschijnlijker geacht dat mensen sneller hulp zijn gaan zoeken voor depressieve klachten. Dit kan komen doordat het maatschappelijke stigma op depressie kleiner is geworden, waardoor mensen een lagere drempel ervaren om hulp te zoeken. Daarnaast kan een toegenomen zorgvraag bij de huisarts een gevolg zijn van de invoering van de generalistische basis-GGZ in 2014, waardoor mensen met klachten zich eerder bij de huisarts melden in plaats van bij een GGZ-instelling. Tot slot wordt depressie steeds meer gezien als een chronische ziekte, waarvan het grootste deel van de patiënten niet geneest, en dus meermaals hulp zoekt.

*Experts vinden effect initiatieven moeilijk te beoordelen*

De experts vonden het moeilijk om het effect van de verschillende initiatieven te beoordelen. Zij waren van mening dat hiervoor niet alleen betrouwbare cijfers over het werkelijke aantal mensen met een depressie nodig zijn, maar ook cijfers over het bereik én de effectiviteit van initiatieven. Deze gegevens ontbreken. Volgens de experts blijkt uit internationaal onderzoek dat de prevalentie van depressie min of meer stabiel is over de jaren, niet alleen in Nederland maar ook in andere landen. Dat suggereert dat de trend in depressie hetzelfde zou zijn geweest als de initiatieven niet uitgevoerd waren. Het wil volgens de experts echter niet zeggen dat de initiatieven dus niet uitgevoerd hoeven te worden. Volgens een aantal van de experts hoeft vermindering van het aantal mensen met depressie niet het enige doel van het beleid voor depressiepreventie te zijn. Het kan ook andere gevolgen hebben, zoals vermindering van stigma of het stimuleren van

hulpzoekgedrag. Dit is niet terug te zien in de trend in het aantal mensen met stemmingsstoornissen, maar kan wel gezien worden als een positief effect. Het kan ook zijn dat bepaalde initiatieven goed aanslaan bij specifieke groepen, maar dat dit niet terug te zien is in de cijfers op populatieniveau. De experts gaven hier echter geen concrete voorbeelden van.

*Generalistische basis-GGZ had volgens experts een negatief effect*  
Volgens de experts heeft de stelselwijziging die zorgde voor de invoering van de generalistische basis-GGZ een negatief effect gehad op de preventie van depressie. Deze negatieve effecten waren volgens sommigen van hen zo groot, dat eventuele positieve effecten van andere initiatieven hierbij in het niet vallen. Vóór de invoering van de generalistische basis-GGZ hadden de meeste GGZ-organisaties preventieafdelingen, die een grote rol speelden bij het laagdrempelig aanbieden van hulp aan mensen met milde depressieve klachten. Mensen met klachten wisten deze afdelingen goed te vinden. Door de stelselwijziging zijn veel preventie-afdelingen verdwenen. Hierdoor is veel kennis over de preventie van depressie en een deel van de laagdrempelige hulp verloren gegaan. Na de wijziging pakken de praktijkondersteuners huisartsen voor geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) de preventietaken op. De invulling hiervan varieert echter sterk.

*Experts vinden ook invloed andere ontwikkelingen moeilijk te duiden*  
De experts hebben voor de discussiesessie aangegeven welke ontwikkelingen mogelijk de trends in stemmingsstoornissen tussen 2006 en 2018 (zie Figuur 8.1) hebben beïnvloed. Hun antwoorden staan samengevat in Tekstbox 8.3. De experts konden echter niet eenduidig vaststellen of deze ontwikkelingen echt invloed hadden op het aantal mensen met een depressie. Het feit dat de prevalentie van depressie stabiel lijkt te zijn over de tijd, maakt het volgens hen twijfelachtig of sociale en maatschappelijke ontwikkelingen de trend beïnvloeden. Hierbij werd ook opgemerkt dat iemand niet depressief wordt door een factor als sociale druk. Als een persoon echter de kwetsbaarheid heeft om een depressie te ontwikkelen kan het wel werken als trigger.

*Bepaalde risicogroepen blijven volgens experts nog te veel buiten beeld*  
Volgens sommige experts is het goed dat er veel initiatieven bestaan, maar blijven sommige risicogroepen nog te veel buiten beeld. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat het ontstaan van depressie veelal in de vroege adolescentie ligt. Het grootste deel van de initiatieven is echter niet op deze doelgroep gericht. Dat is mogelijk ook één van de redenen dat de prevalentie van depressie niet afneemt. Wanneer je je meer richt op hoog-risicogroepen, is dit bovendien niet alleen goed voor de preventie van depressie, maar ook voor andere stoornissen.

*Tekstbox 8.3 Ontwikkelingen die de prevalentie van depressie in de afgelopen vijftien jaar positief en/of negatief beïnvloed hebben, met voorbeelden.*

Demografische veranderingen:

- vergrijzing van de populatie; (-)
- gestegen arbeidsparticipatie van vrouwen. (-)

Veranderingen in leefstijl:

- leefstijlfactoren (ongezond leven, inactiviteit, overgewicht) spelen een rol in de ontwikkeling van depressie. (-)

Toename sociale druk:

- explosieve toename van het gebruik van sociale media; (-)
- toegenomen ervaren (prestatie)druk op het dagelijks leven en een toename in burn-out klachten, wat gelinkt is aan depressie. (-)

Organisatie GGZ:

- meer marktwerking in de psychiatrie; (?)
- decentralisaties van o.a. de jeugd-GGZ; (?)
- psycho-educatie. (+)

Organisatie preventie:

- veel initiatieven zijn gehinderd door een kortetermijnaanpak; (-)
- depressie is te veel benaderd vanuit de psychologische en medische hoek, waardoor te weinig aandacht voor multi-problematiek; (-)
- meer lokale beleidsaandacht voor de integrale aanpak mentale gezondheid. (+)

Vergoedingen en financiën:

- preventieve zorg niet tot nauwelijks vergoed; (-)
- te weinig investeringen in gezonde leef-, woon-, financiële- en werkomstandigheden. (-)

Screening en herkenning:

- hulpzoekgedrag laat een stijgende trend zien; (++)
- betere richtlijnen dankzij zorgstandaard depressie. (?)

Voorlichting:

- bewustzijns campagnes; (++)
- rolmodellen traden voor het voetlicht met stemmingsstoornissen. (++)

(-) negatieve invloed op de prevalentie (leidend tot een stijging)

(+) positieve invloed op de prevalentie (leidend tot een daling)

(++) positieve invloed op de registratiecijfers (leidend tot een stijging)

(?) onbekende invloed = effect op prevalentie en/of registratiecijfers onbekend

*Grootschalige en ambitieuze aanpak nodig volgens experts*

Sinds 2006 is depressie een speerpunt van het landelijke preventief gezondheidsbeleid, maar volgens de experts is depressie op lokaal niveau nooit een speerpunt geweest. Dit terwijl met de decentralisatie gemeentes meer verantwoordelijk zijn geworden voor preventie en zorg. Langzaam gaan gemeentes beseffen dat ze een rol kunnen spelen in de mentale gezondheid van hun burgers. Om depressie te voorkomen is er volgens de experts een brede en grootschalige integrale aanpak nodig. Deze aanpak bestaat idealiter uit meerdere componenten, waaronder vroegtijdige signalering, psycho-educatie en begeleiding. Ook dienen diverse sectoren betrokken te worden, zoals scholen en werk. Naast aandacht voor depressie, moet ook aandacht gegeven worden aan (sociale) problemen, zoals het hebben van schulden, werkloosheid, en het verlenen van mantelzorg. Voor zulke problemen worden mensen meestal niet doorverwezen naar depressiepreventie, maar naar andere

zorgverleners. Er wordt volgens de experts nog weinig op brede preventie gefocust, waarbij preventie voor meerdere problemen geïntegreerd en cliëntgedreven is. Er zou ook meer gefocust kunnen worden op mentale gezondheidsbevordering, in plaats van op klachten voorkómen. Daarnaast vonden zij het veld van hulpverlening momenteel te gefragmenteerd.

## 8.5 Samenvatting, discussie en conclusies

Tussen 2011 en 2018 is het aantal volwassenen dat met een stemmingsstoornis geregistreerd staat bij de huisarts gestegen van 483.700 naar 590.100. In meer dan 90% van de stemmingsstoornissen gaat het om een depressie.

Tussen 2006 en 2018 zijn er 11 landelijke initiatieven gestart, aangepast of afgerond om het ontstaan van depressies te voorkomen of depressie vroegtijdig te signaleren. De helft hiervan kan onder voorlichting geschaard worden. Veel initiatieven gericht op depressie gaan over behandeling in plaats van preventie en zijn daarom in dit onderzoek niet meegenomen. Tabel 8.2 geeft een overzicht van de effectiviteit van de initiatieven volgens de literatuur en de effecten op de prevalentie volgens de experts.

*Tabel 8.2 Effectiviteit van Nederlandse initiatieven die tussen 2006 en 2018 zijn gestart, aangepast of afgerond volgens literatuur en effect op de prevalentie volgens experts.*

Initiatief	Effectiviteit uit de literatuur	Effect in NL volgens experts
<b>Partnership Depressiepreventie</b>	Effect op tussen-uitkomst(en)	Onbekend
<b>Mentaal Vitaal</b>	Effect op tussen-uitkomst(en)	Onbekend
<b>Omgaan met depressie</b>	Effect op tussen-uitkomst(en)	Onbekend
<b>KOPP/KOV Handreiking</b>	Effect op tussen-uitkomst(en)	Onbekend
<b>Generalistische basis-GGZ</b>	Onbekend	Negatief effect
<b>Subsidiereregeling anonieme e-mental health-gelden</b>	Onbekend	Onbekend
<b>Alles is gezondheid</b>	Onbekend	Onbekend
<b>Meerjarenprogramma Depressiepreventie</b>	Onbekend	Onbekend

Uit de resultaten van het onderzoek zijn de volgende conclusies getrokken.



*Effect van initiatieven op aantal mensen met depressie vrijwel onbekend*

Uit de literatuurstudie en discussiesessies met experts blijkt dat het vrijwel onbekend is wat de effecten zijn geweest van de initiatieven op het aantal mensen met depressie in de periode 2006 t/m 2018. Om hier uitspraken over te kunnen doen is ten eerste informatie nodig over de effectiviteit en het bereik van de initiatieven. Dergelijke cijfers ontbreken grotendeels. Ten tweede zijn betrouwbare cijfers nodig over de prevalentie van depressie in die periode. Deze rapportage presenteert het aantal mensen dat bij de huisarts komt met klachten. De stijging hiervan wordt waarschijnlijk mede verklaard doordat mensen sneller hulp zijn gaan zoeken voor hun klachten. Uit onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt dat dit vooral voor jongeren het geval is (163). De toename van het aantal mensen dat met een stemmingsstoornis, waaronder depressie, bekend is bij de huisarts zou ook (deels) kunnen worden verklaard doordat huisartsen deze beter zijn gaan herkennen en vroeger kunnen opsporen. Internationaal onderzoek geeft aan dat de prevalentie van depressie over de jaren waarschijnlijk gelijk is gebleven (164). Dit blijkt ook uit Nederlands bevolkingsonderzoek tussen 1999 en 2009 (165). Dergelijk bevolkingsonderzoek geeft waarschijnlijk meer inzicht in het werkelijke aantal mensen met een depressie, maar is in Nederland voor het laatst in de periode 2010-2012 uitgevoerd (166).

Het kan dus zo zijn dat het aantal mensen met een depressie niet anders zou zijn geweest wanneer de initiatieven niet uitgevoerd waren. Wel hebben de initiatieven er mogelijk voor gezorgd dat mensen zich bewuster zijn geworden van depressie en het herkennen ervan. Ook kunnen ze ervoor gezorgd hebben dat het stigma rondom depressie verminderd is. Uit onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt inderdaad dat er meer bewustzijn is gekomen (163).

*Stelselwijziging generalistische basis-GGZ mogelijk negatief effect*

Uit onderzoek blijkt dat patiënten in de GGZ na de stelselwijziging minder vaak meteen bij de gespecialiseerde GGZ terechtkomen, maar (eerst) lichtere zorgvormen ontvangen (167). Ook blijkt dat de gemiddelde aanmeldwachtijd en behandelwachtijd voor depressieve stoornissen onder de Treeknorm (de maximaal aanvaardbare wachttijden binnen de zorg) liggen. Wat hiervan het gevolg is voor de preventie en behandeling van depressie is niet duidelijk. Volgens de experts heeft de invoering van de generalistische basis-GGZ een negatief effect gehad op depressiepreventie. Volgens de experts kwamen door deze stelselwijziging lokale preventieafdelingen te vervallen. Deze hadden een belangrijke rol in depressiepreventie. Ook is daarmee toen veel kennis verloren gegaan.

*Integrale aanpak met focus op verschillende doelgroepen gewenst*

Volgens de experts is een brede, grootschalig en integrale aanpak noodzakelijk voor depressiepreventie. Een dergelijke aanpak moet activiteiten bevatten die gericht zijn op mensen die nog geen klachten hebben, mensen met beginnende klachten en mensen die al een depressie hebben (terugvalpreventie). Daarnaast moeten verschillende doelgroepen centraal staan. Het Partnership Depressiepreventie (2007-2012) richtte zich op meerdere hoogrisicogroepen voor depressie. Het Partnership had als doel om het bereik van preventieve interventies voor deze doelgroepen te vergroten. In de periode 2011-2013, de laatste

jaren van het PDP, wisselde het interventie-aanbod voor vijf hoogrisicogroepen voor depressie echter nog wat betreft het totaal aantal interventies en het aantal verschillende interventies (168). Het Meerjarenprogramma Depressiepreventie heeft al meer een integrale aanpak voor ogen. Hierin staan namelijk zes doelgroepen centraal en wordt gefocust op een aanpak in verschillende domeinen. Dit initiatief is echter pas in 2017 gestart, waardoor resultaten nog niet terug te zien zijn in de prevalentiecijfers tussen 2006 en 2018.

## 9 Effectief preventief gemeentelijk gezondheidsbeleid: wat zijn bevorderende factoren?

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het verkennende onderzoek uitgevoerd naar (lokale) factoren die bevorderend werken op het vormgeven en uitvoeren van effectief gemeentelijk preventief gezondheidsbeleid. Dit vanuit de gedachte dat landelijk preventief gezondheidsbeleid lokaal vorm krijgt. In 2008 is namelijk de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) ingevoerd, met als doel de bevolking langer gezond te houden. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de lokale invulling en uitvoering van activiteiten die vallen onder de Wpg. De Wpg geeft gemeenten veel beleidsvrijheid. In de lokale nota's gezondheidsbeleid geven gemeenten aan hoe zij werken aan gezondheid van hun inwoners en preventie van gezondheidsproblemen. Hiervoor zetten zij in op landelijke initiatieven of programma's, zoals Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG), Gezonde School of Sport en Bewegen in de Buurt (SBB). Daarnaast gebruiken veel gemeenten ook regionale en lokale initiatieven.

Eerst wordt de focus van het onderzoek geschetst. Daarna volgen de bevindingen en een reflectie daarop.

### 9.1 Focus van het onderzoek

In dit onderzoek lag de focus op factoren waar gemeenten beleidsvrijheid in hebben. Er zijn drie gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers voor de leefstijlfactoren roken, alcoholgebruik, bewegen en/of overgewicht paarsgewijs vergeleken met drie gemeenten met gemiddelde of minder gunstige prevalentiecijfers. Dit zijn allen relatief kleine gemeenten. Grotere gemeenten en steden hebben vaak wijken die gunstige cijfers hebben en andere wijken die ongunstige cijfers hebben. Daardoor scoren ze over het geheel gezien meer rond het gemiddelde. Dit onderzoek baseert zich op prevalentiecijfers in 2016, omdat dit het meest recente jaar is waarvoor deze cijfers beschikbaar zijn vanuit de Gezondheidsmonitor. Daarnaast zijn voor deze zes gemeenten ook de prevalentiecijfers van 2012 bekeken, om inzicht te krijgen in de verandering over de tijd. Omdat sociale status een belangrijke voorspeller is voor gezondheid, is specifiek gekeken naar gemeenten met relatief veel inwoners met een lage sociale status. De gezondheid van mensen met een hoge sociale status is gemiddeld namelijk beter dan die van mensen met een lage sociale status (169). Twee van de drie vergelijkingsgemeenten hadden een vergelijkbare lage sociale status als de gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers, de andere gemeente een hogere. Bij de selectie van de gemeenten is er ook rekening mee gehouden met dat elke set gemeenten vergelijkbare inwonersaantallen en leeftijdsverdeling van de inwoners had. Deze factoren kunnen het beleid en de prevalentiecijfers namelijk mogelijk beïnvloeden. Om zicht te krijgen op de maatschappelijke situatie in iedere gemeente zijn gemeenteprofielen gemaakt, met daarin kerngetallen over demografische, geografische, economische, sociaal-culturele en politiek-institutionele indicatoren. Verder is voor iedere gemeente bekeken welke lokale, regionale en landelijke preventie-initiatieven er in 2016 zijn

uitgevoerd. Vervolgens zijn beleidsmedewerkers en -adviseurs van de gemeenten en bijbehorende GGD'en geïnterviewd. Zij hebben aangegeven waarom er voor het beleid in 2016 is gekozen, welke initiatieven volgens hen het meest succesvol waren en waarom, en welk effect het ingezette preventief gezondheidsbeleid volgens hen heeft gehad op de gezondheid van de inwoners. Uit al deze inzichten zijn bevorderende factoren voor lokaal preventief gezondheidsbeleid vastgesteld. De resultaten bieden (lokale) beleidsmakers en andere betrokkenen aanknopingspunten om (het vormgeven en uitvoeren van) het beleid te verbeteren. Meer informatie over de aanpak, inclusief de gebruikte selectiecriteria, is te lezen in hoofdstuk 2.

## 9.2 Bevindingen

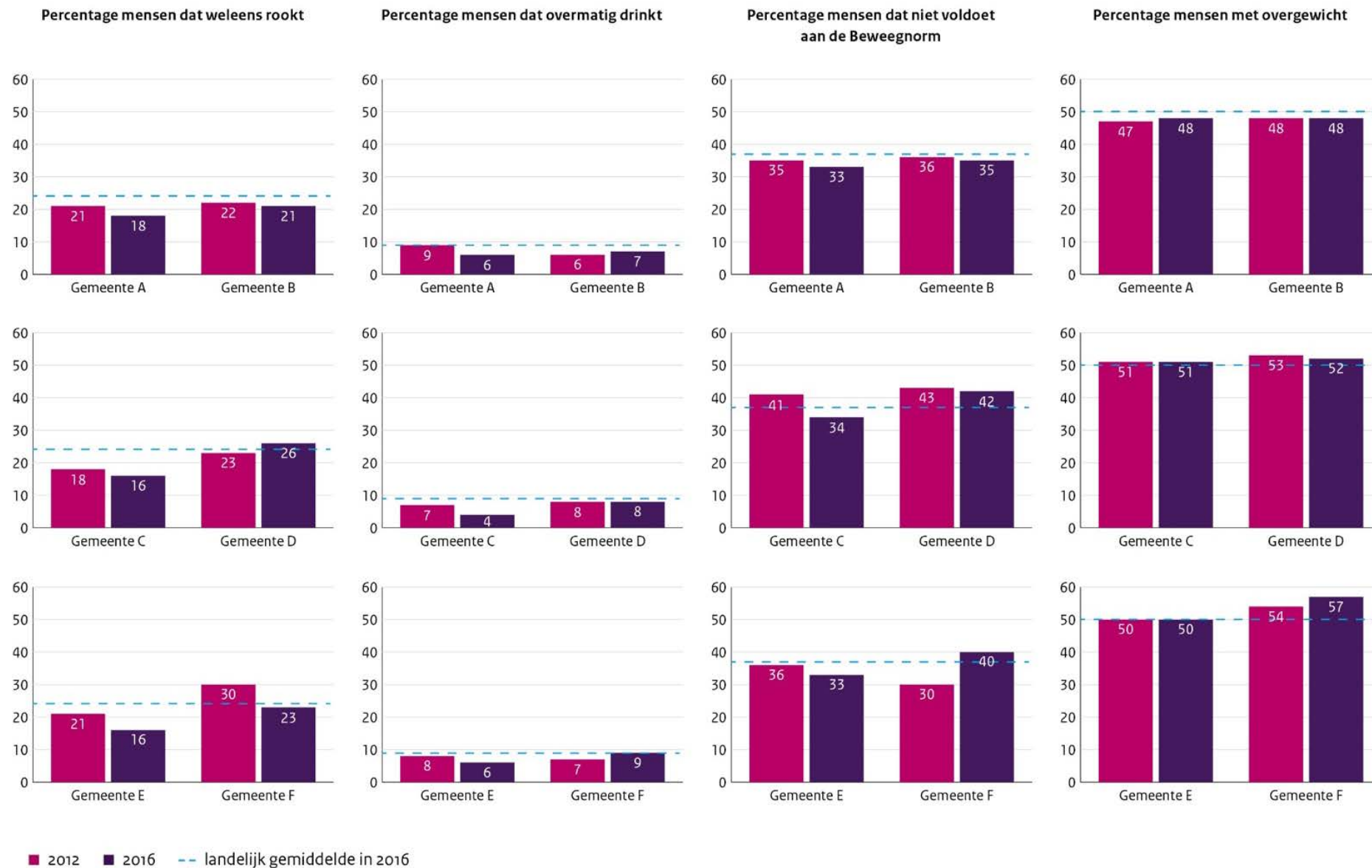
In totaal zijn er drie gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers (gemeente A, C en E in Tabel 9.1). Deze zijn paarsgewijs vergeleken met gemeenten met gemiddelde prevalentiecijfers (gemeente B) of met relatief minder gunstige prevalentiecijfers (gemeente D en F). Het aandeel rokers, overmatige drinkers en het percentage mensen dat niet aan de Beweegnorm voldoet is ten opzichte van 2012 gedaald in de gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers (Figuur 9.1). In deze gemeenten zijn dus verbeteringen in deze speerpunten geweest. In de gemeenten met minder gunstige cijfers zijn deze prevalentiecijfers juist gestegen of ongeveer gelijk gebleven. Een uitzondering is gemeente F waarin het aantal rokers ten opzichte van 2012 is gedaald. Het percentage mensen met overgewicht is in vijf van de zes gemeenten niet veranderd ten opzichte van 2012, en iets gestegen in gemeente F. Cijfers van tussenliggende jaren zijn niet beschikbaar op gemeenteniveau. De meest voorkomende leeftijdsgroep in alle zes gemeenten is de groep 45- tot 65-jarigen. Hieronder worden de gemeenteprofielen van de zes geselecteerde gemeenten en de verschillen in kenmerken tussen de gemeenten met relatief gunstige en minder gunstige prevalentiecijfers beschreven.

### 9.2.1 *Karakteristieken van geselecteerde gemeenten*

#### *Verschillen in kenmerken tussen de gemeenten*












Hoewel elke set gemeenten van vergelijkbare bevolkingsomvang is, zijn de drie gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers stedelijker dan de drie gemeenten met minder gunstige cijfers. Verder hebben deze gemeenten minimaal een twee keer zo klein oppervlak en minder kernen dan de gemeenten met relatief minder gunstige cijfers. Er zijn geen eenduidige verschillen in het percentage mensen dat werkloos is tussen gemeenten met relatief gunstige en minder gunstige prevalentiecijfers. De mate waarin actief wordt deelgenomen aan de maatschappij is in twee van de gemeenten met gunstige prevalentiecijfers hoger dan in de gemeenten met minder gunstige prevalentiecijfers. Er zijn geen opvallende verschillen aanwezig in lokale coalities in 2016 tussen gemeenten met relatief gunstige en gemeenten met relatief minder gunstige prevalentiecijfers. Dit geldt zowel wanneer politieke partijen op de links-rechtsschaal als op de progressief-conservatief as gepositioneerd worden.

## Gemeenteprofielen: leefstijlindicatoren 2012 en 2016



Figuur 9.1 Gemeenteprofielen: leefstijlindicatoren 2012 en 2016.

Tabel 9.1 Gemeenteprofielen 2016: demografische, geografische, economische, sociaal-culturele en politiek-institutionele kenmerken.

	Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D	Gemeente E	Gemeente F
 <b>Prevalentiecijfers</b>	Relatief gunstig	Relatief gemiddeld	Relatief gunstig	Relatief minder gunstig	Relatief gunstig	Relatief minder gunstig
 <b>Bevolkingsaantal</b>	≈ 48.000	≈ 50.000	≈ 25.000	≈ 26.000	≈ 17.000	≈ 16.000
 <b>Meestvoorkomende leeftijdscategorieën<sup>1</sup></b>	20-45 en 45-65 jaar	20-45 en 45-65 jaar	45-65 jaar	45-65 jaar	45-65 jaar	45-65 jaar
 <b>Gemeentelijke statusscore<sup>2</sup></b>	Laagste 30%	Laagste 30%	Laagste 30%	Laagste 20%	Laagste 40%	Laagste 40%
 <b>Regio</b>	Zuidwest	Noord	Zuidoost	Zuidoost	Zuidoost	Noordoost
 <b>Gemeente oppervlak</b>	≈ 55km <sup>2</sup>	≈ 200km <sup>2</sup>	≈ 60km <sup>2</sup>	≈ 145km <sup>2</sup>	≈ 50km <sup>2</sup>	≈ 550km <sup>2</sup>
 <b>Aantal kernen in gemeente</b>	4 kernen	21 kernen	7 kernen	15 kernen	5 kernen	15 kernen
 <b>Stedelijkheid<sup>3</sup></b>	Sterk stedelijk	Matig stedelijk	Weinig stedelijk	Niet stedelijk	Weinig stedelijk	Niet stedelijk
 <b>Werkeloosheid<sup>4</sup></b>	4,5%	6%	5,5%	5%	5%	6%
 <b>Maatschappelijke participatie<sup>5</sup></b>	51/100	45/100	52/100	46/100	48/100	48/100
 <b>Lokale politieke situatie<sup>6</sup></b>	4x RC, 1x LP	2x RC, 1x LP	2x RC, 1x LP, 1x LokP	1x RC, 1x LP, 1x LokP*	2x RC, 1x LP, 1x LokP	2x RC, 2x LokP

Bronnen: [www.waarstaatjegemeente.nl](http://www.waarstaatjegemeente.nl); website desbetreffende gemeente; [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl) (leeftijdverdeling, stedelijkheid); [www.scp.nl](http://www.scp.nl) (statuscores); Wikipedia (aantal dorpskernen). 1 Landelijk meest voorkomende leeftijdscategorie was 45-65 jaar. 2 Statusscore is op basis van inkomen, positie op de arbeidsmarkt en opleiding geordend van laag naar hoog voor alle Nederlandse gemeenten. 3 Op grond van de omgevingsadressen, dichtheid is een stedelijkheidsklasse toegekend: zeer sterk stedelijk: >= 2500 adressen/km<sup>2</sup>; sterk stedelijk 1500-2500 adressen/km<sup>2</sup>; matig stedelijk 1000-1500 adressen/km<sup>2</sup>; weinig stedelijk 500-1000 adressen/km<sup>2</sup>; niet stedelijk < 500 adressen/km<sup>2</sup>. 4 Landelijk werkloosheidspercentage was 6,1%. 5 Samengestelde score van 0 (zeer laag) tot 100 (zeer hoog). Score is gebaseerd op mate van sociale cohesie, eenzaamheid, sociale contacten, actie in vereniging, mantelzorg geven, vrijwilligers en vertrouwen. Landelijke score was 45. 6 Coalitie 2014-2018, RC = rechts conservatieve partij, LP = links progressieve partij, LokP = lokale partij. \* vanaf april 2016.

*Gemeenten geven aandacht aan speerpunten bewegen en overgewicht*  
 Uit de interviews blijkt dat er geen eenduidige verschillen zijn in speerpunten waar gemeenten met gunstige of minder gunstige cijfers zich op richten. In alle gemeenten wordt aandacht gegeven aan de speerpunten bewegen en/of overgewicht. Het bevorderen van gezonde voeding om daarmee overgewicht te voorkomen of te verminderen wordt door één gemeente genoemd als urgent speerpunt. Verder richt één gemeente zich specifiek op het thema roken en voert daar vanwege het relatief hoge percentage rokers ook lokale initiatieven voor uit. In de andere vijf gemeenten is er wel aandacht voor de speerpunten 'verslaving' en 'alcohol- & drugsbeleid'. Het speerpunt roken maakt hier mogelijk een klein onderdeel van uit. De meeste gemeenten kiezen er bewust voor zich niet expliciet te focussen op roken, omdat er landelijk al veel gebeurt op dit thema, zoals met het initiatief de Rookvrije Generatie of de campagne NIX18. Bovendien laten de prevalentiecijfers in veel gemeenten een dalende trend zien. Naast de leefstijlfactoren, blijkt uit de interviews dat er op lokaal niveau ook andere – en in sommige gevallen meer indirecte – determinanten van gezondheid prioriteit krijgen. Zo richten drie gemeenten zich ook op armoede, schulden en/of eenzaamheid. Twee gemeenten benoemen gezondheidsverschillen als belangrijk speerpunt. Vijf gemeenten proberen de gezondheidsverschillen te verkleinen met minimaal één lokaal initiatief. Twee gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers ontvangen GIDS-gelden (Gezond In De Stad). Deze decentralisatie-uitkering ondersteunt gemeenten met een gemiddeld hoog aandeel lage SES (en daarom een groter risico op gezondheidsachterstanden) tijdelijk financieel om integraal aan de slag te gaan met het verkleinen van gezondheidsachterstanden.

9.2.2 *Bevorderende factoren voor effectief preventief gezondheidsbeleid*  
 Hieronder worden acht bevorderende factoren voor preventief gezondheidsbeleid beschreven, die voortkomen uit de inventarisatie van het gevoerde preventieve gezondheidsbeleid en de interviews met verschillende beleidsmedewerkers en -adviseurs.

*Een proactieve houding bevordert preventie*

De geïnterviewden van de drie gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers geven aan dat er in hun gemeente een proactieve houding is tegenover de aanpak van gezondheidsproblemen. In deze gemeenten wordt actief ingezet op preventie. Er zijn geen duidelijke verschillen in het aantal preventie-initiatieven dat in 2016 in gemeenten met gunstige en minder gunstige cijfers is uitgevoerd. Wel maken twee van de gemeenten met gunstigere prevalentiecijfers meer gebruik van grote landelijke initiatieven, zoals JOGG, Sport en Bewegen in de Buurt of de Gezonde School. De derde gemeente met relatief gunstige prevalentiecijfers voert soortgelijke initiatieven uit, maar deze zijn kleiner van aard en lokaal ontwikkeld. Verder hebben de drie gemeenten met gunstige prevalentiecijfers een pledge getekend in het kader van de maatschappelijke beweging Alles is Gezondheid. Hiermee erkennen zij als gemeente het belang van preventie. Een actief en geïnteresseerd college van burgemeesters en wethouders draagt volgens twee gemeenten met gunstige prevalentiecijfers en de gemeente met gemiddelde cijfers ook bij aan succesvol preventief gezondheidsbeleid. In twee gemeenten met gunstigere prevalentiecijfers wordt ook het

belang van een goede aanjager/trekker van initiatieven genoemd. Voorbeelden zijn een proactieve buurtsportcoach of JOGG-regisseur die leefstijl structureel onder de aandacht blijft brengen, mensen verbindt en afwachter partijen mobiliseert. De drie gemeenten met relatief ongunstigere prevalentiecijfers lijken een reactievere houding te hebben. Zij handelen doorgaans als er lokaal gezondheidsproblemen dreigen te ontstaan of wanneer er vraag naar is vanuit externe partijen of inwoners. Het valt op dat deze gemeenten later gestart zijn met het uitvoeren van preventie-initiatieven. Ook hebben ze alle drie geen pledge getekend in het kader van Alles is Gezondheid.

*Brede integrale kijk op gezondheid verbindt partijen rondom preventie*  
 Uit de interviews blijkt dat alle drie de gemeenten met gunstigere prevalentiecijfers werken vanuit een integrale visie op preventie. Het concept 'Positieve gezondheid' is hier een voorbeeld van. Zo'n integrale visie is tot stand gekomen in samenspraak met diverse lokale en regionale partijen binnen en buiten de volksgezondheid. In vergelijking met gemeenten met ongunstigere prevalentiecijfers, is in de gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers meer aandacht voor domein overstijgend samenwerken. Hierbij worden verbanden gelegd tussen sociale (bijvoorbeeld sport) en fysieke (bijvoorbeeld ruimtelijke ordening) beleidsdomeinen. Om het integrale beleid te vertalen naar een concrete aanpak, is er volgens de geïnterviewden van deze drie gemeenten ook betrokkenheid van en samenwerking met verschillende partijen op uitvoeringsniveau. Dit zijn bijvoorbeeld de GGD, zorg- en welzijnsorganisaties, huisartsen, scholen, sportverenigingen en inwoners. Op deze manier is een duidelijke (infra)structuur omtrent gezondheid en preventie neergezet, welke minder aanwezig lijkt te zijn in de gemeenten met minder gunstige prevalentiecijfers. Hoewel in de drie gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers de samenwerking goed tot stand is gekomen, lopen zij net als de drie andere gemeenten tegen een aantal belemmeringen aan. Twee gemeenten met relatief gunstige cijfers ervaren de privacywetgeving (AVG) als belemmerend voor integrale samenwerking. Deze wetgeving beperkt volgens de geïnterviewden de mogelijkheden om snel en gericht informatie met elkaar te kunnen delen of om inwoners direct te benaderen. De derde gemeente met relatief gunstige cijfers noemt een andere belemmering: gezondheidsnota's worden binnen de verschillende domeinen niet tegelijkertijd gemaakt en financiële middelen zijn vaak gescheiden. Hierdoor is het lastiger om samen op te trekken.

*Financiële middelen bundelen voor lokaal preventief gezondheidsbeleid*  
 Uit de interviews blijkt dat de middelen die voortkomen uit de nationale initiatieven in alle drie de gemeenten met gunstige prevalentiecijfers en in de gemeente met gemiddelde cijfers worden ingezet voor de financiering van één of enkele grote, integraal en structureel ingebedde, (lokale) programma's. De vrijheid hoe deze middelen, vooral de GIDS-gelden, te besteden wordt als positief ervaren. Deze gemeenten gebruiken GIDS, maar ook andere grote landelijke programma's zoals JOGG of Gezonde School als 'kapstok' om het overige (lokale) beleid aan op te hangen. Dit in tegenstelling tot de twee gemeenten met minder gunstige cijfers waarbij financiële middelen (in één geval ook GIDS-gelden) worden ingezet voor kleinere, vaak eenmalige initiatieven, zoals een kennisfestival voor professionals en inwoners. Eén gemeente met relatief



gunstige prevalentiecijfers geeft aan dat eenmalige initiatieven minder draagvlak hebben bij uitvoerende organisaties en minder effect hebben op de gezondheid van inwoners. Tot slot valt op dat in twee gemeenten met gunstige prevalentiecijfers benoemd werd dat samenwerking plaatsvindt tussen publieke en private partijen. Zo wordt er in één van deze gemeenten fruit door bedrijven aan school aangeleverd en zijn er in een andere gemeente watertappunten gerealiseerd door bedrijven. Dit kan volgens de geïnterviewden in deze gemeenten voordelig werken, omdat met een publiek-private samenwerking gemeenten meer toegang krijgen tot kennis, netwerkcontacten en financiële middelen.

*Duidelijke taak- en rolverdeling draagt bij aan inzet op preventie*

De geïnterviewden uit de drie gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers gaven aan dat er in hun gemeente een duidelijke taak- en rolverdeling is tussen gemeenten, GGD'en en andere partijen. Verder wordt in twee van deze gemeenten vooraf nagedacht over de vraag welke organisatie de juiste expertise heeft om een bepaalde taak of rol te vervullen. Dit leidt volgens de geïnterviewden tot een effectieve samenwerking. Uit de interviews blijkt verder nog dat twee gemeenten met gunstige prevalentiecijfers de rol van regisseur vervullen. De gemeente voert taken niet zelf uit, maar zet ze uit bij publieke en private organisaties. Vanuit de gemeente is er nog wel sturing en controle om erop toe te zien dat de uitvoering van het beleid optimaal verloopt. Voor de derde gemeente met relatief gunstige prevalentiecijfers is uit het interviews niet duidelijk geworden welke rol zij aannemen. In de gemeenten met minder gunstige prevalentiecijfers lijkt de taak- en rolverdeling tussen verschillende partijen minder duidelijk. Daarnaast nemen twee van deze gemeenten een uitvoerende of faciliterende rol aan. In het eerste geval gebeurt de uitvoering door de gemeente zelf. Bij de faciliterende rol worden de taken overgelaten aan externe partijen, maar ziet de gemeente er in mindere mate op toe dat de taken worden uitgevoerd en geven zij geen tot minder sturing. Uit de interviews voor de derde gemeente met minder gunstige cijfers blijkt dat zij ook geen regisseursrol aannemen, maar welke rol dan wel is niet duidelijk.

*Betrek inwoners bij de ontwikkeling van lokaal beleid*

Om het preventief gezondheidsbeleid beter te laten aansluiten bij de behoeften van de inwoners, worden zij in twee gemeenten met gunstige prevalentiecijfers betrokken bij de ontwikkeling van beleid en nieuwe preventie-initiatieven. Een voorbeeld hiervan is dat inwoners meedenken over de ontwikkeling van beleid door het invullen van een vragenlijst over wonen, welzijn, ouder worden en gezondheid. Ook worden inwonerinitiatieven in deze gemeenten ondersteund en initiatiefnemers waar mogelijk gefaciliteerd. Een project waarin inwoners samen met de gemeente aan de slag gaan met het ontwerpen en realiseren van een gezonde buurt is daar een voorbeeld van. Omdat inwoners betrokken worden, voelen zij zich volgens de geïnterviewden eerder bereid om zelf wat aan hun gezondheidsproblemen te doen. Ook wordt het draagvlak voor bepaalde besluiten en beleid groter. In de gemeenten met minder gunstige prevalentiecijfers, worden de inwoners niet of veel minder betrokken bij de ontwikkeling van beleid. In één van deze gemeenten wordt het preventief gezondheidsbeleid hoofdzakelijk bepaald door één beleidsmedewerker. In de gemeenten met gunstige

prevalentiecijfers lijkt daarnaast sprake te zijn van meer sociale cohesie, ook wel 'gemeenschapszin' genoemd, zo blijkt uit de interviews.

*Passende wijze van communiceren naar inwoners*

Volgens de geïnterviewden in twee gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers is het, voor een groot bereik, belangrijk om na te denken over de manier waarop de doelgroep op preventieve initiatieven wordt geattendeerd. Een dergelijke PR-strategie draait om de vragen: hoe en wat communiceren we naar het publiek?, wie brengt de boodschap en op welke toon? Het is hierbij volgens hen belangrijk zo veel mogelijk aan te sluiten bij de behoefte van de doelgroep. In twee gemeenten met gunstige prevalentiecijfers wordt een wethouder of aansprekende externe partij ingezet ter promotie van een initiatief. Soms is zo'n partij niet alleen verantwoordelijk voor de communicatie, maar ook voor de gehele organisatie van een preventie-initiatief. In één gemeente met relatief gunstige prevalentiecijfers worden bewust verschillende activiteiten op een gezondheidsthema, bijvoorbeeld alcoholgebruik, doorlopend aangeboden. Zo is er een publiekscampagne, wordt er voorlichting gegeven aan ouders en jongeren en is er een nazorgprogramma voor jongeren die met een alcoholintoxicatie zijn opgenomen in het ziekenhuis. Op deze manier wordt de boodschap steeds op verschillende manieren gebracht naar de inwoners, met de verwachting dat dit beter aanslaat. Een andere manier waarop gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers proberen hun communicatie passend te maken, is het laagdrempelig aanbieden van informatie. Zo is er in twee van deze gemeenten een informatiepunt met (vrijwillige) hulpverleners in de wijk waar bewoners naartoe kunnen met hun vraag over gezondheid en welzijn. Uit de interviews met de gemeenten met minder gunstige prevalentiecijfers is niet naar voren gekomen dat er een informatiepunt is.

*Zowel nationale als lokale preventie-initiatieven genoemd als meest succesvol*

Onder de door de gemeenten als succesvol benoemde preventieve initiatieven zitten zowel nationale, regionale als lokale initiatieven. Meer dan de helft van de als succesvol genoemde initiatieven zijn nationale initiatieven of lokale initiatieven gefinancierd uit nationale middelen. Verder zijn er geen duidelijke verschillen zichtbaar in het soort succesvolle initiatieven dat is genoemd. Op de vraag welk effect de geïnterviewden zagen van de uitgevoerde initiatieven, kregen we van vijf gemeenten het antwoord dat ze de initiatieven niet of nauwelijks op effect evalueren. Wel vinden er procesevaluaties plaats voor initiatieven zoals de Gezonde School, JOGG en gezondheidslessen op scholen. Op basis van het aantal scholen met een vignet Gezonde School of het aantal bezoekers aan een evenement wordt bepaald of initiatieven wel of niet succesvol zijn. Ook worden (veranderingen in) prevalentiecijfers uit de Gezondheidsmonitor bekeken om te bepalen of het beleid succesvol is. Eén gemeente met relatief gunstige prevalentiecijfers voert wel effectevaluaties uit en gaf aan dat initiatieven worden stopgezet wanneer blijkt dat ze niet werken.

### *Aandacht voor ontwikkeling, continuïteit en borging van beleid en initiatieven*

Twee gemeenten met gunstige prevalentiecijfers geven aan langlopende initiatieven door te blijven ontwikkelen en aandacht te besteden aan borging. De regie over langlopende initiatieven wordt in deze gemeenten bijvoorbeeld na verloop van tijd overgedragen van de gemeente naar een (al betrokken) externe partij. Dergelijke borging is belangrijk voor een structurele inbedding met een blijvend bereik en effect op de gezondheid van de inwoners. In de derde gemeente met gunstige cijfers en de drie gemeenten met relatief minder gunstige prevalentiecijfers werd dit belang veel minder of niet onderstreept in de interviews. Voldoende financiering voor de uitvoering van initiatieven is cruciaal. Uit de interviews blijkt dat in alle gemeenten het overgrote deel van de initiatieven stopt wanneer financiering wegvalt. Verder blijkt ook uit de interviews dat de drie gemeenten met relatief gunstige prevalentiecijfers meer bekend zijn met en meer gebruikmaken van landelijk aangeboden informatie voor het ontwikkelen van preventief gezondheidsbeleid, zoals de Handreiking Gezonde Gemeente en het Erkenningstraject voor interventies van het RIVM. Beleidsmedewerkers van de gemeenten met minder gunstige prevalentiecijfers geven aan niet bekend te zijn met of geen gebruik te maken van deze landelijk aangeboden informatie. De GGD'en waar deze gemeenten onder vallen, geven daarentegen wel aan hiervan op de hoogte te zijn en zich bij het adviseren van gemeenten te baseren op deze informatie.

## **9.3 Reflectie**

### *Enkele verschillen in karakteristieken tussen gemeenten*

Uit de vergelijking van de kerngetallen en indicatoren uit de zes gemeenteprofielen zijn mogelijke verschillen aan te wijzen die de gunstigere prevalentiecijfers in sommige gemeenten kunnen verklaren. Twee gemeenten met gunstige cijfers scoren gemiddeld hoger op het gebied van maatschappelijke participatie, wat gerelateerd is aan sociale cohesie. Mogelijk hebben hechtere gemeenschappen een meer (zelf)organiserend vermogen, wat bijdraagt aan de betrokkenheid van burgers bij de ontwikkeling en uitvoering van lokaal preventief gezondheidsbeleid. De gemeenten met gunstige prevalentiecijfers hebben ook een kleiner oppervlak en minder dorpskernen. Het is aannemelijk dat het voor gemeenten met minder kernen eenvoudiger is om regie te voeren op beleid dan voor gemeenten met meer dorpskernen. Wellicht wonen de inwoners in deze gemeenten ook minder verspreid, waardoor het gemakkelijker wordt om inwoners te betrekken. Er waren geen verschillen in huidige politieke situaties tussen gemeenten met gunstige en minder gunstige cijfers. Eerder onderzoek laat zien dat landen met een lange historie van linkse politiek meer gefocust zijn op preventie (170). Binnen dit onderzoek hebben we echter niet genoeg data om over een langere termijn de politieke historie van de gemeenten te kunnen bepalen. Uit de interviews kwam naar voren dat een enthousiast en geïnteresseerd college van burgemeester en wethouders bijdraagt aan succesvol preventief gezondheidsbeleid. Dit is in lijn met eerder onderzoek dat aantoonde dat bestuurlijk draagvlak een belangrijke voorwaarde is voor succesvol preventief gezondheidsbeleid (171). Het is voor eventueel vervolgonderzoek ook interessant om te achterhalen of er

in de gemeenten met gunstige prevalentiecijfers meer geld besteed wordt aan lokaal preventief gezondheidsbeleid dan in de andere gemeenten.

*Bevorderende factoren komen overeen met handvatten voor Gezonde Gemeente op Loketgezondleven.nl*

De bevorderende factoren voor succesvol preventief gezondheidsbeleid uit dit onderzoek zijn gericht op een proactieve houding, integrale samenwerking, goede financiering, duidelijke taak- en rolverdeling, betrekken van inwoners, op een passende wijze communiceren naar inwoners en het borgen van lokaal preventief gezondheidsbeleid. Uit de interviews bleek dat er in de gemeenten met gunstige prevalentiecijfers in meerdere mate aan deze factoren gewerkt wordt dan in de andere gemeenten. De bevorderende factoren komen overeen met de handvatten voor het effectief vormgeven van integraal gezondheidsbeleid die aan gemeenten gedaan worden via Loketgezondleven.nl van het RIVM (171). Uit deze handvatten blijkt bovendien dat een mix aan activiteiten vaak succesvol is om aan leefstijlthema's te werken (172-175). Dit komt echter niet als zodanig uit dit onderzoek. Wel blijkt uit dit onderzoek dat het mogelijk belangrijk is om na te denken over de manier waarop financiële middelen lokaal worden besteed. Gemeenten met gunstige prevalentiecijfers bundelen middelen uit verschillende financieringsbronnen om het lokale preventief gezondheidsbeleid structureel vorm te geven. In gemeenten met minder gunstige prevalentiecijfers lijkt hier minder sprake van te zijn. Naast het belang van gemeentelijke regie op het beleid, laat dit onderzoek zien dat de manier waarop die regie wordt uitgevoerd mogelijk van invloed is. Er zijn volgens Loketgezondleven.nl verschillende manieren waarop deze rol kan worden uitgevoerd: als uitvoerder, participant, regisseur of facilitator (171). Terwijl gemeenten met gunstige prevalentiecijfers eerder een rol als regisseur lijken aan te nemen, nemen de gemeenten met minder gunstige prevalentiecijfers een meer uitvoerende of faciliterende rol aan. Met een regisseursrol worden uitvoerende taken uitbesteed en de gemeente zorgt voor afstemming tussen betrokken partijen en stuurt waar nodig op hun bijdragen. Ook bij een faciliterende rol ligt de uitvoering bij andere partijen, maar de gemeente faciliteert alleen en zorgt dus niet voor sturing.

*Benutten van kennis over vormgeven succesvol preventief gezondheidsbeleid nog niet optimaal*

Opvallend is dat de gemeenten met minder gunstige prevalentiecijfers nog onvoldoende op de hoogte lijken te zijn van beschikbare kennis over het vormgeven van preventief gezondheidsbeleid of deze nog niet optimaal benutten, zo bleek uit de interviews. De kennis op het Loketgezondleven.nl kan helpen om preventie rond roken, alcohol, bewegen en overgewicht te bevorderen. Het RIVM voert nu ook 'advies op maattrajecten' uit om kennis beter te benutten in gemeenten (176). Naast het gebruik van beschikbare kennis kan ook het delen van kennis en ervaring met andere gemeenten bevorderend werken. De landelijke overheid kan hier verder op inspelen door betere verspreiding en gebruik van kennis binnen verschillende netwerken te stimuleren. Voor gemeenten met minder gunstige prevalentiecijfers is mogelijk ook winst te boeken door de samenwerking tussen gemeenten en GGD'en te verbeteren. Uit de interviews bleek dat deze samenwerking nog niet optimaal is. Betrokken partijen kunnen integrale samenwerking

bevorderen door interactie met elkaar te stimuleren en afspraken te maken over de verantwoordelijkheden, rollen, taken, tijdbesteding en geld (171).

#### *Enkele beperkingen van het onderzoek*

De beschreven bevorderende factoren kunnen handvatten bieden voor gemeenten, GGD'en en andere partijen om (het vormgeven van) hun preventief gezondheidsbeleid te verbeteren. Dit onderzoek is verkennend van aard en klein van omvang. Dit beperkt mogelijk de herkenbaarheid van de resultaten voor andere gemeenten. Ook is er in dit onderzoek naar het preventief gezondheidsbeleid voor specifieke speerpunten gekeken (roken, alcohol, overgewicht en bewegen). Volgens de geïnterviewden wordt er in de gemeente niet strikt vanuit aparte speerpunten gedacht. Beleid wordt steeds vaker gemaakt vanuit een bredere visie op gezondheid, waarbij bijvoorbeeld ook gekeken wordt naar thema's als schulden of armoede. Beleid op deze en andere speerpunten van het landelijk preventief gezondheidsbeleid, zoals depressie en diabetes, is in dit onderzoek dan ook (grotendeels) buiten beeld gebleven. Bij de start van het onderzoek was het de bedoeling om gemeenten met het grootst mogelijke contrast in prevalentiecijfers te selecteren. Dit bleek niet in alle gevallen mogelijk. Daarom is één gemeente geselecteerd die niet voor drie of meer speerpunten relatief ongunstig scoorde, maar voor alle speerpunten rond het landelijk gemiddelde. Daardoor zijn de verschillen tussen deze twee gemeenten wellicht minder duidelijk dan verwacht. Ook zijn grote steden in dit onderzoek buiten beeld gebleven. Ondanks deze beperkingen in het onderzoek, kwamen er duidelijke verschillen tussen gemeenten met relatief gunstige en relatief ongunstige prevalentiecijfers naar voren. Daarom geeft dit onderzoek wel inzicht in factoren die mogelijk bijdragen aan succesvol preventief gezondheidsbeleid binnen Nederlandse gemeenten.

Concluderend zien we dat er een aantal bevorderende factoren aan te wijzen is voor effectief lokaal preventief gezondheidsbeleid. Deze zijn gericht op een proactieve houding, integrale samenwerking, goede financiering, duidelijke taak- en rolverdeling, betrekken van inwoners, op een passende wijze communiceren naar inwoners en het borgen van lokaal preventief gezondheidsbeleid. De bevorderende factoren komen overeen met eerder genoemde succesfactoren om effectief integraal gezondheidsbeleid vorm te geven. Het is belangrijk dat gemeenten met minder gunstige prevalentiecijfers meer aandacht besteden aan dergelijke bevorderende factoren als zij bewegen willen stimuleren en roken, overmatig alcoholgebruik, en overgewicht willen terugdringen.



## 10 Discussie

Met landelijk preventief gezondheidsbeleid wil de Rijksoverheid de sterke toename van het aantal mensen met één of meerdere chronische ziekten afremmen en gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische positie zo klein mogelijk maken. Het preventief gezondheidsbeleid kende de afgelopen jaren de volgende speerpunten: tegengaan van roken, (overmatig) alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie en bevorderen van bewegen. In dit onderzoek is onderzocht wat het mogelijke effect is geweest van het preventief gezondheidsbeleid tussen 2006 en 2018 op deze speerpunten. Vanuit de gedachte dat veel van het landelijk preventief gezondheidsbeleid lokaal wordt uitgevoerd, is er ook een verkennend onderzoek uitgevoerd naar (lokale) factoren die succesvol gemeentelijk gezondheidsbeleid bevorderen. Hieronder worden voor de zes speerpunten de resultaten van het onderzoek samengevat. Belangrijke bevindingen, die voor meerdere speerpunten naar voren kwamen, worden daarna uitgelicht en in een breder perspectief geplaatst. Vervolgens wordt beschreven hoe er in het verleden meer bereikt had kunnen worden, waaruit lessen getrokken kunnen worden voor het toekomstige preventiebeleid.

### **Veel nieuwe initiatieven tussen 2006 en 2018 gestart**

Om de doelen van het landelijk preventief gezondheidsbeleid te behalen worden voor de zes speerpunten initiatieven uitgevoerd in de vorm van wet- en regelgeving, preventieprogramma's<sup>34</sup>, maatschappelijke bewegingen<sup>35</sup> en voorlichting. Tussen 2006 en 2018 zijn er meer dan 100 van dergelijke initiatieven van de Rijksoverheid, landelijke thema-instituten en gezondheidsfondsen gestart, aangepast of afgerond (5). In 2006 waren dit er nog maar 15. Veel van de initiatieven lopen in 2019 nog steeds of zijn overgegaan in een nieuw (vergelijkbaar) initiatief of zijn aangesloten bij een ander (groter) initiatief. Voor de speerpunten roken en alcoholgebruik zijn de meeste initiatieven uitgevoerd; respectievelijk 30 en 29 initiatieven. Voor overgewicht (25 initiatieven) en bewegen (23 initiatieven) waren dit er iets minder. De minste initiatieven waren er voor diabetes (13 initiatieven) en depressie (11 initiatieven). Hiervan was een aantal wel een groot meerjarig programma. Voor alle speerpunten betrof het grootste deel van de initiatieven voorlichting. Hiermee informeren de overheid en andere partijen burgers over gezonde keuzes en gezond gedrag. Daarnaast werd voor roken en alcohol veel wet- en regelgeving ingezet, en bij overgewicht, bewegen, diabetes en depressie programma's.

<sup>34</sup> In dit onderzoek is een programma gedefinieerd als een geheel van verschillende en vaak samenhangende activiteiten, gericht op het nastreven van bepaalde doelen bij een of meer vastgestelde doelgroepen.

<sup>35</sup> In dit onderzoek is een maatschappelijke beweging gedefinieerd als een initiatief waarin verschillende partijen (bedrijfsleven en/of maatschappelijke organisaties) al dan niet samen met de Rijksoverheid, afspraken maken om ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid acties te ondernemen voor een gemeenschappelijk ideaal en/of doel. Hieronder vallen onder andere convenanten, deals en akkoorden.

### **Daling in percentage rokers en mensen dat overmatig drinkt, andere trends minder gunstig**

Een aantal van de speerpunten heeft zich gunstig ontwikkeld tussen 2006 en 2018. Zowel het percentage volwassenen als scholieren (12-16 jaar) dat rookt of overmatig alcohol drinkt, is gedaald (hoofdstuk 3 en 4). Ook voldeden er in 2018 meer volwassenen en ouderen aan de Beweegerichtlijnen dan in 2006 (hoofdstuk 6). Het percentage jongeren dat aan de Beweegerichtlijnen voldeed is daarentegen licht gedaald tussen 2006 en 2018. Deze ontwikkeling is dus niet zo gunstig. Ook waren de ontwikkelingen voor overgewicht soms ongunstig (hoofdstuk 5). Zo is het percentage volwassenen met overgewicht en obesitas gestegen. Onder jongeren van 4-12 jaar bleef het aandeel met overgewicht en obesitas vrijwel stabiel. Verder steeg het aantal volwassenen dat met diabetes of een stemmingsstoornis (waaronder depressie) geregistreerd staat bij de huisarts (hoofdstuk 7 en 8). Voor diabetes komt dit vooral door de vergrijzing. Voor depressie zeggen deze cijfers waarschijnlijk ook iets over de mate waarin mensen actief hulp zoeken en niet alleen over het aantal mensen met depressie in de bevolking.

### **Effect van initiatieven op speerpunten niet in cijfers uit te drukken**

Voor elk van de zes speerpunten was het niet mogelijk uitspraken te doen over de effecten van de losse initiatieven op de ontwikkeling in de speerpunten tussen 2006 en 2018. In dit onderzoek is gebruikgemaakt van een combinatie van methoden, namelijk een literatuurstudie naar de effectiviteit van de initiatieven, discussiesessies met experts uit het veld en een vergelijking van beleid en trendcijfers met andere landen (voor enkele speerpunten). Er bleek weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de afzonderlijke initiatieven, waarbij gekeken is naar het effect op de speerpunten, zoals het percentage rokers. Voor meer dan de helft van de initiatieven is er ook geen onderzoek gevonden naar de effecten op tussenuitkomsten, zoals de intentie om te stoppen met roken. Ook is er weinig bekend over het bereik van de initiatieven. Om toch meer inzicht te krijgen in de effecten die de initiatieven mogelijk op de speerpunten hebben gehad, zijn experts geraadpleegd. Zij vonden het vanwege het gebrek aan onderzoek ook lastig te beoordelen wat de mogelijke effecten van de initiatieven op de ontwikkeling in de speerpunten zijn geweest. Daarnaast benadrukten zij dat het hele pakket aan maatregelen belangrijk is. Bij de internationale vergelijking bleek dat het uitvoeren van meer (aanbevolen) beleidsinitiatieven niet altijd samen ging met gunstigere ontwikkelingen in de speerpunten. Zo scoorde bijvoorbeeld Nederland voor sommige onderdelen in het tabaksontmoedigingsbeleid beter dan of gelijk aan Denemarken, Oostenrijk en Ierland. Toch was de daling van het percentage rokers tussen 2007 en 2018 het kleinst in Nederland. Daardoor was het ook niet mogelijk uit de internationale vergelijking heldere conclusies te trekken. Daarnaast zijn er in de onderzochte periode meerdere initiatieven uitgevoerd. Bovendien zijn er voor alle speerpunten maatschappelijke, culturele, sociale en politieke factoren aan te wijzen die de ontwikkeling van de speerpunten tussen 2006 en 2018 positief of negatief hebben beïnvloed. Een voorbeeld hiervan met een gunstige effect is de toegenomen aandacht voor een gezonde leefstijl. De toename van beeldschermgebruik heeft daarentegen naar alle waarschijnlijkheid een negatief effect. De ontwikkelingen in de



speerpunten, zoals het percentage rokers of percentage mensen met overgewicht, zijn het gevolg van al deze effecten samen. Daardoor is het effect van de initiatieven niet te onderscheiden.

### **Meeste aanwijzingen voor de invloed van beleid voor roken en alcoholgebruik**

De meeste aanwijzingen voor een gunstig effect van het totaalpakket aan initiatieven zijn er voor roken. Zo daalde het percentage volwassenen dat aangeeft soms te roken tussen 2006 en 2018 sterker dan het berekende trendscenario aangaf. Dit trendscenario beschreef een situatie waarin er geen aanvullend beleid gevoerd zou worden en de daling van het aandeel rokers zich daarom in dezelfde mate zou doorzetten als in de periode ervoor (1990-2006). Ook zijn er voor roken initiatieven ingezet die in onderzoek effectief zijn gebleken en waarvan de experts aangaven dat ze waarschijnlijk gezorgd hebben voor een daling van het aantal rokers. Dit waren allemaal wettelijke maatregelen met een groot bereik. Het ging namelijk om de uitbreiding van het rookverbod naar de horeca, kunst-, cultuur- en sportsector, de accijnsverhogingen en de verhoging van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten van 16 naar 18 jaar. Voor het speerpunt alcohol heeft de verhoging van de leeftijdsgrens in combinatie met de bijbehorende NIX18-campagne waarschijnlijk het meeste effect gehad op het percentage jonge drinkers. Door deze initiatieven zijn roken en alcoholgebruik minder toegankelijk én minder aantrekkelijk gemaakt. Daarnaast heeft de NIX18-campagne bijgedragen aan een verandering van de sociale norm rondom roken en alcoholgebruik.

### **Beleid mogelijk ook van invloed geweest op overgewicht**

De stijging in overgewicht en obesitas onder volwassenen heeft zich tussen 2006 en 2018 in hetzelfde tempo voortgezet als daarvoor. Desondanks is het niet uit te sluiten dat de initiatieven de groei van het aantal mensen met overgewicht en obesitas hebben geremd. Ook voor dit speerpunt zijn er namelijk initiatieven ingezet die in onderzoek en volgens experts effect hebben op overgewicht of gerelateerde tussenuitkomsten, zoals het beweeggedrag. Dit betreft Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG), en Sport en Bewegen in de Buurt. Er zijn echter ook sterke externe ontwikkelingen geweest die zorgen voor een omgeving waarin het makkelijk is overgewicht te ontwikkelen (obesogene omgeving). Voorbeelden hiervan zijn een toename in de beschikbaarheid van makkelijk en energierijk voedsel en zittend gedrag. De effecten van deze externe ontwikkelingen waren waarschijnlijk sterker dan de mogelijke effecten van deze initiatieven, waardoor het percentage mensen met overgewicht is toegenomen.

### **Minste aanwijzingen voor invloed beleid voor diabetes en depressie**

Voor de speerpunten diabetes en depressie zijn er de minste aanknopingspunten om te kunnen zeggen of de initiatieven effect hebben gehad op de trend in het aantal patiënten tussen 2006 en 2018. Voor deze initiatieven is het minst bekend over de effectiviteit. Ook was er in de sessies met de experts veel discussie over de gebruikte indicatoren. Het is namelijk lastig de stijging in het aantal mensen dat bij de huisarts is geregistreerd vanwege diabetes of depressie te duiden. Deze stijging hoeft namelijk niet alleen te komen door een toename van

het aantal mensen met klachten. De toename kan ook komen doordat meer mensen hulp zijn gaan zoeken voor hun klachten. De initiatieven voor diabetes en depressie die tussen 2006 en 2018 zijn begonnen, aangepast of afgerond bestonden voornamelijk uit voorlichting aan de algemene bevolking, risicogroepen en professionals. Deze voorlichting had niet alleen als doel om adviezen over een gezonde leefstijl te geven, maar ook om mensen te helpen risicofactoren en vroege signalen van diabetes of depressie te herkennen. Dit kan ervoor gezorgd hebben dat er tussen 2006 en 2018 meer mensen bij de huisarts zijn geregistreerd met deze aandoeningen, terwijl er niet meer mensen zijn. Zo blijkt uit (internationaal) bevolkingsonderzoek dat de prevalentie van depressie al jaren stabiel is (164, 165).

### **Initiatieven hebben bewustwording vergroot**

Zoals hierboven is beschreven, is het is niet altijd duidelijk te maken wat de bijdrage is geweest van de initiatieven aan de ontwikkeling in de speerpunten. De initiatieven hebben wel geleid tot meer bewustwording. Voor alle speerpunten werd door de experts aangegeven dat de initiatieven er mede voor hebben gezorgd dat burgers en professionals zich bewuster zijn geworden van het belang van een gezonde leefstijl of de noodzaak om hulp te zoeken bij klachten. Verder hebben de initiatieven, in combinatie met verschillende technologische en maatschappelijke ontwikkelingen, ervoor gezorgd dat roken en alcoholgebruik minder normaal zijn geworden. Zo wordt bijvoorbeeld de tabakslobby tegenwoordig minder geaccepteerd en is men zich bewuster geworden van de schadelijke effecten van alcohol op het jonge brein. Dit alles kan mensen motiveren om hun gedrag te veranderen, maar het is op zichzelf meestal onvoldoende. Iemand moet namelijk nog een aantal andere stappen doorlopen voordat zijn gedrag daadwerkelijk verandert (45). Het is goed mogelijk dat mensen door de initiatieven wel een stap(je) vooruit hebben gedaan op weg naar gedragsverandering. Het kan echter nog enkele jaren duren voordat veranderingen in gedrag zichtbaar worden, mits de andere stappen ook doorlopen worden.

### **Effecten beleid waarschijnlijk niet allemaal terug te zien in gekozen indicatoren**

Een aantal initiatieven heeft een effect op tussenuitkomsten of in bepaalde doelgroepen. Deze effecten zijn dan niet meteen terug te zien in veranderingen in de gekozen indicatoren voor de speerpunten op het niveau van de hele bevolking. Zo is door de BOS-Impuls het aantal jongeren met een beweegachterstand dat sport toegenomen (121, 122). Dit hoeft niet direct te leiden tot een stijging in het aantal jongeren dat voldoet aan de Beweegrichtlijnen. Ook zijn (kleine) gedragsveranderingen niet altijd terug te zien in de gepresenteerde cijfers. Een (kleine) stijging in het aantal minuten bewegen per week leidt bijvoorbeeld niet direct tot een stijging in het aantal jongeren dat voldoet aan de Beweegrichtlijnen. Daarnaast blijkt uit procesevaluaties dat sommige initiatieven tot gevolg hadden dat er bijvoorbeeld meer wordt samengewerkt, meer materialen die preventieactiviteiten ondersteunen werden ontwikkeld etc. Dit kan ook bijdragen aan een beter preventiebeleid, zonder dat dit direct is terug te zien in de ontwikkeling van de speerpunten.

### **Beleid nog onvoldoende integraal**

In iedere discussiesessie met experts werd het belang van een integrale aanpak genoemd en dat hier verbetering mogelijk is. Een integrale aanpak wordt sinds 2003 genoemd in de nota's gezondheidsbeleid (1, 2, 4). In 2011 werd echter al duidelijk dat van een dergelijke aanpak in Nederland eigenlijk niet echt sprake is (177). Een integraal beleid is nodig om complexe gezondheidsproblemen aan te pakken. Het is zowel gericht op leefstijlfactoren van mensen als op hun sociale en fysieke omgeving, participatie en toegang tot voorzieningen (178, 179). Sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein werken bij een integrale aanpak samen aan gezondheid (Health in All Policies). De resultaten van het verkennende onderzoek laten zien dat de drie gemeenten met gunstige prevalentiecijfers werken vanuit een integrale visie op preventie, die in samenspraak met diverse partijen binnen en buiten het volksgezondheidsdomein tot stand is gekomen (hoofdstuk 9). Verder kenmerkt een integrale aanpak zich door een mix van interventies en maatregelen in diverse settings, zoals scholen en zorg, en voor diverse doelgroepen, zoals jongeren en mensen met een lage sociaaleconomische positie. Door in te zetten op zowel 'voorlichting en educatie', 'signalering, advies en ondersteuning', 'fysieke en sociale omgeving' en 'regelgeving en handhaving' wordt meer effect op gezondheid bereikt (180). Voor de meeste speerpunten wordt hoofdzakelijk ingezet op 'voorlichting en educatie' en op 'signalering, advies en ondersteuning'. Initiatieven die vallen onder 'regelgeving en handhaving' komen vooral voor bij de speerpunten roken en alcohol. Er zijn relatief weinig initiatieven die zich op de 'fysieke en sociale omgeving' richten.

### **Meer aandacht voor de leefomgeving is nodig**

Bij de discussiesessies voor overgewicht, bewegen en diabetes gaven de experts aan dat er meer effect bereikt had kunnen worden als er meer was ingezet op het realiseren van een gezonde leefomgeving. Voor overgewicht en diabetes ging het dan vooral om het gezonder maken van de voedselomgeving. De experts vinden veel van de bestaande initiatieven op dit terrein, zoals het Akkoord Verbetering Productsamenstelling, te vrijblijvend. Een recent onderzoek van Djojosoeparto et al. onderschrijft dit beeld. In dit onderzoek is de implementatie van beleid met een directe invloed op de voedselomgeving in Nederland door experts beoordeeld als 'afwezig/zeer beperkt', 'zwak' of 'matig' (181). Eind 2018 zijn er in het Nationaal Preventieakkoord meerdere afspraken gemaakt die in dit onderzoek nog niet zijn meegenomen (6). Deze afspraken gaan bijvoorbeeld over het gezonder maken van het voedselaanbod in verschillende settings, zoals bij scholen, in sportkantines, op het werk en in de zorg. Ook is afgesproken om gezonde buurten te realiseren om daarmee mensen te verleiden tot bewegen. Volgens een doorrekening van het RIVM zijn de afspraken van het Nationaal Preventieakkoord echter nog niet genoeg om de gestelde ambities voor overgewicht in 2040 te halen (182). Daarom is er op verzoek van het ministerie van VWS recent een rapport uitgebracht over mogelijke aanvullende maatregelen die bij kunnen dragen aan het behalen van de ambities (183). In dat onderzoek adviseerden experts onder andere om het aantal verkooppunten voor fastfood te beperken en snoepautomaten te verbieden. Het gezonder maken van de leefomgeving vraagt volgens de experts wel om sterker overheidsingrijpen, bijvoorbeeld

via wet- en regelgeving. Een zeer recent advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving pleit ook voor meer wettelijke mogelijkheden om de leefomgeving gezonder te maken (184).

### **Veel initiatieven gericht op algemene bevolking en jongeren**

Integraal beleid zet initiatieven in die gericht zijn op verschillende doelgroepen (178, 179). Voor de speerpunten diabetes en depressie worden binnen een aantal van de programma's activiteiten voor verschillende doelgroepen uitgevoerd. Veel van de geïnventariseerde initiatieven voor de speerpunten roken, alcohol, overgewicht en bewegen zijn op de algemene bevolking gericht. Daarnaast zijn veel van de programma's voor deze speerpunten op jongeren gericht. Dit is logisch vanuit de gedachte dat een gezonde leefstijl makkelijker aan te leren is als je ermee opgroeit. Daarnaast zijn de gezondheidsvoordelen groter als je van jongs af aan een gezonde leefstijl hebt. Volgens de experts kan er echter meer bereikt worden als bepaalde doelgroepen nog meer aandacht krijgen. Zo werden volwassenen als belangrijke doelgroep bestempeld voor de preventie van overgewicht en adolescenten voor depressiepreventie. Verder werd bij alle discussiesessies aangegeven dat het belangrijk is om de doelgroep te betrekken bij het bedenken, ontwikkelen en uitvoeren van de initiatieven. Dit is in lijn met de aanbeveling van de WHO om de gemeenschap te betrekken bij het aanpakken van gezondheidsproblemen (185). Dit vergemakkelijkt gedragsverandering, het aanpassen van de leefomgeving en het veranderen van beleid. Bij meerdere initiatieven, zoals convenanten en akkoorden (in dit rapport maatschappelijke bewegingen genoemd), zijn verschillende partijen betrokken. De 'gewone Nederlander' is meestal nog niet betrokken bij de afspraken of plannen die gemaakt worden. Pas bij de ontwikkeling en uitvoering van specifieke activiteiten die uit de plannen volgen worden ze soms betrokken. In het verkennende onderzoek naar (lokale) factoren die succesvol gemeentelijk gezondheidsbeleid bevorderen, werden in twee van de drie gemeenten met gunstige prevalentiecijfers bewoners betrokken bij de ontwikkeling van beleid en nieuwe preventie-initiatieven.

### **Effectieve maatregelen kunnen sterker worden ingezet**

Voor de speerpunten roken en alcohol wordt meer op wet- en regelgeving ingezet dan voor de andere speerpunten. Wet- en regelgeving heeft bij die speerpunten waarschijnlijk het meest bijgedragen aan de gunstigere ontwikkeling. Toch had er volgens de experts ook voor deze speerpunten meer bereikt kunnen worden. Voor beide speerpunten hadden er volgens hen regelmatigere en hogere accijnsverhogingen ingevoerd kunnen worden. Daarnaast had de daling in het aantal rokers nog groter geweest kunnen zijn als het rookverbod in één keer in alle sectoren was ingevoerd, in plaats van gefaseerd. Overmatig alcoholgebruik was waarschijnlijk nog verder teruggedrongen als er beter was gehandhaafd op de bestaande regels en er een uitgebreider reclameverbod voor alcoholhoudende dranken was geweest. In het Nationaal Preventieakkoord zijn hier ook al afspraken over gemaakt. Voor roken betreft het onder andere de afspraak om de accijnzen te verhogen en meer plekken rookvrij te maken, zoals schoolpleinen, speeltuinen en kinderboerderijen (6). In 2019 waren er al bijna twee keer zoveel kinderboerderijen en beheerde speeltuinen rookvrij als in 2018 (186). Voor het speerpunt alcohol zijn afspraken

gemaakt over het beperken van marketing en het vergroten van de naleving van de leeftijdsgrens. Op dit vlak zijn er vanaf 2018 dus ook al meerdere stappen gezet.

### **Preventie is een zaak van lange adem**

Bij alle discussiesessies kwam ten slotte ook naar voren dat preventie een zaak is van lange adem. Continuïteit in de initiatieven is nodig om tot gedragsverandering te komen. Uit de inventarisatie van initiatieven blijkt dat er weinig initiatieven echt zijn afgerond in de periode 2006 t/m 2018. Regelmatig kregen de initiatieven een vervolg of werden ze opgenomen in andere (soms grotere) programma's. Binnen deze programma's zijn de activiteiten soms wel van korte duur, zoals een jaarlijks wisselende campagne. Onderzoek naar de Nederlandse preventie-uitgaven toont aan dat er in 2003, 2007 en 2013 geheel verschillende activiteiten plaatsvonden en programma's werden uitgevoerd (187). De onderzoekers concluderen dat specifieke gezondheidsbevorderende activiteiten kortdurend, projectmatig en ingegeven door actuele thema's lijken te zijn. In het rapport over aanvullende maatregelen voor het Nationaal Preventieakkoord wordt het belang van voldoende financiering benadrukt, zodat maatregelen langdurig kunnen worden ingezet (183). Ook voor het meten van een effect op de speerpunten is een lange adem nodig. Het is aannemelijk dat er voor leefstijlfactoren sneller effecten van initiatieven zichtbaar zijn dan voor chronische ziekten, zoals diabetes en depressie. Van veel initiatieven weten we echter niet wat de effecten zijn op de langere termijn, bijvoorbeeld na vijf of tien jaar. Onderzoek naar het effect van de initiatieven kijkt vaak niet eens verder dan één jaar, als het er al is. Dit pleit niet alleen voor meer maar ook voor langdurige studies naar het effect van initiatieven.

### **Resultaten verkennend onderzoek op gemeenteniveau zijn in lijn met resultaten speerpunten**

Een aantal van bovengenoemde aspecten komt ook naar voren uit het verkennende onderzoek naar factoren die het vormgeven en uitvoeren van effectief gemeentelijk gezondheidsbeleid kunnen bevorderen (hoofdstuk 9). Het gaat hierbij om het belang van integrale samenwerking, het borgen van het preventiebeleid en het betrekken van inwoners bij de ontwikkeling van initiatieven. Het bleek dat er in de gemeenten met gunstige prevalentiecijfers (voor roken, alcohol, overgewicht en/of bewegen) in meerdere mate aan deze factoren gewerkt werd dan in gemeenten met minder gunstige cijfers. Zo werken de drie gemeenten met gunstige prevalentiecijfers vanuit een integrale visie (zoals het concept 'Positieve gezondheid') op preventie, die in samenspraak met diverse partijen binnen en buiten het volksgezondheidsdomein tot stand is gekomen. Langlopende initiatieven worden doorontwikkeld en er is in deze gemeenten aandacht voor borging. Dit is belangrijk voor een structurele inbedding van het beleid, met een blijvend bereik en effect op de gezondheid van de inwoners. Om het preventief gezondheidsbeleid beter te laten aansluiten bij de behoeften van de inwoners, worden zij in twee gemeenten met gunstige prevalentiecijfers betrokken bij de ontwikkeling van beleid en nieuwe preventie-initiatieven.

Verder laten de resultaten van het verkennend onderzoek zien dat twee van de gemeenten met gunstigere prevalentiecijfers meer gebruik-

maken van grote landelijke initiatieven, zoals JOGG, Sport en Bewegen in de Buurt of de Gezonde School. De derde gemeente met relatief gunstige prevalentiecijfers voert soortgelijke lokaal ontwikkelde initiatieven uit. JOGG en Sport en Bewegen in de Buurt zijn programma's die volgens experts en literatuur effectief zijn in het tegengaan van overgewicht en stimuleren van bewegen. Verder hebben de drie gemeenten met gunstige prevalentiecijfers een pledge getekend in het kader van de maatschappelijke beweging Alles is Gezondheid. Daarmee erkennen zij als gemeente het belang van preventie.

### **Sociaaleconomische verschillen niet uitgebreid onderzocht**

Met het landelijke preventiebeleid wil de overheid ook de gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden verkleinen. Hier is in dit onderzoek niet uitgebreid naar gekeken omdat bij de eerdere inventarisatie van de initiatieven slechts enkele initiatieven gevonden zijn die zich specifiek richten op mensen met een lage sociaaleconomische positie (5). Het onderzoek richtte zich daarom vooral op de effecten van de initiatieven op de speerpunten in de hele bevolking. Daarnaast worden sociaaleconomische gezondheidsverschillen ook beïnvloedt door onderliggende factoren die de speerpunten beïnvloeden, zoals inkomen, werk en onderwijs. Er is in dit onderzoek niet gekeken of de initiatieven een effect hebben gehad op dergelijke factoren. Het blijkt dat verschillen in de speerpunten tussen groepen met een lage, middelbare of hoge opleiding voor de meeste speerpunten niet kleiner zijn geworden (zie Bijlage 9). Het percentage mensen met overgewicht steeg het minst in de groep met een hoger opleidingsniveau, terwijl het percentage mensen dat voldoet aan de Beweegrichtlijn in die groep het meest toenam. Voor deze speerpunten zijn de verschillen tussen hoog- en laagopgeleiden dus toegenomen. Meer aandacht voor groepen met een lagere sociaaleconomische positie of lagere gezondheidsvaardigheden kwam bij de discussiesessies dan ook voor ieder speerpunt naar voren als aanbeveling voor effectiever preventiebeleid. In het recente advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving worden meerdere adviezen gegeven voor gelijkere kansen op een gezond leven, waaronder een wettelijke verplichting om gezondheidsachterstanden terug te dringen (184).

### **Dit onderzoek gaat over wat er is gedaan, en niet waarom**

In dit onderzoek is niet uitgebreid onderzocht in hoeverre het beleid in Nederland afwijkt van het aanbevolen beleid door internationale organisaties, zoals de WHO. Ook is er voor dit onderzoek vooral geïnventariseerd *welke* initiatieven zijn begonnen, aangepast of afgerond, en niet wat er binnen deze initiatieven allemaal voor activiteiten zijn uitgevoerd. Daarnaast worden beleidskeuzes niet alleen gemaakt op basis van de beoogde effectiviteit. Ook aspecten als politiek en maatschappelijk draagvlak en haalbaarheid spelen een belangrijke rol. Het lag buiten de scope van dit onderzoek om dergelijke aspecten te onderzoeken. Het kan interessant zijn te onderzoeken waarom in andere landen bepaalde initiatieven zijn ingevoerd en in Nederland niet. Dit kan inzicht geven in andere aspecten die een rol spelen en kan daarmee belangrijke informatie opleveren over het gevoerde preventiebeleid.

## Conclusie

In dit rapport staat informatie over de uitgevoerde initiatieven en hun effecten voor het eerst voor alle zes speerpunten bij elkaar. Het levert inzichten over de effecten die de initiatieven op de ontwikkeling van de speerpunten tussen 2006 en 2018 hebben gehad. Hieruit volgen lessen over het preventief gezondheidsbeleid in het verleden. Deze inzichten en lessen bieden beleidsmakers eventueel aanknopingspunten om het huidige preventieve gezondheidsbeleid verder vorm te geven en te versterken.

Tussen 2006 en 2018 zijn er veel nieuwe initiatieven begonnen om tabak- en alcoholgebruik te ontmoedigen, bewegen te stimuleren en overgewicht, diabetes en depressie te voorkomen. Deze initiatieven hebben er waarschijnlijk mede voor gezorgd dat mensen in Nederland zich er bewuster van zijn geworden dat deze factoren belangrijk zijn voor de gezondheid. Het is echter lastig vast te stellen hoe groot de bijdrage van de initiatieven precies is geweest op het aantal mensen dat rookt, (overmatig) drinkt, overgewicht heeft, etc. Voor roken en alcohol hebben waarschijnlijk vooral de wettelijke maatregelen, zoals verkooprestricties en accijnzen, er mede voor gezorgd dat er in 2018 minder mensen rookten en overmatig alcohol dronken dan in 2006. Voor de andere speerpunten is de bijdrage van de verschillende initiatieven minder duidelijk. Om meer inzicht in de effecten te krijgen is meer kwantitatief én kwalitatief onderzoek nodig. Kwantitatief onderzoek kan inzicht geven in de effectiviteit en het bereik van de initiatieven. Kwalitatief onderzoek kan helpen begrijpen waarom initiatieven wel of niet werken, en voor wie. Maar ook als deze informatie beschikbaar zou zijn, zouden veranderingen in de speerpunten niet enkel oorzakelijk toe te schrijven zijn aan de initiatieven. Er zijn namelijk allerlei initiatieven tegelijkertijd ingezet. Daarnaast zijn er ook allerlei maatschappelijke, culturele, sociale en politieke factoren die de ontwikkeling van de speerpunten – positief of negatief – beïnvloed hebben. Denk aan een andere sociale norm over roken of de toename van het aantal plekken waar ongezond voedsel wordt verkocht. De effecten van deze factoren en de initiatieven zijn niet van elkaar te onderscheiden. Ook zijn niet alle (positieve) effecten van initiatieven terug te zien in de gekozen indicatoren.

Verder onderstreept dit onderzoek nogmaals het belang van integraal gezondheidsbeleid, waarbij verschillende typen maatregelen worden ingezet, gericht op meerdere doelgroepen, en wordt samengewerkt met verschillende sectoren binnen en buiten het gezondheidsdomein. Door ook meer in te zetten op een gezonde leefomgeving en effectieve maatregelen, zoals wet- en regelgeving, te versterken of in te voeren waar deze nog niet zijn, kan waarschijnlijk meer gezondheidswinst worden gehaald.





## **Bijlage 1: Lijst van geraadpleegde experts**

De experts die niet expliciet toestemming hebben gegeven genoemd te worden, zijn niet opgenomen in deze lijst.

### **Discussiesessie roken**

- Dr. Marcel E. Pieterse, Universiteit Twente
- Dr. Bas van den Putte, Universiteit van Amsterdam
- Prof. Gera Nagelhout, Universiteit Maastricht en IVO
- Dr. Reinskje Talhout, RIVM
- Dr. Janneke Harting, Amsterdam UMC
- Dr. Jeroen Bommel , Trimbos-instituut
- Dr. Hein de Vries, Universiteit Maastricht
- Dr. Jasper Been, Erasmus UMC
- Dr. Jorien L. Treur, Amsterdam UMC
- Prof. Dr. Marc Willemsen, Trimbos-instituut

### **Discussiesessie alcoholgebruik**

- Ir. Wim van Dalen, STAP
- Mr. dr. Rob Bovens, Tranzo en Tilburg Universiteit
- Prof. dr. Dike van de Mheen, Tranzo en Tilburg Universiteit
- Prof. dr. Nico van der Lely, Stichting Jeugd en Alcohol
- Prof. dr. Gemma Blok, Open Universiteit
- Prof. dr. Reinout Wiers, Universiteit van Amsterdam
- Dr. Joris van Hoof, Universiteit Twente
- Drs. Ruud Roodbeen, Tilburg University en Nivel
- Dr. Paul Lemmens, Universiteit Maastricht
- Dr. Hans Dupont, Mondriaan, Verslavingskunde Nederland, Euprevent, Universiteit Maastricht en Radboud Universiteit Nijmegen
- Prof. Ronald Knibbe, Universiteit Maastricht

### **Discussiesessie overgewicht**

- Drs. Frederike Mensink, Voedingscentrum
- Prof. dr. ir. Jaap Seidell, Vrije Universiteit Amsterdam
- Dr. Jutka Halberstadt, Vrije Universiteit Amsterdam
- Prof. dr. Denise de Ridder, Universiteit Utrecht
- Dr. Dagevos, Wageningen Universiteit
- Prof. dr. Pim Assendelft, Radboud Universiteit
- Dr. ir. Lenneke Vaandrager, Wageningen Universiteit
- Dr. Esther Winters, LUMC
- Dr. Dorine Collard, Mulier instituut
- Dr. Kroeze, Vrije Universiteit Amsterdam
- Prof. dr. Ingrid Steenhuis, Vrije Universiteit Amsterdam
- Prof. dr. Gerard Molleman, GGD Gelderland Zuid en Radboud UMC
- Dr. ir. Eva Corpelein, Universiteit Groningen
- Dr. Yvonne Schönbeck, TNO
- Prof. Dr. Ir. Maria Jansen, Universiteit Maastricht
- Dr. Tommy L.S. Visscher, Hanzehogeschool Groningen

### **Discussiesessie bewegen**

- Prof. dr. Lilian Lechner, Open Universiteit
- Prof. dr. Jaap H. van Dieën, Vrije Universiteit Amsterdam
- Dr. Wanda Wendel-Vos, RIVM
- Dr. Hidde van der Ploeg, Gezondheidsraad
- Prof. dr. Mai Chin a Paw, PhD, Amsterdam UMC, Gezondheidsraad
- Dr. Tim Takken, Utrecht UMC, Gezondheidsraad
- Dr. Johan de Jong, Hanze hogeschool
- Dr. Nicolette Schipper - van Veldhoven, NOC\*NSF
- Paul van der Meer, Kenniscentrum Sport & Bewegen
- Dr. Linda Ooms, Mulier Instituut
- Drs. Fleur Boulogne, ZonMw

### **Discussiesessie diabetes**

- Prof. Guy Rutten, Julius Centrum, UMC Utrecht
- Drs. Boudewijn Visscher, Hogeschool Utrecht
- Dr. Frits G.W. Cleveringa, UMC Utrecht
- Dr. Erwin P. Klein Woolthuis, DiHAG
- Prof. Hanno Pijl, LUMC
- Prof. Edith J.M. Feskens, Wageningen Universiteit
- Dr. Tjerk Wiersma, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Prof. dr. Stephan J.L. Bakker, UMCG
- Prof. dr. CDA Stehouwer, Maastricht UMC
- Dr. Peter van Dijk, UMCG
- Drs. Iris de Vries, Vereniging Arts en Leefstijl

### **Discussiesessie depressie**

- Dr. Marja van Bon-Martens, Trimbos-instituut
- Dr. Derek de Beurs, Trimbos-instituut
- Prof. dr. Pim Cuijpers, Vrije Universiteit Amsterdam
- Dr. Tara Donker, Albert-Ludwigs universiteit Freiburg, Vrije Universiteit Amsterdam
- Prof. dr. Annemieke van Straten, Vrije Universiteit Amsterdam
- Dr. Marlies Brouwer, Amsterdam UMC
- Dr. Bart Groeneweg, Depressie Vereniging
- Dr. Eric Ruhé, Donders Instituut, Radboud UMC
- Dr. Heleen Riper, Vrije Universiteit Amsterdam
- Prof. Dr. Brenda Penninx, Amsterdam UMC

## **Bijlage 2: Geïnterviewde initiatieven voor tabaksontmoediging en hun effectiviteit**

### ***Nationaal Programma Tabaksontmoediging (NPT)***

In 2006 is het **Nationaal Programma Tabaksontmoediging (NPT)** van start gegaan. Dit was een initiatief van het ministerie van VWS, het toenmalige Astma Fonds (nu Longfonds), de Nederlandse Hartstichting en KWF Kankerbestrijding. Doel van het NPT was tabaksgebruik en het aantal rokers verminderen (188). Er is jaarlijks een actieplan gemaakt met concrete activiteiten die de partijen gingen uitvoeren. Die activiteiten betroffen voorlichting, deskundigheidsbevordering, richtlijnontwikkeling en onderzoek met een focus op specifieke doelgroepen. Het NPT is in 2010 gestopt.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Volgens een publicatie van Willemsen (17) had het NPT geen duidelijk strategisch programma en was er weinig politieke steun voor nieuwe beleidsmaatregelen. Daarnaast bleek uit de kosten-en-baten-analyse van het RIVM dat de impact van de maatregelen van het NPT, zelfs met een optimistische inschatting, niet voldoende was om het doel van 20% rokers in 2010 te halen (189). Een ander rapport van het RIVM uit 2007 liet zien dat het aantal rokers niet zou dalen met het tabaksontmoedigingsbeleid dat op dat moment geïmplementeerd was (190).

### ***Stoppen-met-rokenprogramma's***

Bij de start van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn **Stoppen-met-rokenprogramma's** in het basispakket opgenomen. Deze bestonden uit gedragsmatige ondersteuning. In 2011 is dit gecombineerd met farmacotherapeutische ondersteuning, zoals nicotinepleisters. Het doel van de nieuwe regeling is de effectiviteit van een stoppoging te vergroten. In 2012 is besloten vergoeding van Stoppen-met-rokenprogramma's uit het basispakket zorgverzekering te halen, om het er een jaar later weer aan toe te voegen.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Zowel Nederlandse als internationale reviews laten zien dat intensieve persoonlijke begeleiding bij stoppen met roken werkt (23-25). Onderzoek wijst ook uit dat nicotinevervangers, gecombineerd met gedragsmatige ondersteuning, kunnen ervoor zorgen dat meer mensen stoppen (24, 191, 192). Een review van 52 studies laat zien dat de combinatie kan zorgen voor 70 tot 100% meer succesvolle stoppogingen (191). Uit een Nederlands onderzoek bleek dat 22% van de mensen die de kosten voor stoppen-met-roken-begeleiding (deels) vergoed kregen, na 2 jaar gestopt was met roken. Van de mensen die de kosten niet vergoed kregen, was dit 8% (30). Als stoppen-met-roken-zorg niet onder het eigen risico valt, zoeken zwangere vrouwen mogelijk eerder hulp bij het stoppen met roken (25, 192, 193).

### ***Restricties op tabaksverkoop aan jongeren***

In 2014 is met een **wijziging in de Tabakswet** de leeftijd voor het verkopen van tabaksproducten verhoogd van 16 naar 18 jaar. De leeftijdsgrens van 16 jaar was in 2003 bij wet geregeld. Met de leeftijdsverhoging hoopt de overheid het aantal jongeren dat gaat roken te verminderen. Sinds 2016 geldt het verbod ook voor e-sigaretten en navulverpakkingen.

Het verbod wordt ondersteund door de campagne **NIX18 | niet roken, niet drinken** die het Trimbos instituut eind 2013 startte in opdracht van het ministerie van VWS. De campagne richt zich, met tv- en radio-spots vooral op jongeren van 13-18 jaar en hun ouders. Deze meerjarige campagne wil de norm dat jongeren voor hun 18<sup>e</sup> niet roken (of drinken) uitdragen, ondersteunen en versterken. De bijbehorende website [www.nix18.nl](http://www.nix18.nl) biedt informatie, tips en tricks en filmpjes voor jongeren en ouders. Via de website zijn ook materialen (zoals posters, muntjes, polsbandjes en raamstickers) verkrijgbaar die helpen NIX18 uit te dragen.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit zowel Nederlands als internationaal onderzoek blijkt dat bij een leeftijdsrestrictie de verkoop van tabak daalt, net als het aantal jongeren dat tabak probeert te kopen. Goede ondersteuning, bijvoorbeeld door campagnes, en handhaving van de maatregelen blijken wel een voorwaarde (25, 28, 194-196). Toen in 2003 de verkoop aan jongeren onder de 16 stopte, daalde het percentage jongeren dat tabak kocht van 26% in 1999 naar 11%. Verder daalde het aantal 13-15 jarigen dat rookte van 20,3% naar 7,4% (31). Evaluatie van de bijbehorende NIX18-campagne gaf aan dat het percentage jongeren dat NIX normaal vindt, steeg van 56% in 2014 naar 61% in 2015. Het percentage ouders dat een NIX-afspraken met hun kinderen maakte steeg van 30% naar 37% (60). De leeftijdsverhoging kan bijdragen aan het veranderen van de sociale norm over roken. Zweeds onderzoek liet bijvoorbeeld zien dat door het verhogen van de minimumleeftijd, de attitude van ouders en oudere vrienden van minderjarigen veranderde, zodat ook zij minder geneigd waren tabaksproducten te kopen voor minderjarigen (197).

### ***Rookverbod in de horeca***

Met een **wijziging in de Tabakswet** is het sinds 2008 verboden om te roken in de sport-, cultuur- en kunstsector en in de horeca. Hierdoor werd de rookvrije omgeving verder uitgebreid. Roken is alleen nog toegestaan in speciale rookruimtes. Roken op de werkplek (2004), in het openbaar vervoer (2004) en in publiek toegankelijke ruimten van openbare gebouwen (1990) was al eerder bij wet verboden. De wetwijziging was bedoeld om het publiek en het personeel in deze sectoren te beschermen tegen meerroken. Eigenaren van kleine cafés voelden zich door de maatregel gedupeerd en spanden een rechtszaak aan. Hierdoor werd in 2011 roken in kleine cafés zonder personeel (kleiner dan 70 m<sup>2</sup>) weer toegestaan. Deze uitzondering is in weer 2014 opgeheven.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit vragenlijstonderzoek onder de Nederlandse bevolking blijkt dat het rookverbod in de horeca resulteerde in een 13% hogere kans op een stoppoging en een 44% hogere kans dat die stoppoging lukte (27). Het rookverbod in de horeca had echter geen invloed op het totale percentage rokers in Nederland(27). Campagnes zijn ook hier nodig om het beleid te ondersteunen (25).

**Gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen**

De Tabakswet die in 1990 was ingevoerd, is in 2016 overgegaan in de **Tabaks- en Rookwarenwet**. Er zijn sindsdien regels gekomen voor producenten, fabrikanten en verkopers van tabaks- en rookwaren, waaronder regels voor verpakkingen en etiketten. Deze regels komen voort uit de Tabaksproductenrichtlijn van de EU en zijn sinds 2001 van toepassing voor alle landen van de EU. Zo is in de wet onder meer bepaald dat er afschrikwekkende foto's op verpakkingen moeten staan, en dat er op de verpakking van sigaren en kruidenrookproducten een verplichte waarschuwing moet staan. Vanaf 2017 worden de nieuwe wettelijke regels gehandhaafd.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit een systematische review van internationaal onderzoek komen geen eenduidige resultaten naar voren over het effect van waarschuwingen op pakjes sigaretten op stopgedrag en beginnen met roken (36). Veel studies vonden helemaal geen effect, of de resultaten waren tegenstrijdig. In een onderzoek dat voor de invoering van de Tabaks- en Rookwarenwet is uitgevoerd, gaf 15% van de rokende Nederlanders aan dat waarschuwingen op de verpakking hun zou laten nadenken over stoppen (198).

**Accijnsverhoging**

In 2008 heeft het toenmalige kabinet een **accijnsverhoging** van 40 cent voor een pakje sigaretten doorgevoerd. De vorige verhoging, van 46 cent, dateerde uit 2004. De Nederlandse overheid voert accijnsverhoging vooral door om extra inkomsten voor de overheid te genereren. Daarnaast is het een onderdeel van het tabaksontmoedigingsbeleid. Meer verhogingen volgden in 2013 (35 cent voor sigaretten en 60 cent voor shag), 2015 (9 cent voor sigaretten en shag), 2016 (54 cent voor shag) en 2018 (17 cent voor sigaretten). Hierdoor is de prijs van tabakswaaren voor de consument verhoogd en is roken duurder geworden. De prijs van tabak (met inflatie) was in 2018 81 procent hoger dan in 2006. Zonder accijnsverhoging en eventuele veranderingen in de BTW zou dit 27 procent zijn geweest (199).

*Weten we over de effectiviteit?*

Door accijns te verhogen, neemt de vraag naar en het gebruik van tabak af, net als het aantal rokers (23-26). Internationaal onderzoek laat zien dat in welvarende landen de vraag naar sigaretten daalt met gemiddeld 4% als de prijs 10% omhoog gaat (29). Accijnzen hebben net zoveel of zelfs meer effect onder sommige kwetsbare groepen dan onder de gemiddelde bevolking (23, 25). Deze kwetsbare groepen zijn bijvoorbeeld zwangere vrouwen, jongeren, en mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Hoe de bevolking denkt over roken is belangrijk voor het effect en acceptatie van accijnsverhoging en het is nodig daar

ook aandacht aan te besteden. Campagnes kunnen bijvoorbeeld het draagvlak onder de bevolking voor dergelijke maatregelen vergroten (25, 26).

### **Onderwijsprogramma's**

Onderwijsprogramma's die zich richten op gezondheid zijn de **Gezonde School** (2008 – nu), **Impuls gezonde leefstijl jeugd (#Jeugdimpuls)** (2012 – 2014) en de **Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde leefstijl** (2012 – nu). In 2008 is het RIVM samen met GGD-GHOR en vele andere partijen het programma **Gezonde School** gestart. Het doel van dit programma is de gezondheid van kinderen en jongeren te bevorderen om zo gezondheidsproblemen op volwassen leeftijd te voorkómen of uit te stellen. Scholen kunnen een Vignet Gezonde School behalen als ze structureel aandacht besteden aan een of meer Gezonde School-thema's én voldoen aan (wettelijke) eisen. 'Roken en alcohol' is één van deze thema's. Het aantal scholen met een Vignet voor het thema 'Roken en Alcohol' is door de jaren heen gegroeid naar 47 in 2018 (PO 14, VO 26 en MBO 7).

In 2012 is het driejarig programma **Impuls gezonde leefstijl jeugd (#Jeugdimpuls)** gestart, als deelprogramma van **Gezonde School**. Via dit programma konden scholen (financiële) ondersteuning aanvragen voor activiteiten die de gezondheid bevorderen, of hulp krijgen bij het aanvragen van het Vignet Gezonde School. Ook konden scholen een advies op maat aanvragen. Aandachtsgebieden van #Jeugdimpuls zijn naast roken, ook alcohol, drugs, voeding, bewegen, seksuele gezondheid en letselpreventie.

In 2012 is de **Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl in en rondom de school (SBGL)** verschenen. Doel was scholen te stimuleren om schoolbeleid te maken met betrekking tot sport, bewegen en een gezonde leefstijl (200). Hiermee worden naast niet roken, ook matige alcoholconsumptie, geen drugsgebruik, gezonde voeding en veilige seks bedoeld.

### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit meerdere internationale reviews blijkt dat onderwijsprogramma's in het algemeen zinvol zijn om te voorkomen dat kinderen gaan roken wanneer deze ook aandacht besteden aan het ontwikkelen van sociale competenties en weerbaarheid (23, 33). Uit reviews van randomised controlled trials (RCT's) blijkt dat op scholen die antirookprogramma's combineerden met programma's over sociale invloed en sociale competenties 12% tot 23% minder leerlingen rookten in vergelijking met andere scholen (34, 201). Onderwijsprogramma's die uitsluitend informeren over de gevaren van roken zijn niet effectief (25).

### **Informeren van burgers en professionals**

#### *Campagnes*

Tussen 2006 en 2018 hebben er veel campagnes plaatsgevonden. Ze duurden één tot zeven jaar en probeerden verschillende doelen te bereiken, zoals voorkómen dat mensen gaan roken, stimuleren dat rokers stoppen en niet-rokers beschermen tegen meer roken. Veelgebruikte hulpmiddelen waren voorlichtingstrainingen, digitale hulpmiddelen, handleidingen, tv- en radiocommercials en posters en

flyers. De doelgroepen waren uiteenlopend, zoals rokers, zorgverleners, ouders, jongeren en de mensen in de sociale omgeving van rokers.

#### *Rookvrije Generatie en aanverwante initiatieven*

Het Longfonds, de Hartstichting en KWF Kankerbestrijding zijn in 2015 samen gestart met de **Rookvrije Generatie**. De fondsen willen met dit initiatief een samenleving creëren waarin opgroeiende kinderen worden beschermd tegen de schadelijke gevolgen van (mee)roken en de verleiding om te gaan roken. Het initiatief is gericht op verschillende voor kinderen relevante domeinen, te weten: rookvrije start, rookvrij spelen en recreëren (zoals rookvrije speeltuinen en kinderboerderijen), rookvrije sport, rookvrij schoolterrein, rookvrije gemeente en rookvrije zorg. De **Rookvrije Generatie** heeft onder andere een website ([www.rookvrijegeneratie.nl](http://www.rookvrijegeneratie.nl)), een campagne (Op weg naar een rookvrije generatie) en allerlei voorlichtingsmaterialen.

De **Taskforce Rookvrije Start** is in 2016 begonnen en stimuleert zorgverleners om (aanstaande) ouders een stoppen-met-roken-advies te geven. Hierbij wordt gebruik gemaakt van ambassadeurs, een e-learning voor alle beroepsgroepen, een uitwisselingsplatform voor ervaringen en ontwikkelingen, en diverse voorlichtingsmaterialen.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Rookvrije Generatie en aanverwante initiatieven hebben we onder deze categorie geschaard. Campagnes zijn van groot belang om beleid te ondersteunen. Verboden en beperkingen hebben namelijk meer invloed als er meer draagvlak voor is (25). Uit internationaal onderzoek blijkt dat een goed uitgevoerde campagne het percentage rokers kan laten dalen met 0,4-0,7 procentpunt per jaar (32). Zo liet een studie zien dat ongeveer 50% van de deelnemers aan **Stoptober** in Nederland na drie maanden gestopt is met roken (202). Het is niet bekend hoeveel van hen na een langere periode nog steeds gestopt zijn. Uit internationaal onderzoek blijkt dat anti-roken campagnes een groter effect hebben als deze langdurig worden uitgevoerd (26). Ook is het belangrijk dat ze genoeg gezien worden, regelmatig geactualiseerd worden en dat ze innovatief blijven (32). Ander internationaal onderzoek laat zien dat campagnes alleen effect hebben als ze gecombineerd worden met andere initiatieven (23), bijvoorbeeld met accijnsverhoging zoals hierboven is beschreven.

#### *Websites*

Het Trimbos-instituut heeft in 2012 de website **www.rokeninfo.nl** gelanceerd. Deze website is voor het algemene publiek en biedt betrouwbare informatie en adviezen over tabak, gebaseerd op de laatste stand van de wetenschap. Daarnaast lanceerde het Trimbos-instituut in 2016 de website **www.ikstopnu.nl**. Deze website is bedoeld om rokers te informeren over, en te ondersteunen bij het stoppen met roken. Op de website staan verhalen van mensen die zijn gestopt en is informatie te vinden over mogelijkheden voor ondersteuning en vergoeding bij het stoppen met roken. Ook staan er links op voor doorverwijzing naar hulp in de buurt. Op de verpakking van tabaks- en rookwaren staat een link naar deze website.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Er is, voor zover wij weten, weinig bekend over het effect van de genoemde websites op roken. De websites fungeren als een bron van informatie. Zo biedt [www.ikstopnu.nl](http://www.ikstopnu.nl) mensen die willen stoppen hulp om de meest geschikte manier te vinden. Uit analyse van de bestaande website door het Trimbos bleek dat bezoekers vooral behoefte hebben aan praktische tips. Maandelijks bezoeken ruim 10.000 mensen de website (203). Online interventies, zoals aangeboden via websites, kunnen mensen helpen te stoppen, zeker wanneer de informatie goed afgestemd is op de doelgroep (194, 204).

**Alles is Gezondheid**

**Alles is Gezondheid** (AIG) is een maatschappelijke beweging die in 2014 gestart is als onderdeel van het Nationaal Programma Preventie (NPP) (205). Binnen AIG kunnen individuen of organisaties actief deelnemen via een 'pledge' en sinds 2018 ook via een 'actie' of een 'Projectcheck'. Individuen kunnen een eigen actie starten in de wijk of buurt. Daarnaast kan met de Projectcheck een gezondheidsproject gecheckt worden op de impact ervan (tot 15 september 2020). En via een pledge kunnen partijen samen afspraken maken om gezamenlijk acties te ondernemen die deze beweging op gang brengen. De beweging heeft als doel te komen tot een gezonder en vitaler Nederland. Iedereen, vanuit elke organisatie of samenwerkingsverband, kan een pledge tekenen. De pledges zijn gericht op vele onderwerpen waaronder de zes speerpunten van het NPP, inclusief roken. Het aantal pledges gericht op roken is toegenomen van 11 bij aanvang tot 30 in 2017.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit de monitor van Alles is Gezondheid uit 2018 blijkt dat het aantal pledges blijft toenemen (399 pledges in 2018 (206) tegenover 374 in 2017 (207)). In de monitor wordt niet ingegaan op de effectiviteit van specifieke pledges gericht op roken (206). Verder blijkt uit een analyse van de bestuurlijk-organisatorische aanpak van Alles is Gezondheid dat de ontwikkeling van zelforganiserende netwerken minstens vijf tot tien jaar in beslag neemt voordat de effecten daarvan onomkeerbaar worden (208). De Universiteit Maastricht onderzoekt is bezig met een procesevaluatie en zoekt manieren om de effecten van Alles is Gezondheid te onderzoeken. De resultaten worden in 2022 verwacht.



## Bijlage 3: Geïnterviewde initiatieven voor alcoholontmoediging en hun effectiviteit

### **Campagnes**

Tussen 2006 en 2018 hebben er veel campagnes voor alcoholontmoediging plaatsgevonden. De campagnes duurden tussen de één en 21 jaar en streefden verschillende doelen na, zoals bewustwording bij ouders vergroten, en jongeren weerbaarder maken (jongerencampagnes). Populaire hulpmiddelen waren tv- en radiocommercials, filmpjes, informatiemateriaal, websites en online cursussen. De doelgroepen waren voornamelijk jongeren en hun ouders.

In 1986 startte het ministerie van VWS een grootschalige landelijke Postbus 51 campagne over alcohol **Drank maakt meer kapot dan je lief is**. De campagne omvatte massamedia activiteiten, voornamelijk televisie- en radiospotjes en regionale activiteiten. In het begin werd de campagne gecoördineerd door het ministerie zelf en van 1996 tot 2008 door het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). In 2002 werd in het kader van 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' de website [www.drinktest.nl](http://www.drinktest.nl) ontwikkeld. Bezoekers van de website kregen aan de hand van een vragenlijst over het eigen alcoholgebruik, gezondheid, attitude en effectiviteit een persoonlijk drinkadvies en informatie. Later werd deze website overgenomen door het Trimbos-instituut.

Na 2008 verdwijnt 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' naar de achtergrond, maar blijft bestaan als paraplu voor een aantal nieuwe campagnes, onder coördinatie van het Trimbos-instituut. De bekendste voorbeelden van campagnes gericht op ouders waren: **Voorkom alcoholische schade bij uw opgroeiende kind** (2008 – 2010), **Uw kind en roken, drinken en blowen? Hoe pak jij dat aan?** (2011 – 2012, samenwerking met STIVORO) en de hierboven beschreven campagne **NIX18 | niet roken, niet drinken**. De eerste campagne richtte zich op het bewust maken van ouders dat zij zelf een belangrijke rol hebben in het uitstellen van het alcoholgebruik bij hun kinderen. Ouders kregen handvatten aangereikt om hier in de opvoeding op een effectieve wijze aandacht aan te besteden. De campagne 'Uw kind en roken, drinken en blowen? Hoe pak jij dat aan?' had als doel ouders van kinderen tussen de 10 en 16 jaar aan te sporen tot een verantwoorde alcohol- roken- en cannabisopvoeding. Hiertoe werden vele soorten campagnemiddelen ingezet zoals tv- en radiocommercials, filmpjes en informatiemateriaal met opvoedtips. Na afloop van de campagne is de website [www.hoepakjijdataan.nl](http://www.hoepakjijdataan.nl) gelanceerd, met informatie en opvoedtips over alcohol, roken en blowen en de online cursus [www.pratenmetuwkind.nl](http://www.pratenmetuwkind.nl).

De jongerencampagnes richtten zich vooral op de omgeving van jongeren, zoals horeca en sportverenigingen. Voorbeelden van jongerencampagnes waren: **Pierre kan het shaken** en **Drinken is geen sport** (in samenwerking met NOC\*NSF) in 2008 en 2009 en **Meer lol met self-control** in 2011. Het doel van deze laatste campagne, waarbij werd samengewerkt met STIVORO, was om jongeren

weerbaarder te maken en hen te laten inzien dat ze zelf kunnen kiezen om niet te drinken, roken en blowen.

In 2012 besloot de overheid te stoppen met alle op gedragsverandering gerichte Postbus 51 campagnes. De slogan 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' wordt wel nog steeds gebruikt. Ook zijn de als onderdeel van de campagne 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' gestarte telefonische Alcohollijn en de website [www.alcoholinfo.nl](http://www.alcoholinfo.nl) nog steeds actief.

De toenmalige minister voor Jeugd en Gezin heeft in 2010 samen met de Werkgroep Alcohol en Jongeren<sup>36</sup> het logo **Geen 16? Geen druppel** gelanceerd. Het doel was om in alle reclame- en andere uitingen van de alcoholbranche, die gericht waren op jongeren en hun ouders, duidelijk te maken dat alcoholconsumptie onder de 16 jaar niet de norm was. Met de verhoging van de wettelijke leeftijdsgrens om alcohol te mogen kopen in 2014 is het gebruik van dit logo gestopt.

Sinds 2015 wordt verder jaarlijks de campagne **IkPas: 30 of 40 dagen zonder alcohol** georganiseerd. Deze campagne is een zogenaamde paraplu-campagne, wat betekent dat IkPas lokale en regionale acties ondersteunt met onder meer een centrale website, herkenbaar logo en naamgeving. Op deze manier wordt getracht lokale en regionale acties, door bijvoorbeeld gemeentes en GGD'en, te versterken. Het doel van de campagne is het bereiken van bewustzijn omtrent het eigen alcoholgebruik. Hiermee wordt gestreefd naar het doorbreken van ongezonde drinkgewoonten.

Tenslotte is het ministerie van VWS in 2015 samen met Stichting Jeugd en Alcohol, zorgverzekeraar DSW, NOC\*NSF en diverse sportbonden<sup>37</sup>, de campagne **Alcoholmisbruik en Sport** gestart. Het doel van deze campagne is het creëren van bewustwording omtrent alcoholgebruik en sport, en een betere handhaving van de wettelijke leeftijdsgrens in sportkantines. In de periode tot 2019 zijn een groot aantal sportclubs bezocht om ze bewust te maken van de schadelijke gevolgen van overmatig drankgebruik onder jongeren en werden mogelijke oplossingen aangedragen voor een betere handhaving.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Campagnes zijn van groot belang om gevoerd beleid te ondersteunen, want ze zorgen voor meer draagvlak onder de bevolking (25). In de 'Jaarevaluatie campagnes Rijksoverheid 2015' (60) zijn de kennis, houding en het gedrag van jongeren en hun ouders van voor de invoering (2013) vergeleken met die na de invoering (2015). Hieruit blijkt dat de NIX18 campagne gedeeltelijk effect heeft gehad. De campagne heeft effect gehad op de houding van jongeren: in 2015 vond 61% van de jongeren het normaal om niet te drinken. In 2014 was dit 56%. Ook is het aandeel jongeren dat aangeeft daadwerkelijk niet te drinken gestegen van 56% in 2013 tot 64% in 2015. Het percentage

<sup>36</sup> De werkgroep Alcohol en Jongeren bestond uit de ministeries van VWS, Jeugd en Gezin, Justitie, en BZK, Koninklijke Horeca Nederland, NOC\*NSF, Centraal Bureau Levensmiddelenhandel en Trimbos-instituut.

<sup>37</sup> Koninklijke Nederlandse Hockey Bond, Koninklijke Nederlandse Voetbal Bond, Koninklijke Nederlandse Lawn Tennis Bond en Koninklijk Nederlands Korfbalverbond

ouders dat afspraken maakt met hun kinderen over drinken is gestegen van 30% in 2014 naar 37% in 2015. Het aandeel ouders (82%) en jongeren (74%) dat de schadelijkheid van alcoholgebruik erkent is stabiel gebleven, net als het aandeel ouders dat het normaal vindt dat jongeren niet drinken (73%) en het aandeel jongeren dat van plan is om niet te drinken voor de leeftijd van achttien jaar (47%). Daarnaast blijkt uit een onderzoek van het Trimbos-instituut dat ouders door de tijd heen strengere regels zijn gaan stellen aan het alcoholgebruik van hun kind. Het percentage ouders dat niet toestaat dat hun kind drinkt steeg van 50% in 2007 naar 69% in 2013 en 77% in 2015 (209). In hoeverre de stijging voorafgaand aan de invoering van de leeftijdsverhoging is toe te schrijven aan de NIX18 campagne wordt niet beschreven door het Trimbos-instituut. Wel wordt benoemd dat er vanaf 2005 geïntensiveerd preventief gezondheidsbeleid werd ingezet op met name ouders, bijvoorbeeld de campagne 'Alcohol en Opvoeding' (209).

Ook de IkPas-campagne wordt positief geëvalueerd. Sinds de invoering van de campagne is het aantal geregistreerde deelnemers gestegen van 4.595 in 2015 naar 7.239 in 2016 en 10.880 in 2017. In dezelfde jaren zijn effectmetingen gedaan, waaruit blijkt dat deelnemers zes maanden en een jaar na de actie nog steeds minder dronken dan voorheen (210-212). Omdat een deel van de deelnemers meerdere jaren meedoet met de actie, is ook onderzocht wat de effecten zijn in deze groep. Hieruit blijkt dat deelnemers die de actie minimaal eenmaal succesvol hebben afgerond, gemiddeld minder drinken dan nieuwe deelnemers. Deelnemers die de actie niet succesvol hebben afgerond, blijken juist meer te drinken dan de andere groepen (210).

Losse massamediale campagnes, die niet worden ingevoerd om andere initiatieven te ondersteunen, zijn daarentegen niet tot nauwelijks effectief (25). Zo blijkt uit een internationaal overzichtsartikel dat massamediale campagnes gericht op alcohol over het algemeen enig effect laten zien op kennis en houding over alcohol, maar niet op alcoholgebruik (213). Soortgelijke resultaten worden gevonden voor sommige Nederlandse campagnes, zoals 'Alcohol en opvoeding' (onderdeel van 'Voorkom alcoholische schade bij uw opgroeiende kind'). De campagne had geen effect op de kennis en houding van het algemeen publiek. Het leidde er wel toe dat men meer praat over wat ouders kunnen doen om alcoholgebruik bij kinderen te verminderen (41% ten opzichte van de 35% voor de start van de campagne). Of dergelijke campagnes ook daadwerkelijk hebben geleid tot een vermindering in (problematisch) alcoholgebruik onder volwassenen en jongeren is niet bekend.

### ***Programma Uitgaan, alcohol en drugs en Programma Veilige en Gezonde Horeca en Evenementen***

Het programma **Uitgaan, Alcohol en Drugs** is in 2002 op verzoek van het ministerie van VWS gestart door het Trimbos-instituut. Het doel was het voorkomen van gezondheidsproblemen door met name drugsgebruik, maar ook alcoholgebruik onder jongeren en jongvolwassenen die uitgaan in de reguliere horeca en/of evenementen bezoeken. Het programma biedt ondersteuning aan professionals en opvoeders door verschillende cursussen aan te bieden en vraagt met

behulp van voorlichting aan jongeren aandacht voor onder andere het thema problematisch alcoholgebruik.

In opvolging van dit programma startte het Trimbos-instituut in 2014 met het programma **Veilige en Gezonde Horeca en Evenementen** (VGHE). Het doel van dit programma was het terugdringen van middelengebruik tijdens het uitgaan en daarmee samenhangende problemen van jongeren (in de leeftijd van 16 tot 24 jaar). Onderdeel van dit programma is goede voorlichting aan jongeren en hun opvoeders over de risico's van middelengebruik. Ook wordt binnen dit programma ondersteuning geboden aan gemeenten bij het vormgeven van gezonde en veilige horeca en evenementen (o.a. handhaving van de Drank- en Horecawet (DHW)). De Zweedse kosteneffectieve STAD-aanpak<sup>38</sup> is met behulp van EU-financiering en financiering vanuit dit VGHE-project doorontwikkeld tot een aanpak gericht op preventie van doorschenken aan dronken horeca-bezoekers. Ten slotte is, in samenwerking met de Gezonde School, een toolbox ontwikkeld voor universiteiten en hogescholen om alcohol- en drugsgebruik onder studenten aan te pakken. Ook is er sinds 2015 een jaarlijkse inspiratiedag, waarop ervaringen en inzichten worden uitgewisseld.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Er zijn voor zover bij ons bekend geen effectstudies gedaan naar het programma Uitgaan, Alcohol en Drugs. Wel is het programma theoretisch goed onderbouwd (214). Ook het effect van maatregelen binnen het programma Veilige en Gezonde Horeca en Evenementen (VGHE) op het gebruik van uitgaansdrugs en alcohol is onbekend. Wel is er gemonitord in hoeverre er gebruik wordt gemaakt van de programma's en bijbehorende interventies. Omdat er binnen het programma's veel interventies bestaan, worden slechts enkele voorbeelden toegelicht. De training 'Alcohol, Drugs en Agressie' (ADA) is acht keer gegeven. Deze training is doorontwikkeld tot een training die aangeboden wordt in de gehele politieorganisatie. Een andere training, voor beleidsmedewerkers van GGD'en en instellingen voor verslavingszorg, is eenmalig gegeven. Daarnaast vindt er jaarlijks een studiedag voor toezichthouders van de DHW plaats, waarbij gemiddeld zo'n 175 deelnemers uit 50-60 gemeenten aanwezig zijn. De cursus 'Verantwoord Alcoholgebruik', die in samenwerking met lokale GGD'en wordt verzorgd, is tussen 2014 en 2016 aan 65 deelnemers gegeven.

#### **Partnership vroegsignalering alcohol**

In 2005 is het **Partnership Vroegsignalering Alcohol** (PVA) van start gegaan. Dit was een expertise-netwerk bestaande uit verschillende partijen gericht op probleemdrinkers<sup>39</sup>. Doel van het PVA was om schade als gevolg van alcoholgebruik terug te dringen via het coördineren, initiëren en ondersteunen van vroegsignalering en het doen uitvoeren

<sup>38</sup> STAD (STockholm prevents Alcohol and Drug problems) is een kosten-effectief programma uit Zweden met als doel het tegengaan van binge drinken door jongvolwassenen. Dit wordt gedaan middels lokale samenwerking en het creëren van draagvlak onder betrokken partijen. Er wordt hierbij ingezet op drie aspecten: training van barpersoneel, handhaving en controle, en een verandering van de heersende sociale norm. <https://www.trimbos.nl/kennis/stad-in-europe-tegengaan-van-binge-drinken-door-jongvolwassenen>

<sup>39</sup> Het expertise-netwerk bestond uit de volgende partijen: Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing (CBO), IQ healthcare, GGD Nederland, Reinier de Graaf Gasthuis, Trimbos-instituut en het kwaliteitsprogramma 'Resultaten Scoren' vanuit GGZ Nederland.

van effectieve preventie en behandeling bij alcoholproblematiek. Onder leiding van het PVA zijn activiteiten ontwikkeld voor jeugdigen, volwassenen en ouderen in de eerste- en tweedelijns-gezondheidszorg, in gemeentelijke preventieprojecten en in de verslavingszorg. De activiteiten bestonden onder andere uit het trainen en ondersteunen van zorgprofessionals in het toepassen van screeningsmethodes en gesprekstechnieken om problematisch gebruik te signaleren en bespreekbaar te maken, gedragsverandering te motiveren of door te verwijzen naar het reguliere zorgaanbod. Het PVA was tot 2014 actief<sup>40</sup>.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

De WHO ziet vroegsignalering als een van de belangrijkste mogelijkheden om alcoholproblemen in de samenleving terug te dringen, na maatregelen die de beschikbaarheid van alcohol beperken (50). In een tussentijdse evaluatie van de eerste (2005 – 2007) en tweede (2007 – 2010) fase van het PVA wordt beschreven dat stimulering en coördinatie vanuit het PVA hebben geleid tot een verhoging van het aantal activiteiten (215). De activiteiten bestonden zowel uit het ontwikkelen als het bevorderen van de implementatie van bestaande of (enkele) nieuwe producten, zoals handleidingen en protocollen. Voorbeelden van ontwikkelde projecten zijn 'Voorkom alcohol schade bij jongeren' en het georganiseerde 'Nationaal Alcoholcongres' in 2006. Het Partnership heeft er verder toe geleid dat de deelnemende organisaties, die tot dan toe los van elkaar hadden gewerkt hun programma's op elkaar hebben afgestemd (215). De auteurs van de tussentijdse evaluatie merken op dat het succes van het PVA zal moeten blijken uit het behalen van de doelstelling: het terugdringen van de schade als gevolg van alcoholgebruik (215). Een eindevaluatie waarin dit doel wordt geëvalueerd is echter niet gevonden.

#### **Accijnzen**

De overheid heft onder de verantwoordelijkheid van de minister van financiën van oudsher **accijnzen** op alcoholhoudende dranken (zie ook paragraaf 1.3.1 Het Nederlandse alcoholbeleid vóór 2006). Inkomsten voor de schatkist geldt daarbij als belangrijkste onderbouwing, maar volksgezondheidsargumenten spelen in toenemende mate ook een rol. Omdat in de praktijk een accijnsverhoging tot een prijsverhoging van drank leidt, beïnvloedt de overheid (indirect) de prijzen van alcoholhoudende dranken. In Nederland worden de accijnzen op alcoholhoudende dranken niet automatisch aangepast aan de inflatie. In de praktijk betekent dit dat er eens per zoveel jaar een correctie plaatsvindt, wat dan leidt tot een relatief grote verhoging van de prijzen in één keer. Als gevolg daarvan daalt de omzet, wat in het verleden heeft geleid tot het terugdraaien van deze accijnsverhogingen (52). Zo heeft in 2006 een accijnsverlaging voor gedestilleerde dranken plaatsgevonden.

In 2008 en 2010 is de accijns voor stille (niet-mousserende) wijn verhoogd en in 2009 voor bier. In 2013 en 2014 vond een algemene verhoging van de alcoholaccijnzen plaats. In 2017 is een

<sup>40</sup> Het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcohol heeft de rol van het Partnership Vroegsignalering Alcohol grotendeels overgenomen.

vereenvoudiging van de accijnstarieven in werking getreden; het onderscheid tussen mousserende en niet-mousserende wijnen en tussenproducten is komen te vervallen. Dit ging vergezeld van een lichte accijnsverlaging op wijnen. De prijs van alcoholhoudende dranken was in 2018 23% hoger dan in 2006. De stijging exclusief BTW en accijns is in deze tijd met 14% toegenomen (199). Een groot deel van de prijsstijging is dus toe te schrijven aan een verhoging van accijns en BTW.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Nationaal en internationaal onderzoek laat consequent zien dat een verhoging van accijnzen, en daarmee een verhoging van de prijs van alcohol, invloed heeft op de consumptie (55, 56). De prijselasticiteit van alcoholhoudende producten varieert van -0,5 voor bier tot -0,8 voor sterke drank. Dit betekent dat accijnzen die de prijs van alcohol met tien procent laten stijgen, leiden tot een afname in consumptie tussen de vijf en acht procent (25). Volgens een maatschappelijke kosten-baten analyse uitgevoerd door het RIVM in 2018 leidt een verhoging van de accijnzen met 50% tot een gemiddelde afname in consumptie van 6%. De effecten zullen lager zijn wanneer de accijnsverhoging gepaard gaat met een verlaging van de prijs van alcohol (d.w.z. deels opgebracht wordt door de alcoholindustrie of retailers) of wanneer consumenten uitwijken naar andere landen om alcoholhoudende dranken te kopen (216). De effecten van prijsmaatregelen zullen hoger zijn wanneer ze gecombineerd worden met andere maatregelen, zoals campagnes, een beperking van het aantal verkooppunten, regulering van de verkooptijden en een verbod op reclame (217).

**Advies Richtlijnen goede voeding en de Schijf van Vijf**

De Gezondheidsraad heeft in 2015 haar advies **Richtlijnen goede voeding** uitgebracht. Het advies is een vervolg op de eerdere adviezen **Richtlijnen goede voeding** uit 1986 en 2006. Het advies bevat in 2015 een nieuwe alcoholrichtlijn: "Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag". De vorige alcoholrichtlijn uit 2006 luidde: "maximaal 1 glas per dag voor vrouwen, maximaal 2 glazen per dag voor mannen". Het Voedingscentrum heeft vervolgens **de Schijf van Vijf** aangepast. Dit is de visuele voorstelling van de richtlijnen voor een gezond eetpatroon die sinds 1953 in Nederland wordt gebruikt in de voorlichting aan het grote publiek.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Er is geen informatie gevonden over de bekendheid en het effect van de (herziene) alcoholrichtlijn op het drinken van alcohol.

**Alcoholvrije Omgeving en Alcoholvrije School**<sup>41</sup>

Vanaf 2007 heeft het Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP) met verschillende subsidiegevers het project **Alcoholvrije Omgeving** uitgevoerd. Aanleiding voor dit project was het hoge aantal kinderen dat op jonge leeftijd begint met alcohol drinken. Het doel van het project was dan ook het stimuleren van een alcoholvrije kindertijd. Hierbij werd

<sup>41</sup> Dit initiatief was per ongeluk niet meegenomen bij de inventarisatie in 2018 en is daarom ook niet opgenomen in figuur 3.5 of besproken bij de discussiesessie met de experts.

gefocusd op zes deelgebieden: thuis, school, jongerenwerk, sport, vakantie en uitgaan. Niet enkel de kinderen zelf stonden hierbij centraal, maar ook ouders, leerkrachten, vrijwilligers en verstrekkers van alcohol werden actief betrokken.

Een belangrijk onderdeel van het project is **alcoholvrije school**. Hierbij heeft er onder andere een inventarisatie plaatsgevonden van zaken waar scholen tegenaan lopen op het gebied van alcohol onder kinderen en jongeren. Vervolgens zijn goede praktijkvoorbeelden van hoe scholen omgaan met alcoholgebruik op de website [www.alcoholvrijeomgeving.nl](http://www.alcoholvrijeomgeving.nl) geplaatst. In 2010 is deze informatie ook beschikbaar gekomen in een flyer en in 2011 werd er een nieuwsbrief gelanceerd. Tot slot is in 2012 en 2014 een keurmerk voor gemeenten en scholen ontwikkeld. Als scholen zich houden aan vijf criteria mag gesproken worden van een alcoholvrije school en mogen zij het logo gebruiken. De criteria zijn: alcoholvrije schoolfeesten, alcoholvrije buitenschoolse activiteiten, schoolregels over alcohol, communicatie rond het alcoholreglement en voorlichting aan leerlingen.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

In 2013 is een onderzoek uitgevoerd naar de Alcoholvrije School onder 951 scholieren van in totaal 51 scholen. Hierin is onder andere meegenomen hoe het alcoholbeleid op scholen is veranderd over de jaren. In 2013 was 1 op de 3 scholen min of meer alcoholvrij en bezaten 30 scholen het keurmerk 'Alcoholvrije school'. Uit het onderzoek kwam naar voren dat het percentage scholen waar alcohol wordt geschonken tijdens schoolfeesten is gedaald van 76% in 2005 naar 63% in 2009 en 41% in 2012. Desondanks is het percentage leerlingen dat aangeeft wel eens alcohol te drinken tijdens schoolfeesten niet gedaald en stabiel gebleven op 65%. Het percentage scholen dat toestaat dat alcohol gedronken wordt tijdens werkweken is gedaald van ongeveer 40% in 2009 naar ongeveer 15% in 2012. Het percentage leerlingen dat alcohol heeft gedronken tijdens werkweken ligt echter hoger (rond de 42% in 2012). Zowel docenten, ouders als leerlingen ondersteunen een alcoholvrij beleid. Wel gaven ouders en leerlingen aan dat de communicatie en controles beter konden (218).

#### **Gezonde School**

In 2008 is het programma **Gezonde School** gestart. Het doel van dit programma is de gezondheid van kinderen en jongeren te bevorderen en daarmee gezondheidsproblemen op volwassen leeftijd te voorkomen of uit te stellen. Scholen kunnen een Vignet Gezonde School behalen als ze structureel aandacht besteden aan één of meer Gezonde School thema's én voldoen aan (wettelijk) gestelde eisen. Alcoholgebruik valt onder het thema 'Roken-, alcohol- en drugspreventie'. Het aantal scholen met een Vignet voor dit thema is door de jaren heen gegroeid naar 47 in 2018 (14 primair onderwijs; 26 voortgezet onderwijs; 7 middelbaar beroepsonderwijs). Scholen die dit vignet hebben behaald voeren de interventie **De gezonde school en genotmiddelen** uit. Dit is een erkende integrale interventie die niet enkel is gericht op de leerlingen, maar ook op docenten en ouders. In 2018 werden op 60% van de middelbare scholen in Nederland onderdelen van de interventie 'De gezonde school en genotmiddelen' uitgevoerd (219). In het kader van het Gezonde School deelprogramma **Impuls gezonde leefstijl**

**Jeugd (#JeugdImpuls 2012-2015)** konden scholen (financiële) ondersteuning aanvragen voor activiteiten die de gezondheid bevorderen, hulp krijgen bij het aanvragen van het Vignet Gezonde School of een advies op maat aanvragen. Uit een rapportage van het RIVM blijkt dat ruim 2.500 scholen gebruik hebben gemaakt van het ondersteuningsaanbod van het programma #Jeugdimpuls (220).

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Er is geen informatie gevonden over het effect van het programma Gezonde School op het alcoholgebruik van jongeren. Wel is er onderzoek gedaan naar schoolprogramma's in het algemeen en de interventie 'De gezonde school en genotmiddelen' (DGSG), welke binnen het programma Gezonde School valt. Hiervoor worden wisselende resultaten gevonden. De eerste studie uit 2002 vond dat de interventie positieve effecten heeft op de kennis over alcohol en het alcoholgebruik onder jongeren, en dat deze effecten tot enkele jaren na de interventie aanhielden (65). Zo had drie jaar na de interventie 73,8% van de jongeren in de interventiegroep wel eens gedronken, tegenover 80,5% in de controlegroep. Ook het aantal consumpties per week verschilde drie jaar na de interventie significant. Jongeren in de interventiegroep dronken gemiddeld vier drankjes per week, terwijl dit voor jongeren in de controle groep ruim vijf drankjes was. In een later onderzoek naar DGSG werden geen effecten gevonden op alcoholgebruik. Scholieren tussen de 11 en 15 jaar die mee hadden gedaan aan een interventie dronken niet minder vaak dan scholieren in de controle groep (66). In die tussentijd was de interventie wel op meerdere punten gewijzigd.

In een andere Nederlandse studie werden verschillende schoolinterventies en de effecten hiervan op alcoholgebruik onder scholieren onderzocht. Deze interventies waren gericht op ouders, scholieren (vergelijkbaar met interventies binnen de Gezonde School), of een combinatie van beide. De interventie gericht op scholieren had geen effect op drankgebruik. De gecombineerde interventie, gericht op zowel ouders als scholieren, had wel significante en langdurige effecten. Na follow-up bleek dat minder scholieren waren gestart met overmatig drankgebruik op een wekelijkse basis in vergelijking met de scholieren die geen interventie hadden ontvangen (64).

Van de scholen die gebruik hebben gemaakt van #Jeugdimpuls, geeft 57% aan dat het deelprogramma hen heeft gestimuleerd om werken aan gezondheid op te nemen in hun schoolbeleid. Verder geeft 75% van de scholen aan dat ze door de ondersteuning structureel aan de slag kunnen met gezondheid. Door het ondersteuningsaanbod is 29% van de scholen geholpen bij het halen van het Gezonde School vignet (220). Specifiek voor het thema Roken-, alcohol- en drugspreventie is in 2018 aan minder dan 1% van de primair onderwijs-scholen, 3% van de voortgezet onderwijs-scholen en 36% van de mbo scholen het ondersteuningsaanbod uitgekeerd (186). In totaal waren er in 2016 979 scholen met het vignet Gezonde School en waren er 1253 themacertificaten behaald. In het primair onderwijs zijn 12 certificaten behaald binnen het thema 'Roken en alcohol'. In het voortgezet onderwijs zijn er 19 certificaten behaald binnen het thema 'Roken, alcohol en drugspreventie' en in het middelbaar beroepsonderwijs zijn er



2 certificaten behaald binnen het thema 'Roken, alcohol, drugs en gehoorschade' (221).

***Aanpassing Mediawet: verbod op alcoholreclame op tv en radio***

Via een aanpassing in **de Mediawet** kent Nederland sinds 2009 een verbod op alcoholreclame op televisie en radio van 06.00 uur tot 21.00 uur. Het verbiedt Nederlandse omroepen in het genoemde tijdvak commercials voor alcoholhoudende dranken uit te zenden op televisie en radio, met als doel jongeren niet te confronteren met alcohol. Het betreft dus een gedeeltelijk reclameverbod, geldend voor een beperkte tijdsduur en een beperkt aantal verspreidingskanalen. Op de regelgeving wordt toegezien door het Commissariaat voor de Media.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Door zichtbaarheid van alcohol en alcohol drinkende mensen in reclames kunnen sociale normen veranderen en kunnen jongeren het idee krijgen dat alcoholgebruik normaal is. Hierdoor beginnen jongeren mogelijk eerder met drinken, en drinken ze meer dan wanneer ze niet aan reclames worden blootgesteld (222, 223). Hoewel er weinig bekend is over het effect van reclameverboden, wordt vanwege dit effect van reclame geschat dat een volledig verbod op reclame, sponsoring en marketing zou leiden tot een daling in consumptie van 2-9% (216). Nederland kent geen volledig, maar een gedeeltelijk reclameverbod, namelijk tussen 06.00 en 21.00 uur. Uit een onderzoek dat is gedaan naar de effecten van dit verbod, blijkt dat het verbod de zichtbaarheid van en blootstelling aan alcoholreclames heeft verhoogd in plaats van verlaagd. Zo is het aantal alcoholreclames op tv dat direct na 21.00 wordt uitgezonden verdrievoudigd tussen 2007 en 2010. Hierdoor steeg de blootstelling aan deze reclames voor volwassenen met 57,3%, voor jongeren tussen de 12 en 17 jaar met 61,7% en voor kinderen tussen de 6 en 11 jaar met 5,4%. Dit vergroot het risico dat 12 tot 17 jarigen gaan drinken (61). Daarnaast kan een verbod op reclame en marketing via radio en televisie, wat in Nederland het geval is, leiden tot promotie via alternatieve kanalen, zoals social media of een verhoogde zichtbaarheid van alcoholhoudende producten in films en series. Dit vermindert de effectiviteit van het reclameverbod (25).

***Gezonde Slagkracht***

In 2009 startte ZonMW, met financiering van het ministerie van VWS, het programma **Gezonde Slagkracht**. Dit programma richtte zich op de ontwikkeling van kennis en ervaring over een integrale lokale gezondheidsaanpak op het gebied van schadelijk alcoholgebruik, roken, drugs, bewegen en overgewicht. Met subsidie konden gemeenten bestaande interventies invoeren of nieuwe interventies ontwikkelen op de genoemde thema's, waarbij steeds meerdere sectoren betrokken waren. Verder had het programma als doelstelling interventies te ondersteunen in het erkenningstraject van het toenmalige Centrum Gezond Leven (nu Loket Gezond Leven) van het RIVM<sup>42</sup>. Van de 34 projecten die zijn gesubsidieerd in de periode 2009 – 2014 waren er 18 gericht op alcohol.

<sup>42</sup> <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/erkenningstraject>

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Het is niet bekend of het programma Gezonde Slagkracht effect heeft gehad op het aantal mensen dat (problematisch) drinkt. Uit een evaluatie van ZonMw blijkt wel dat gemeenten bestaande producten en interventies gaan gebruiken (224). In totaal zijn er meer dan 400 interventies uitgevoerd. Uit een analyse van de projectdossiers en eindverslagen van de inmiddels afgeronde projecten blijkt dat zonder het programma Gezonde Slagkracht 45% van deze interventies niet zou zijn uitgevoerd. Verder is door het programma 13% van de interventies versneld uitgevoerd en 20% is geïntensiveerd. Eind 2014 waren er in totaal 41 interventies bij het erkenningstraject ingediend. Hiervan waren er ten tijde van de rapportage 29 erkend (goed beschreven, goed onderbouwd of theoretisch effectief) (225). Het is niet beschreven hoeveel van deze erkende interventies gericht waren op (problematisch) alcoholgebruik. Verder heeft het programma een impuls gegeven aan integraal gezondheidsbeleid op lokaal niveau. In 90% van de projecten werkten verschillende beleidssectoren binnen dezelfde gemeente samen. De burgerparticipatie in de deelnemende gemeenten breidde tussen 2009 en 2014 uit van 10% naar 80% en de publiek-private samenwerking steeg van 5% naar 45% (224). Verder blijkt dat het programma een grote hoeveelheid kennis en ervaringen over de verschillende thema's heeft opgeleverd.

***Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl in en rondom de school (SBGL)***

Het doel van de **Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl in en rondom de school (SBGL)** uit 2012 was om scholen te stimuleren om te komen tot schoolbeleid met betrekking tot sport, bewegen en een gezonde leefstijl. Scholen konden op verschillende gezondheidsthema's een certificaat aanvragen. Wanneer dit werd goedgekeurd, ontvingen zij het vignet Gezonde School. Het programma eindigde in 2016, maar werd voortgezet binnen de Gezonde School 2017-2020.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit het eindrapport van de Onderwijsagenda SBGL, blijkt dat de onderwijsagenda erin is geslaagd om de inspanningen en middelen van een groot aantal organisaties, die zich richten op het onder de aandacht brengen van gezondheidsthema's bij het onderwijs, te bundelen (221). De onderwijsagenda heeft ervoor gezorgd dat scholen niet meer door aparte instanties worden benaderd, maar dat aanbod gecoördineerd wordt. De Onderwijsagenda SBGL biedt sinds 2013 samen met het RIVM het landelijk ondersteuningsaanbod aan scholen die willen werken aan Gezonde School. Er zijn 3.948 ondersteuningstrajecten toegekend tussen 2013 en 2016. Er is niets gerapporteerd over het directe effect van het programma op alcoholgebruik onder jongeren.

***Aanpassingen Drank- en Horecawet: Uitbreiding bevoegdheden gemeenten***

Met ingang van 1 januari 2013 is de **Drank- en Horecawet (DHW)** aanzienlijk gewijzigd. Het belangrijkste element van de wetswijziging betrof de uitbreiding van de bevoegdheden van gemeenten. Zo hebben gemeenten sinds 2013 onder meer de mogelijkheid om extreme prijsacties, zoals happy hours in de horeca en stuntprijzen in

supermarkten en slijterijen te verbieden. Ook kunnen zij bepalen dat jongeren onder een bepaalde leeftijd niet meer mogen worden toegelaten in de horeca na een bepaald tijdstip. Ook werden gemeenten bevoegd zelf toezicht te houden op de naleving van de regels van de DHW. Tot 2013 was het toezicht in handen van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA). Ten slotte kunnen gemeenten supermarkten, die meerdere malen de regels met betrekking tot de leeftijdsgrenzen overtreden, verbieden alcohol te verkopen voor een periode van 1 tot 12 weken. Sinds 2013 kent de DHW ook een landelijk verbod voor jongeren onder de 16 jaar om alcohol bij zich te hebben op publiek toegankelijke plaatsen, zoals de openbare weg, plantsoenen, parken, portieken, trappen, overdekte winkelcentra, festival en evenemententerreinen, sportvelden, stations, stadions, campings (met uitzondering van de tenten van de gasten), horecagelegenheden et cetera.

In 2014 wijzigde de DHW weer. Naast een verhoging van de leeftijdsgrens om alcohol te mogen kopen werden alle gemeenten verplicht periodiek een preventie- en handhavingsplan op te stellen. Dit plan bevat de doelen, acties en te behalen resultaten van het lokale alcoholbeleid en de handhaving van de DHW. Het accent ligt op de leeftijdsgroep onder de 18 jaar, met als prioriteit handhaving van de wettelijke leeftijdsgrens. Voor 18-24 jarigen gaat het vooral om het voorkómen van overmatig alcoholgebruik tijdens het uitgaan.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

In 2016 heeft staatssecretaris Van Rijn de opdracht gegeven om de nieuwe DHW uit 2014 te evalueren. Hierbij zijn de effecten van het uitbreiden van de bevoegdheden van gemeenten op problematisch alcoholgebruik en alcoholgebruik onder jongeren niet onderzocht. Wel is uit de evaluatie gebleken dat het merendeel van de gemeenten positief staat tegenover de decentralisatie van het toezicht en de handhaving. Gemeenten werden meer betrokken bij het alcoholbeleid in Nederland en hebben meer zelf de regie. Er vinden meer controles plaats dan voorheen en het contact met verstrekkers van alcohol is verbeterd (62). Ook wordt er meer lokaal en regionaal onderzoek naar handhaving uitgevoerd en lijkt de wijziging van de DHW over het algemeen te hebben geleid tot betere handhaving (59). Het blijkt echter wel dat gemeentes de handhaving verschillend invullen. Daarnaast ondervindt de meerderheid van de gemeenten één of meerdere knelpunten bij de uitvoering van het toezicht. Ook kunnen niet alle onderdelen van de wet eenvoudig gehandhaafd worden, zoals het verbod op prijsacties en de verkoop van alcohol via online kanalen.

#### ***Aanpassingen Drank- en Horecawet: (Ver)koop drank naar 18 jaar***

In 2014 heeft er een aanpassing van de **Drank- en Horecawet** (DHW) plaatsgevonden. Sinds 1 januari 2014 geldt er één leeftijdsgrens van 18 jaar voor de verkoop van alle alcoholhoudende dranken. Vóór 2014 lag de grens op 16 jaar voor de verkoop van zwak-alcoholhoudende drank en op 18 jaar voor de verkoop van sterke drank. Deze nieuwe leeftijdsgrens geldt zowel voor detailhandelsverkoop als voor het schenken van drank in de horeca. Met de verhoging van de wettelijke leeftijd wordt beoogd het alcoholgebruik onder jongeren te verminderen.

Het verbod wordt ondersteund door de campagne **NIX18 | niet roken, niet drinken** die het Trimbos-instituut eind 2013 startte in opdracht van het ministerie van VWS. De campagne 'NIX18 niet roken, niet drinken' richt zich, middels tv- en radio-spotjes, vooral op jongeren tussen de 13 en 17 jaar, hun ouders en het algemeen publiek. Het doel van de campagne is het versterken van de norm dat het normaal is dat jongeren onder de 18 jaar niet drinken (en roken). De bijbehorende website [www.nix18.nl](http://www.nix18.nl) biedt informatie, tips en tricks en filmpjes voor jongeren en ouders. Via de website zijn ook materialen (zoals posters, muntjes, polsbandjes en raamstickers) verkrijgbaar die helpen NIX18 uit te dragen.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Internationale literatuur laat zien dat het verhogen van de leeftijdsgrens een effectieve maatregel is (226). Uit een review met 132 geïncludeerde studies komt naar voren dat bij een verhoging van de leeftijd er substantiële effecten zijn op drinkgedrag bij jongeren en alcohol gerelateerde ongelukken (57). Deze effecten hielden aan, ook nadat de jongeren de minimumleeftijd om te drinken bereikt hadden. In Nederland zijn er geen effectstudies uitgevoerd naar de verhoging van de leeftijdsgrens. Wel kunnen de cijfers voorafgaand aan en na de invoering van de wet vergeleken worden. Hieruit komt naar voren dat jongeren sinds 2003 minder vaak zijn gaan drinken, maar dat de daling het sterkst was na verhoging van de leeftijdsgrens (58). Zo had in 2011 66% van de jongeren tussen 12 en 16 jaar wel eens gedronken, terwijl dit in 2015 was gedaald naar 45%. Ook begonnen zij op latere leeftijd met drinken. Ook de gemiddelde leeftijd waarop jongeren met een alcoholintoxicatie opgenomen worden is gestegen en het aantal 10-14 jarigen met een alcoholintoxicatie is gedaald in de periode 2007 – 2016 (227). Het is echter niet vast te stellen of deze veranderingen het directe gevolg zijn van de leeftijdsverhoging.

De effectiviteit van een verhoogde leeftijdsgrens hangt nauw samen met de naleving van de wet. Ook cijfers over naleving van de minimumleeftijd van voor en na de wijziging van de leeftijdsgrens zijn daarom vergeleken. Hieruit bleek dat de naleving van de minimumleeftijd voor alcoholverkoop steeg van 47% in 2013 naar 56% in 2014 en 74% in 2016 (59). Uit een onderzoek met minderjarige "mystery shoppers" bleek dat de nalevingscijfers echter sterk afhangen van de plek van aankoop. Zo werden de leeftijdsgrenzen het best nageleefd in ketenslijterijen (88,0%) en het slechtst bij webshops (2,2%) en maaltijdbezorgdiensten (1,1%). Al met al werd slechts in 38% van de 2309 aankoopogingen de wet nageleefd. In 62% van de pogingen kreeg de minderjarige dus wel alcohol mee (228).

#### ***Alles is Gezondheid***

**Alles is Gezondheid** (AIG) is een maatschappelijke beweging die in 2014 gestart is als onderdeel van het Nationaal Programma Preventie (NPP) (205). Binnen AIG kunnen individuen of organisaties actief deelnemen via een 'pledge' en sinds 2018 ook via een 'actie' of een 'Projectcheck'. Individuen kunnen een eigen actie starten in de wijk of buurt. Daarnaast kan met de Projectcheck een gezondheidsproject gecheckt worden op de impact ervan (tot 15 september 2020). En via een pledge kunnen partijen samen afspraken maken om gezamenlijk

acties te ondernemen die deze beweging op gang brengen. De beweging heeft als doel te komen tot een gezonder en vitaler Nederland. Iedereen, vanuit elke organisatie of samenwerkingsverband, kan een pledge tekenen. De pledges zijn gericht op vele onderwerpen waaronder de zes speerpunten van het NPP, inclusief problematisch alcoholgebruik. Tot de pledges gericht op (problematisch) alcoholgebruik behoort onder andere het programma Gezonde Slagkracht en ook organisaties zoals Jellinek en het Trimbos-instituut tekenden een pledge.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit de monitor van AIG uit 2018 blijkt dat het aantal pledges is toegenomen van 374 in 2017 (207) naar 399 in 2018 (206). Deze toename is minder dan voorgaande jaren (2014 – 2017). In 2017 was ongeveer tien procent van de pledges gericht op het speerpunt alcoholgebruik (207). In de monitor wordt niet ingegaan op de effecten van deze specifieke pledges op het gebruik van alcohol (206). Verder blijkt uit een analyse van de bestuurlijk-organisatorische aanpak van AIG dat de ontwikkeling van zelforganiserende netwerken minstens vijf tot tien jaar in beslag neemt voordat de effecten, in het geval van AIG de gezondheidseffecten, daarvan onomkeerbaar worden (208). De Universiteit Maastricht onderzoekt is bezig met een procesevaluatie en zoekt manieren om de effecten van Alles is Gezondheid te onderzoeken. De resultaten worden in 2022 verwacht.

**KOPP/KOV Handreiking**

In 2016 is, in opdracht van het ministerie van VWS, de door het Trimbos-instituut ontwikkelde digitale **KOPP/KOV Handreiking** ([www.koppkov.nl](http://www.koppkov.nl)) verschenen. KOPP/KOV staat voor Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) en Kinderen van Ouders met een Verslaving (KOV). De handreiking heeft als doel samen te werken aan preventie en zorg te dragen voor kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en/of kinderen van ouders met een alcohol- en/of drugsverslaving (KOV). Deze kinderen lopen namelijk een verhoogde kans op het ontwikkelen van psychische en/of verslavingsproblematiek. De website [www.koppkov.nl](http://www.koppkov.nl) bevat verschillende materialen (o.a. informatie, een toolbox en trainingen) bedoeld voor professionals, gemeenten, zorgverzekeraars, ouders, naasten en kinderen.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

De KOPP/KOV Handreiking is een website die verschillende materialen bevat, bedoeld voor professionals, gemeenten, zorgverzekeraars, ouders, naasten en kinderen. De materialen zijn onder andere informatie, een toolbox en interventies. De KOV interventies zijn veelal cursussen die een positieve ouder-kind interactie versterken, ondersteuning bieden aan ouders in hun ouderrol, het zelfvertrouwen en sociale redzaamheid van het kind versterken en een ondersteunend netwerk aanbieden (161). Voor zover bij ons bekend is er geen onderzoek gedaan naar de effecten van deze interventies op alcoholgebruik onder kinderen van verslaafde ouders. Wel is er voor individuele interventies gekeken naar de effecten op het welzijn van kinderen. Zo vermindert de doe-praat-groep (een groepscursus voor kinderen tussen de acht en twaalf jaar) negatieve gedachten en verhoogt het gevoel sociaal geaccepteerd te worden. Ook leidt de

interventie tot een hoger gebruik van steun binnen het sociale netwerk (63).

## **Bijlage 4: Geïntervieweerde initiatieven voor overgewichtpreventie en hun effectiviteit**

### ***Advies richtlijnen goede voeding en Schijf van Vijf***

De **Richtlijnen goede voeding** zijn onder andere bedoeld om de overheid te ondersteunen bij het ontwikkelen van voedingsbeleid en bij het volgen van de effecten van dat beleid. De Gezondheidsraad heeft in 2006 en in 2015 een vernieuwd advies Richtlijnen goede voeding uitgebracht. Deze zijn een vervolg op het eerdere advies Richtlijnen goede voeding uit 1986. Het advies van 2015 is meer op voedingsmiddelen gericht en minder op voedingsstoffen, zoals eerder het geval was. Het Voedingscentrum heeft in 2016 het advies Richtlijnen goede voeding 2015 vertaald naar de Richtlijnen **Schijf van Vijf** (229) als praktische vertaling en onderbouwing voor de vernieuwde versie van de Schijf van Vijf. De Schijf van Vijf is de visuele voorstelling van de richtlijnen voor een gezond eetpatroon die sinds 1953 in Nederland wordt gebruikt in de voorlichting over goede en gezonde voeding, gericht op het grote publiek.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Op basis van de Richtlijnen goede voeding stelt het Voedingscentrum voedingsvoorlichting op, zoals de Schijf van Vijf. Er is geen informatie gevonden over het effect van de Schijf van Vijf op overgewicht. Dit is te verwachten omdat het een algemene richtlijn is voor gezonde voeding en niet specifiek gericht op overgewicht. In 2015 was de naam 'Schijf van Vijf' bekend bij 92% van ruim 1000 ondervraagde Nederlanders, en 61% van de bevraagden zegt te weten wat de Schijf van Vijf inhoudt (229). Het is niet bekend of personen die de Schijf van Vijf zeggen te kennen anders eten of een ander lichaamsgewicht hebben dan personen die de Schijf van Vijf niet kennen. Het Voedingscentrum geeft aan dat uit peilingen blijkt dat professionals de Schijf van Vijf een handig hulpmiddel vinden om uitleg te geven over gezonde voeding. In een survey van het Voedingscentrum onder ongeveer 100 diëtisten geeft 75% aan de Schijf van Vijf te gebruiken (229).

### ***Gezonde Schoolkantine***

Het ondersteuningsprogramma **Gezonde Schoolkantine** biedt sinds 2003 het voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs concrete handvatten om een gezondere schoolkantine te realiseren. Het programma heeft als doel jongeren te helpen een gezond eetpatroon te ontwikkelen door het laten ervaren dat gezond eten lekker en heel gewoon is.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

In 2018 had 21% van de vo-, po- en mbo-scholen een Gezonde Schoolkantine (230). De Gezonde Schoolkantine heeft in de interventiedatabase Gezond en Actief leven een erkenning als 'goed onderbouwd'. In schooljaar 2010-2011 is onder andere onderzocht of het aanbod van voedingsmiddelen verschilde tussen scholen die wel en scholen die niet deelnemen aan de Gezonde Schoolkantine (98). Deelnemende scholen boden significant meer gezonde producten aan

(van de 11 geïnventariseerde gezonde producten) dan scholen die niet deelnamen. Er was geen verschil in het aantal minder gezonde producten. Verder rapporteerden deelnemende scholen vaker dat ze acties ondernamen om het eetgedrag te verbeteren, hadden ze vaker beleid op het gebied van voeding en hadden ze in de voorgaande jaren vaker de aandacht voor voeding in het curriculum vergroot.

### ***Convenant Overgewicht en Convenant Gezond Gewicht***

Het Convenant Overgewicht is in 2010 opgevolgd door het **Convenant Gezond Gewicht**. Dit convenant is afgesloten tussen het ministerie van VWS, NOC\*NSF en ruim 20 partijen uit het bedrijfsleven, de grote steden en het maatschappelijk veld. Doel van dit convenant was om de bewustwording en kennis over gezondheidsrisico's van overgewicht te vergroten en een trendbreuk in de ontwikkeling van overgewicht bij kinderen en volwassenen te bewerkstelligen. Onder dit convenant vielen vier deelconvenanten: 1) Intersectoraal lokaal beleid Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG), 2) School, gericht op meer aandacht voor voeding en bewegen op school, 3) Werk, met als doel het bevorderen van activiteiten gericht op een gezonde leefstijl op de werkvloer en 4) Consument en vrije tijd. Met de oprichting van de Stichting JOGG in 2014 (zie verderop in dit document) is er een einde gekomen aan **het Convenant Gezond Gewicht**.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

De effectiviteit van het Convenant Overgewicht op het aantal mensen met overgewicht is niet bekend. Om te kijken in hoeverre de doelen van het Convenant Gezond Gewicht werden behaald, heeft TNO tussen 2010 en 2014 meerdere keren gerapporteerd over (de determinanten van) beweeg- en eetgedrag van kinderen (4-11 jaar), jongeren (12-17 jaar) en volwassenen (18 jaar en ouder) (231, 232). Uit de resultaten van de rapportage over 2013 is geconcludeerd dat er nog inspanningen nodig waren om de doelstellingen van het Convenant Gezond Gewicht te bereiken. Vergeleken met het voorgaande jaar waren er enkele positieve veranderingen in het beweeggedrag van kinderen, waaronder een toename in sportlidmaatschap en een daling in de hoeveelheid tijd die kinderen besteedden aan computeren en tv-kijken. Op een aantal andere belangrijke punten waren er negatieve veranderingen ten opzichte van het jaar ervoor. Het aandeel jongeren dat voldoet aan de fitnorm was afgenomen, terwijl het aandeel inactieve jongeren was gestegen. Uit een kamerbrief van april 2015 over de voortgang van het convenant (233) blijkt dat er vooral is gekeken naar de resultaten van aparte onderdelen uit het convenant, zoals JOGG en Gezonde Schoolkantine. De effectiviteit van deze initiatieven wordt hieronder apart beschreven.

#### ***Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG)***

In 2014 is het Convenant Gezond Gewicht (zie hierboven), waarbinnen de JOGG aanpak is gestart, overgegaan in **Stichting JOGG**. Doel van deze stichting is om een gezonde leefstijl in het algemeen en een gezond gewicht in het bijzonder te bevorderen. De primaire focus ligt op kinderen en jongeren. De stichting werkt nauw samen met verschillende organisaties uit de publieke- en private sector. Stichting JOGG kent drie onderdelen: de JOGG-aanpak, Gezonde Omgeving en Communicatie en Marketing.



- De JOGG-aanpak (2010) is een lokale integrale wijkgerichte aanpak van overgewicht die is gebaseerd op het Franse 'Ensemble, Prévenons l'Obésité Des Enfants' ('EPODE') (234). Concrete doelstellingen van de JOGG-aanpak zijn: werken aan een gezonde omgeving met structureel aandacht voor ten minste één miljoen kinderen en jongeren in gemeenten en een stijging van het aantal kinderen en jongeren op gezond gewicht. Het aantal JOGG-gemeenten is gestegen van 5 in 2010 naar 136 in 2018. Potentieel worden hiermee 893.000 kinderen en jongeren bereikt.
- Binnen het programma Gezonde Omgeving (2014) wordt aandacht besteed aan drie specifieke omgevingen waar kinderen (en de volwassenen uit hun omgeving) vaak komen: de sportvereniging, de school en op werk. Het programma heeft als doel een gezonde leefstijl te bevorderen en daarmee overgewicht te voorkómen. Onder dit programma vallen de volgende initiatieven: Team:Fit (2014, voorheen Gezonde Sportkantine, vanaf 2016 samengevoegd met 'Lekker Bezig' van de KNVB), Gezonde Werkvloer (2015), Akkoord Gezonde Voeding op Scholen (2016) en The Daily Mile (2016). In 2018 namen 1.468 sportkantines deel aan Team:Fit. Daarnaast werd er in drie op de vijf JOGG-gemeenten aandacht besteed aan de Gezonde Werkvloer en hadden 32 cateraars, automatenleveranciers, producenten en andere toeleveranciers het Akkoord Gezonde Voeding op Scholen ondertekend. Verder gaf 10% van een representatieve groep schoolleiders in het primair onderwijs aan The Daily Mile uit te voeren (235).
- Het derde deelprogramma van Stichting JOGG, Communicatie en Marketing (2014), is ondersteunend aan meerdere projecten en programma's van de organisatie. Hiervoor worden themacampagnes als 'DrinkWater', 'Gratis bewegen, gewoon doen!' en 'Groente... zet je tanden erin!' ingezet. Deze campagnes richten zich op de doelgroepen kinderen, jeugd en ouders in de JOGG-gemeenten. Daarnaast maakt dit deelprogramma resultaten van JOGG landelijk en lokaal zichtbaar.

JOGG stimuleert ook actief het programma Gezonde School en zet zich in voor een gezonder voedingsaanbod op scholen.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit een factsheet van het RIVM uit 2020 blijkt dat in buurten waar de JOGG-aanpak al vier jaar wordt uitgevoerd, het percentage overgewicht onder kinderen en jongeren met gemiddeld acht procentpunten is gedaald in vergelijking met het jaar vóór de invoering (95). In niet-JOGG buurten is het percentage overgewicht niet significant gedaald. Het percentage overgewicht onder kinderen en jongeren in JOGG-buurten is in het vierde jaar lager dan in niet-JOGG buurten. Dit verschil is niet statistisch significant. Er zijn geen duidelijke verschillen gevonden in beweeggedrag, maar hiervoor waren weinig gegevens beschikbaar. Deze resultaten kunnen enigszins beïnvloed zijn doordat ze gebaseerd zijn op zelfrapportage (tot 12 jaar door de ouders). Daarnaast is niet met zekerheid te zeggen of de veranderingen aan de JOGG-aanpak zijn toe te schrijven, omdat in zowel JOGG als niet-JOGG buurten ook andere initiatieven kunnen zijn uitgevoerd.

### ***Dieetadvies door een diëtist in het basispakket zorgverzekering***

Bij de start van de Zorgverzekeringswet in 2006 is **dieetadvies** door een diëtist **in het basispakket van de zorgverzekering** opgenomen. Van 2006 tot 2011 werden er 4 uren dieetadvies vergoed, ten laste van het eigen risico. In 2012 is dit gewijzigd en werd dieetadvies alleen vergoed als dit onderdeel was van 'gecoördineerde, multidisciplinaire zorg voor cliënten met diabetes mellitus, chronische obstructieve longziekten of een verhoogd cardiovasculair risico'. In 2013 is dieetadvies opnieuw in het basispakket opgenomen en wordt er 3 uur dieetadvies vergoed, ten laste van het eigen risico.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit een publicatie uit 2009 blijkt dat in de voorgaande jaren voor 65% van de cliënten de vergoede 4 uur dieetzorg toereikend was voor het bereiken van het gestelde doel. Voor 28% van de cliënten was dit te weinig. Het ging met name om cliënten met 'binge eating disorders', cliënten die al eerder dieetzorg hadden gehad of cliënten met psychiatrische problematiek (236). Uit jaarcijfers over zorg door de diëtist van het NIVEL blijkt dat het aantal cliënten bij vrijgevestigde diëtisten met 28% daalde nadat de dieetadvies in 2012 grotendeels werd geschrapt uit het basispakket (237). Met name het aantal cliënten met overgewicht nam af (van 69% naar 58%). Daarnaast daalde de geleverde dieetzorg met 17% voor cliënten die nog wel kwamen. Volgens de auteurs bracht dit het risico met zich mee dat er op de langere termijn complexere gezondheidsproblemen ontstaan (238). Uit trendcijfers over de zorg door de diëtist blijkt dat het opnieuw opnemen van de vergoeding in het basispakket er niet toe heeft geleid dat het gemiddelde aantal consulten na 2012 weer steeg (239). In 2014 is behandelduur voor 14% van de patiënten meer dan drie uur, terwijl dit in 2011 nog 34% was. Als mogelijke verklaring wordt gegeven dat het eigen risico van de basisverzekering is toegenomen. Bovenstaande cijfers zijn niet specifiek voor mensen met overgewicht, maar in 2014 werd 67% van de cliënten behandeld vanwege overgewicht. Het is niet bekend hoe effectief 3 uur dieetzorg is voor cliënten met overgewicht.

### ***Gezonde School***

In 2008 is het programma **Gezonde School** gestart. Het doel van dit programma is om de gezondheid van kinderen en jongeren te bevorderen om gezondheidsproblemen op volwassen leeftijd te voorkomen of uit te stellen. Scholen kunnen een Vignet Gezonde School behalen als ze structureel aandacht besteden aan één of meer Gezonde School thema's én voldoen aan (wettelijke) eisen. Het aantal scholen met een Vignet voor de thema's Sport en bewegen of Voeding is door de jaren heen gegroeid naar 1254 in 2018 (totaal aantal scholen 8264 (240)). In het kader van de **Impuls gezonde leefstijl Jeugd (programma #JeugdImpuls 2012-2015)** konden scholen (financiële) ondersteuning aanvragen voor activiteiten die de gezondheid bevorderen, hulp krijgen bij het aanvragen van het Vignet Gezonde School of een advies op maat aanvragen.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Er zijn weinig studies uitgevoerd naar de Gezonde School-aanpak in Nederland. Wel zijn er internationale studies waarin de effecten van verschillende Gezonde School-activiteiten onderzocht worden. Dit zijn veelal andere activiteiten dan scholen in Nederland uitvoeren. De resultaten hiervan zijn samengevat in een recente factsheet van de Gezonde School (97). Hieruit blijkt dat Gezonde School-activiteiten kunnen bijdragen aan een gezondere leefstijl van leerlingen. Zo bleek dat leerlingen die op school deelnemen aan activiteiten op het gebied van voeding, meer groenten en fruit eten dan leerlingen die niet aan dergelijke activiteiten deelnemen. Leerlingen die deelnemen aan aangeboden beweegactiviteiten, bewegen meer en zijn fitter (241). Verder bleek dat leerlingen meer water drinken als dit gratis beschikbaar is op school consumptie. In Duitsland hadden kinderen die op school drinkwater en educatie kregen aangeboden 30% minder kans op overgewicht (242). Daarnaast bewegen leerlingen die aan een beweegprogramma op school deelnemen per dag 5 tot 45 minuten meer dan leerlingen die hier niet aan deelnemen. Ook zijn ze fitter (243). Leerlingen met overgewicht verliezen door deel te nemen aan een beweegprogramma gemiddeld rond de één kilo lichaamsgewicht (241).

Uit een rapportage van het RIVM blijkt dat ruim 2.500 scholen gebruik hebben gemaakt van het ondersteuningsaanbod via het programma #Jeugdimpuls. Van deze scholen geeft 57% aan dat #Jeugdimpuls hen heeft gestimuleerd om in hun schoolbeleid het werken aan gezondheid op te nemen. Verder geeft 75% van de scholen aan dat ze dankzij de ondersteuning nu structureel aan de slag kunnen met gezondheid. Door het ondersteuningsaanbod is 29% van de scholen geholpen bij het halen van het Gezonde School vignet (220).

**Gezonde Slagkracht**

In 2009 startte ZonMw, met financiering van het ministerie van VWS, het programma **Gezonde Slagkracht**. Dit programma richtte zich op een integrale lokale aanpak van gezondheidsbeleid in het algemeen en op het gebied van schadelijk alcoholgebruik, roken, drugs, bewegen en overgewicht (224). Met de subsidie konden gemeenten nieuwe interventies ontwikkelen of bestaande interventies invoeren op de genoemde thema's, waarbij meerdere sectoren betrokken waren. Verder had het programma als doelstelling interventies te ondersteunen in het erkenningstraject van het toenmalige Centrum Gezond Leven (nu Loket Gezond Leven) van het RIVM. Van de 34 projecten die zijn gesubsidieerd in de periode 2009 – 2014 waren er 21 gericht op overgewicht.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Het is niet bekend of het programma Gezonde Slagkracht effect heeft gehad op het aantal mensen met overgewicht. Uit een evaluatie van ZonMw blijkt wel dat het programma ervoor heeft gezorgd dat gemeenten bestaande producten en interventies zijn gaan gebruiken (224). In totaal zijn er meer dan 400 interventies uitgevoerd. Uit een analyse van de projectdossiers en eindverslagen van de inmiddels afgeronde projecten blijkt dat zonder het programma Gezonde Slagkracht 45% van deze interventies niet zou zijn uitgevoerd. Verder is door het programma 13% van de interventies versneld uitgevoerd en

20% geïntensiveerd uitgevoerd. Eind 2014 waren in totaal 41 interventies bij het erkenningstraject ingediend. Hiervan waren er ten tijde van de rapportage 29 erkend (goed beschreven, goed onderbouwd of theoretisch effectief) (225). Het is niet bekend hoeveel van deze erkende interventies gericht waren op overgewicht. Verder heeft het programma een impuls gegeven aan integraal gezondheidsbeleid op lokaal niveau. In 90% van de projecten werkten verschillende beleidssectoren binnen dezelfde gemeente samen. De burgerparticipatie in de deelnemende gemeenten breidde tussen 2009 en 2014 uit van 10% naar 80% en de publiek-private samenwerking steeg van 5% naar 45% (224). Verder blijkt dat het programma een grote hoeveelheid kennis en ervaringen heeft opgeleverd met betrekking tot de verschillende thema's.

### ***Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl***

De **Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl in en rondom de school (SBGL)** uit 2012 moest scholen stimuleren om te komen tot schoolbeleid met betrekking tot sport, bewegen en een gezonde leefstijl. Het programma eindigde in 2016, maar wordt voortgezet binnen de Gezonde School 2017-2020.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit het eindrapport van de Onderwijsagenda SBGL, blijkt dat de onderwijsagenda erin is geslaagd om de inspanningen en middelen van een groot aantal organisaties, die zich richten op het onder de aandacht brengen van gezondheidsthema's bij het onderwijs, te bundelen. De onderwijsagenda heeft ervoor gezorgd dat scholen niet meer door aparte instanties worden benaderd, maar dat het aanbod gecoördineerd wordt. Er zijn 3.948 ondersteuningstrajecten toegekend tussen 2013 en 2016 (221). Er is niet gerapporteerd over het directe effect op overgewicht.

### ***Sport en Bewegen in de Buurt***

In 2012 is het programma **Sport en Bewegen in de Buurt** gestart. Met dit programma wil het ministerie van VWS, samen met verschillende partners<sup>43</sup> er onder andere voor zorgen dat de gezonde keuze - specifiek gericht op bewegen - ook de gemakkelijke keuze wordt. Onderdelen die binnen dit programma vallen zijn **Sportimpuls** en de **Buurtsportcoaches**. Sportimpuls is een subsidieregeling die lokale sport- en beweegaanbieders financieel ondersteunt bij het opzetten van activiteiten om meer mensen te laten sporten en bewegen. De opdracht van een buurtsportcoach is om van sport- en beweegaanbod in de buurt te organiseren en verbinding te maken tussen sport- en beweegaanbieders en andere sectoren (o.a. onderwijs). De buurtsportcoaches worden ook ingezet bij de aanpak van overgewicht onder jongeren door bewegen te stimuleren. In 2018 waren er ongeveer 5000 buurtsportcoaches werkzaam en waren er in totaal 1024 Sportimpuls-projecten gehonoreerd sinds 2012 (244).

<sup>43</sup> Nederlands Olympisch Comité en de Nederlandse Sport Federatie (NOC\*NSF), Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Verbond van Nederlandse Ondernemingen en Nederlands Christelijke Werkgeversverbond (VNO-NCW), Midden en Klein Bedrijf (MKB), Kenniscentrum Sport en Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie (ZonMw)

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Voor Sport en Bewegen in de Buurt is de pilotfase geëvalueerd (96). Deze pilotfase bestond uit acht sportconcepten. Uit de evaluatie blijkt dat de kwaliteit van deze sportconcepten erg hoog is, dat zeven van de acht sportconcepten worden gecontinueerd en dat alle sportconcepten ingezet kunnen worden om de beschikbaarheid van sport en bewegen in de buurt te vergroten. Bij drie van de acht sportconcepten is het sport- en beweeggedrag van deelnemers na deelname significant toegenomen (onduidelijk met hoeveel). Met de sportconcepten bleken echter weinig of geen inactieven bereikt te worden. Er is geen informatie bekend over de lange termijn.

In 2017 is een evaluatie van de buurtsportcoaches gepubliceerd (100). Nederlandse gemeenten ervaren de inzet van buurtsportcoaches als impuls voor hun lokale sportbeleid (95%) en willen dit op lange termijn voortzetten (94%). Door de inzet van de buurtsportcoaches ontstaan meer verbindingen tussen organisaties en gemeenten en worden er meer activiteiten voor bewoners georganiseerd. Over effecten op beweeggedrag of overgewicht worden geen specifieke resultaten genoemd.

**Care for Obesity**

In 2013 is, met steun van het ministerie van VWS, het programma **Care for Obesity** gestart. De organisatie ligt bij de Afdeling Gezondheidswetenschappen van de VU Amsterdam. Care for Obesity werkt aan de versterking van de ondersteuning en zorg voor kinderen met overgewicht of obesitas om verdere gewichtsstijging en (ernstigere) obesitas te voorkomen. Er wordt nauw samengewerkt met JOGG en het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). In de periode 2016 – 2018 bestond het programma uit drie deelprojecten: 1) Succesvol naar een lokale ketenaanpak voor het kind met overgewicht en obesitas (het 'proeftuinenproject'); 2) de interventie 'Praten over gewicht met de Lifestyle, Energy, Fun & Friends (LEFF)'; en 3) Kwaliteit van leven als onderdeel van de zorg voor kinderen met obesitas.

- Het proeftuinenproject, dat is uitgevoerd in acht gemeenten, heeft in 2018 geleid tot een concept landelijk model 'Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas'. Dit model beschrijft een structuur om een lokale ketenaanpak in te richten en is bedoeld voor onder andere beleidsmakers, bestuurders, managers en professionals uit het zorgdomein en het sociale domein.
- De interventie LEFF is een 10 weken durende gecombineerde leefstijlinterventie voor kinderen van 7 tot 13 jaar. Het doel is kinderen met overgewicht te inspireren om fitter en gezonder te worden en te blijven, samen met hun ouders.
- Binnen het derde deelproject zijn instrumenten voor het meten van gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven onderzocht en beschikbaar gemaakt via een webtool. Daarnaast is onderzocht welke problemen kinderen met overgewicht ervaren als het om hun gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven gaat (245).

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Over de verschillende onderdelen van het programma Care for Obesity is het volgende bekend.

- De interventie LEFF, die onderdeel uitmaakt van Care for Obesity, is opgenomen in de interventie database Gezond en Actief leven<sup>44</sup> van het loket gezond leven met als status 'eerste aanwijzingen voor effectiviteit'. Uit onderzoek onder 340 kinderen uit 11 Nederlandse gemeenten bleek dat de BMI na tien weken deelname aan LEFF significant was afgenomen (SDS-BMI -0.13) (54). Deze afname is vergelijkbaar met de afname in een eerder pilot onderzoek naar LEFF (246) en de resultaten van een groot onderzoek in Engeland naar een identieke interventie (247).
- Uit de conclusie van een pilotonderzoek blijkt dat het meten van kwaliteit van leven als uitkomstmaat breder geïmplementeerd kan worden in de zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas. Care for Obesity richtte zich daarom in de periode 2016-2018 op de implementatie, evaluatie en borging van kwaliteit van leven als maat voor diagnostiek, gespreksvoering, behandeling en evaluatie in de zorg voor kinderen met obesitas. De hiervoor benodigde activiteiten zijn uitgevoerd in een aantal proeftuinen in verschillende JOGG-gemeenten (248). Wat de resultaten hiervan zijn is, zover wij weten, nog niet bekend.
- De gemeente Smallerland was één van deze proeftuinen en heeft een tussenevaluatie uitgevoerd voor de het pilotproject 'Centrale zorgverlener'. De centrale zorgverlener heeft een regierol in de ketenzorg voor kinderen met overgewicht en obesitas. De pilot loopt nog te kort om duidelijke conclusies te kunnen trekken. Eerste ervaringen laten zien dat door de geleerde competenties en een grotere hoeveelheid tijd met patiënten er een betere aansluiting is bij de gezinnen met overgewichtproblematiek (249).

### **Akkoord Verbetering Productsamenstelling (AVP)**

In 2014 ondertekenden het ministerie van VWS, het Centraal Bureau Levensmiddelenhandel (CBL), de Federatie Nederlandse Levensmiddelen industrie (FNLI), Koninklijke Horeca Nederland (KHN) en de vereniging Nederlandse cateringorganisaties (Veneca) het **Akkoord Verbetering Productsamenstelling**. Het doel van dit akkoord is om de gehalten aan zout, verzadigd vet en calorieën (uit suiker en (verzadigd) vet) in producten te verminderen. Dit moet leiden tot een gezonder productaanbod. In het akkoord gaven de partijen aan hoe zij zich tot en met 2020 gezamenlijk, elk vanuit hun eigen verantwoordelijkheid, zullen inzetten om dit doel te bereiken. In het kader van overgewicht preventie is vooral de reductie in calorieën (suiker en vet) van belang.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

In 2019 heeft het RIVM de impact van het AVP geschat op basis van gegevens uit de voedselconsumptiepeiling van 2007-2010 (99). Hieruit blijkt dat met de afspraken in het akkoord kleine stappen worden gezet om de dagelijkse inname van suiker te verlagen. Volgens de schattingen zouden Nederlanders - als de afspraken door de fabrikanten worden nageleefd en bij een gelijkblijvend consumptiepatroon - gemiddeld per dag 4 g minder suiker binnenkrijgen ten opzichte van de situatie voor het akkoord. Over verzadigd vet zijn minder afspraken gemaakt (alleen

<sup>44</sup> <https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken>

voor hele specifieke producten). De impact van deze afspraken is daarom naar verwachting minimaal en dus niet doorgerekend. In de impactschatting wordt het verwachte effect op overgewicht niet genoemd.

### ***Alles is Gezondheid (AIG)***

**Alles is Gezondheid (AIG)** is een maatschappelijke beweging die in 2014 is geïnitieerd onder het Nationaal Programma Preventie (NPP) (205). Binnen AIG kunnen individuen of organisaties actief deelnemen via een 'pledge' en sinds 2018 ook via een 'actie' of 'projectcheck'. Via een pledge maken partijen afspraken om met gezamenlijke acties een beweging op gang te brengen voor een gezonder en vitaler Nederland. De pledges zijn gericht op vele onderwerpen, waaronder de zes speerpunten van het Nationaal Programma Preventie (NPP), inclusief overgewicht. Het aantal pledges dat zich richt op overgewicht is toegenomen van 24 bij aanvang tot 41 in 2017. Voor 2018 is het aantal niet bekend. Tot de pledges gericht op overgewicht behoren onder andere **JOGG**, Gezonde Slagkracht (als vervolg op het ZonMw programma **Gezonde Slagkracht**) en [www.schoolfruit.nl](http://www.schoolfruit.nl) (leverancier van het EU- Schoolfruitprogramma). Individuen kunnen een eigen 'actie' starten in de wijk of buurt. Daarnaast kon met de Projectcheck tot 15 september 2020 de impact op de doelgroep en betrokkenen van een gezondheidsproject gecheckt worden.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit de monitor van Alles is Gezondheid uit 2018 blijkt dat het aantal pledges is toegenomen van 374 in 2017 (207) naar 399 in 2018 (206). Deze toename is minder dan voorgaande jaren (2014 – 2017). Er is in 2018 meer aandacht voor het verdiepen en borgen van alles wat sinds 2014 is bereikt. Veel van de pledges hebben betrekking op onderwerpen die belangrijk zijn voor het voorkomen van overgewicht, zoals gezonde leefstijl, preventie, positieve gezondheid, werk en gezondheid en gezonde leefomgeving. In de monitor wordt niet ingegaan op de effectiviteit van deze specifieke pledges (206). Verder blijkt uit een analyse van de bestuurlijk-organisatorische aanpak van AIG dat de ontwikkeling van zelforganiserende netwerken, zoals AIG, minstens vijf tot tien jaar in beslag neemt voordat de effecten daarvan onomkeerbaar worden (208). De Universiteit Maastricht onderzoekt is bezig met een procesevaluatie en zoekt manieren om de effecten van Alles is Gezondheid te onderzoeken. De resultaten worden in 2022 verwacht.

### ***Gezonde Kinderopvang***

In 2014 is, op initiatief van de ministeries van VWS en SZW, het programma **Gezonde Kinderopvang** gestart. Het doel van dit programma is om structureel aan een gezonde leefstijl van jonge kinderen en de deskundigheid van medewerkers te werken. Dit wordt onder andere gedaan door coaches Gezonde Kinderopvang op te leiden. In dit programma werken landelijke kennis- en onderzoeksinstituten samen, ondersteund door branche- en koepelorganisaties.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

In een procesevaluatie van het programma Gezonde Kinderopvang in de praktijk is gekeken naar de implementatie en borging van het programma. In het onderzoek is niet gekeken naar het effect van het

programma op overgewicht bij kinderen. Wel blijkt dat in de deelnemende organisaties een positieve beweging op gang is gebracht op het gebied van gezonde leefstijl (101).

### ***Wijziging van de verbruiksbelasting op alcoholvrije dranken***

In het kader van de **Wet op de Verbruiksbelasting** wordt sinds 1992 verbruiksbelasting op alcoholvrije dranken, zoals frisdranken, vruchtensap, groentesap, natuurlijk mineraal- en bronwater en bepaalde melkdranken, geheven. Voor alle alcoholvrije dranken steeg de verbruiksbelasting tussen 2011 en 2016, maar met verschillende belastingtarieven per type drank. Tot en met eind 2015 was de verbruiksbelasting op mineraalwater en vruchten- en groentesappen lager dan de belasting op frisdrank. Vanaf januari 2016 is de verbruiksbelasting, uit praktische overwegingen, gelijkgesteld aan die op frisdrank (250). Dit leidde ertoe dat in 2016 de absolute prijs van mineraal- en bronwater hoger was dan die van frisdrank. Dit kan als (onbedoeld) neveneffect eerder een negatief dan een positief effect hebben op de waterconsumptie en daarmee ook een mogelijk ongunstig effect op het percentage mensen met overgewicht.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

In 2016 was de prijs van mineraalwater met 30% gestegen ten opzichte van 2011, waarvan 14% door verhoging van de verbruiksbelasting. De prijs van frisdrank was in 2016 met 25% gestegen ten opzichte van 2011. Hiervan was slechts 5% het resultaat van de verhoging van de verbruiksbelasting (250). Het is niet bekend of de sterkere verhoging van de verbruiksbelasting voor mineraal- en bronwater en sappen, dan voor frisdranken effect heeft gehad op de aankoop ervan. De prijselasticiteit van voedingsmiddelen is relatief laag, wat betekent dat een kleine aanpassing in prijs weinig effect heeft op het aankoopgedrag van de consument. Het is ons niet bekend wat de prijselasticiteit van mineraal- en bronwater is. Wel is bekend dat een stijging in de prijs van gesuikerde frisdrank met 10% leidt tot een 9-13% lagere aankoop. In het geval van frisdranken, kan een daling in de verkoop dus leiden tot minder consumptie, mits de prijsverhoging hoog genoeg is (251).

### ***Jong Leren Eten***

In 2017 is het programma **Jong Leren Eten (JLE)** gestart, wat is ondergebracht bij de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RVO). Het doel van het programma is om zoveel mogelijk kinderen en jongeren van 0-18 jaar structureler in aanraking te laten komen met informatie en activiteiten over voedsel/voeding, zodat zij leren om gezonde én duurzame keuzes te maken. JLE wil onder andere samenhang aanbrengen in al bestaande projecten, zoals 'Smaaklessen', 'Lekker Fit! En 'Ik eet het beter', en deze verrijken met het eten van groente en fruit in de klas (EU-Schoolfruit) en educatieve activiteiten (bijvoorbeeld kooklessen, werken in de schooltuin). Scholen kunnen hiervoor subsidie aanvragen.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit een evaluatie van de subsidieregeling van het programma Jong Leren Eten blijkt dat de subsidie vooral is gebruikt door scholen die al bezig waren met het thema voeding (252). Met de subsidie organiseerden zij in aanvulling op bestaande activiteiten, een nieuwe,



andersoortige activiteit. De subsidie lijkt voor een beperkt aantal scholen een opstap te zijn om volgens de Gezonde School-aanpak te gaan werken. JLE wordt verder geëvalueerd door onderzoeksbureau Regioplan. Wanneer de resultaten van deze evaluatie beschikbaar komen is ons niet bekend.

### ***Nationaal Actieplan Groente en Fruit***

In 2017 is het **Nationaal Actieplan Groente en Fruit (NAGF)** gestart. NAGF is een samenwerkingsverband van overheid, bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties. Het doel van het NAGF is om de consumptie van groente en fruit in Nederland te stimuleren. Hoewel het programma gericht is op het verhogen van de groente- en fruitconsumptie van alle inwoners van Nederland, zijn veel van de onderdelen gericht op kinderen en jongeren. Onder het NAGF vallen zowel lopende activiteiten, waaronder Smaaklessen, EU Schoolfruit, AH moestuintje, als nieuwe activiteiten (Nationaal Schoolontbijt, Ga voor Kleur campagne). Voor een aantal van deze activiteiten probeert JLE, zoals hierboven beschreven, samenhang aan te brengen.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit het jaarmagazine van het Nationaal Actieplan Groente en Fruit over 2019 blijkt dat het online platform over groenten en fruit (Veggiepedia) 31% meer geraadpleegd werd in 2019 dan in 2018. Verder heeft er in 2018 een experiment in supermarkten plaatsgevonden in het kader van 'Ga voor Kleur'. Dit is een initiatief om te laten zien hoe het bord van mensen kleurrijker en gezonder kan worden. Er werden nudges ('verleidingstrucs') ingezet om consumenten meer groente en fruit te laten kopen. Uit dit experiment bleek dat de nudges de verkoop van groenten en fruit stimuleren (3,3 kg groente en fruit meer per 100 kassa aanslagen) (253). Het is niet bekend wat de effecten van al deze activiteiten zijn op de groente en fruitconsumptie of overgewicht.

## **Bijlage 5: Geïnterviewde initiatieven voor bewegen en hun effectiviteit**

### ***Buurt, Onderwijs en Sport (BOS) Impuls***

In 2005 is de **Buurt, Onderwijs en Sport (BOS) impuls** gestart. De BOS-impuls was een tijdelijk stimuleringsfonds van het ministerie van VWS met als doel beweegachterstanden bij jongeren van 4-19 jaar aan te pakken. Buurt-, onderwijs- en sportorganisaties werkten onder regie van de gemeente samen om een 'BOS-arrangement' op wijkniveau te realiseren, bestaande uit sportactiviteiten, gezondheidsonderwijs en buurtactiviteiten. In totaal hebben ruim 226 gemeenten gebruik gemaakt van dit stimuleringsfonds. De BOS-impuls eindigde in 2011.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Een monitoringsrapportage van Berenschot en een onderzoek van onderzoeksinstituut DSP-groep geven aan dat de doelen van de **BOS-Impuls** deels zijn bereikt (121, 122). Zo hebben de diverse projecten de doelgroep (jongeren met beweegachterstanden) bereikt in de meerderheid van de 168 ondervraagde gemeenten (81%) (121). Het bleek echter lastig voor gemeenten om concrete en meetbare doelen en beoogde effecten te formuleren. Daarom heeft 87% van de gemeenten geen effectmeting gedaan. In de rapportages wordt uit interviews met betrokkenen geconcludeerd dat de BOS-Impuls een positieve bijdrage heeft geleverd aan de sportparticipatie van jeugdigen. Volgens betrokkenen werden namelijk meer jeugdigen bereikt door de goed draaiende projecten, waardoor de sportparticipatie onder jeugdigen met een beweegachterstand is toegenomen (121, 122). Daarnaast zijn de achterstanden volgens betrokkenen, voornamelijk op het gebied van sport en bewegen, afgenomen. Wel benoemen ze dat ook andere factoren aan deze afname kunnen hebben bijgedragen. Verder zijn samenwerkingsrelaties en overlegstructuren verdiept en verbeterd, met name tussen de gemeenten, buurtorganisaties en sportverenigingen (121). Op beleidsniveau is er weinig meer structurele samenwerking gekomen.

### ***Meedoen alle jeugd door sport***

In 2006 stelden de ministeries van VWS en Wonen Wijken en Integratie (WWI) het programma **Meedoen alle jeugd door sport** in. Doel van dit programma was om zoveel mogelijk jeugd, vooral uit kansarme wijken en met een migratieachtergrond, aan het sporten te krijgen en te houden. Het programma liep tot en met 2010, en in totaal hebben 538 verenigingen deelgenomen. Negen sportbonden en elf gemeenten waren bij het programma betrokken. Gemeenten zorgen voor beleid gericht op lokale samenwerking en op de sport buiten verenigingsverband. De bonden committeerden zich om binnen 50 verenigingen 'sport-zorgtrajecten' te starten, gericht op jeugd die binnen de jeugdzorg valt.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

De focus van het programma **Meedoen alle jeugd door sport** lag op het verhogen van de sportdeelname onder jongeren met een niet-Westerse migratieachtergrond. De deelnemende verenigingen zagen een

bovengemiddelde ledengroei bij de jeugd, namelijk 30% tegenover 8% ledengroei bij de verenigingen die niet deelnamen (123). De groei bij jongeren met een niet-Westerse migratie achtergrond was groter (59%) dan de groei bij jongeren met een Westerse achtergrond (20%). Dit betekent niet dat de ongelijkheid in deelname volledig weg is. De samenstelling van de sportverenigingen in het Meedoen-programma komt namelijk nog niet overeen met de etnische samenstelling van de gemeenten.

### **Nationaal Actieplan Sport en Bewegen**

In 2007 is, met subsidie van het ministerie van VWS, het **Nationaal Actieplan Sport en Bewegen** gestart. Doel van dit programma was om laagdrempelige sportconcepten te ontwikkelen om mensen te verleiden te gaan sporten, zoals wandel- of fietsactiviteiten, gymnastiek voor ouderen, fithockey en judo op school. NOC\*NSF gaf hierbij ondersteuning aan de sportbonden. In de periode 2007 t/m 2011 zijn 14 sportconcepten via 748 verenigingen aangeboden met in totaal bijna 480.000 deelnemers. Het programma eindigde in 2014.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Voor het **Nationaal Actieplan Sport en Bewegen** is de pilotfase geëvalueerd (254). Hieruit blijkt dat alle sportconcepten goed gewaardeerd werden door deelnemers. Daarnaast was het draagvlak groot en de samenwerking met verschillende betrokken partijen goed verlopen. Uit dit onderzoek blijkt echter dat het moeilijk is om grote groepen semi-actieve en inactieve mensen te enthousiasmeren voor de aangeboden sportactiviteiten. Daarnaast bleek het niet eenvoudig om deelnemers te binden aan de georganiseerde sport. Uit het onderzoek bleek de lichamelijke activiteit van deelnemers niet te zijn toegenomen. Dit kwam volgens de onderzoekers mogelijk door het relatief korte tijdsbestek van het onderzoek. Hoe lang het onderzoek duurde is onbekend.

### **30 minuten bewegen**

In 2007 is de **campagne 30 minuten bewegen** ingevoerd door het NISB (nu Kenniscentrum Sport). Doel hiervan was om de toenmalige Beweegnorm van 30 minuten bewegen per dag bekend te maken en mensen te stimuleren om hieraan te voldoen. De campagne volgde drie sporen: zorgen voor meer bekendheid van de beweegnorm, het ondersteunen en faciliteren van professionals en het organiseren van lokale en landelijke activiteiten. De campagne liep tot 2010 en de bijbehorende website [www.30minutenbewegen.nl](http://www.30minutenbewegen.nl) is daarna online gebleven tot begin 2017.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Volgens een evaluatieonderzoek van Kenniscentrum Sport & Bewegen en Wageningen Universiteit was de campagne **30 minuten bewegen** bekend bij 8 miljoen Nederlanders (128). Het aantal Nederlanders dat voldoende beweegt is tussen 2003, voordat de campagne in 2007 startte, en 2010 gestegen van 47% naar 61%. De onderzoekers geven aan dat dit effect niet alleen toe te schrijven is aan de campagne, maar dat ook andere campagnes en initiatieven hier een bijdrage aan hebben geleverd. Ook zijn deze cijfers gebaseerd op de toenmalige beweegnorm en niet op de Beweegrichtlijnen van 2017. Uit een internationale review

blijkt dat er matig bewijs is voor het effect van op zichzelf staande massamediale campagnes gericht op het verhogen van lichamelijke activiteit (126). Daarnaast zijn de resultaten uit verschillende studies inconsistent. Uit een andere review bleek dat massamediale campagnes een significant positief effect hadden op matig intensief wandelen, maar dat ze niet hielpen om deelnemers een aangeraden niveau van lichamelijke activiteit te laten bereiken (127). Uit een deel-analyse bleek dat campagnes die lichamelijke activiteit promoten als 'sociale norm' een grotere kans hebben om sedentair gedrag te verminderen dan campagnes die beroemdheden gebruikten of campagnes die gebaseerd zijn op het informeren over de risico's van lichamelijke inactiviteit (respectievelijk 33% en 5% hoger).

### ***Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur***

Deels overlappend en deels als opvolger van de BOS-impuls is in 2008 de **Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur** gestart met als partners de ministeries van VWS, OCW, VNG, NOC\*NSF, Verenigde Bijzondere Scholen en de Cultuurformatie. Met steun van de overheid konden gemeenten in de periode 2008 t/m 2012 zogenaamde combinatiefuncties realiseren. In deze combinatiefuncties werkt iemand aan twee of meer werkvelden/sectoren, gericht op samenwerking tussen onderwijs, sport en cultuur. Doel hiervan was onder andere om kinderen op een laagdrempelige manier kennis te laten maken met sport en cultuur, zowel op school als bij sportverenigingen en culturele instellingen. Vanaf 2012 is de Impuls brede scholen, sport en cultuur verder gegaan onder de naam Brede impuls combinatiefuncties (255), wat onderdeel is van het programma Sport en Bewegen in de buurt (zie hieronder). In het kader van de nieuwe Brede impuls combinatiefuncties vond ook een uitbreiding plaats, wat resulteerde in de inzet van buurtsportcoaches (256).

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit de laatste monitor **Impuls brede scholen, sport en cultuur** uit 2011 blijkt dat er een stijgende lijn zat in het aantal gemeenten dat combinatiefuncties heeft gerealiseerd (257). Het doel van de Impuls brede scholen, sport en cultuur was dat 50% van de combinatiefuncties in de sportsector werd ingezet, 6% in de cultuursector, 10% in het voortgezet onderwijs en 34% in het primair onderwijs. Over het algemeen werden er in 2011 in vergelijking met de doelen meer combinatiefuncties in het basisonderwijs (42 i.p.v. 34%) en in de cultuursector (12 i.p.v. 6%) aangesteld en minder in het voortgezet onderwijs (6 i.p.v. 10%) en de sportsector (31 i.p.v. 50%). Het aandeel sport komt wel steeds dichterbij het beoogde aandeel van 50%. Uit een inhoudelijke verantwoording van de projectgroep 'Combifuncties Onderwijs' blijkt dat 373 gemeenten in 2012 meededen aan de Brede impuls. Deze gemeenten hebben samen 2.362 fte's aan combinatiefuncties gerealiseerd. Er is voor zover wij weten geen informatie bekend over de onderverdeling naar sector voor 2012. Het is ook niet bekend of de komst van combinatiefunctionarissen ervoor heeft gezorgd dat meer kinderen kennis maakten met sport (en cultuur).

### ***Gezonde School***

In 2008 is het programma **Gezonde School** gestart. Het doel van dit programma is het bevorderen van de gezondheid van kinderen en

jongeren om gezondheidsproblemen op volwassen leeftijd te voorkomen of uit te stellen. Scholen kunnen een Vignet Gezonde School behalen als ze structureel aandacht besteden aan één of meer Gezonde School thema's én voldoen aan (wettelijke) eisen. Het aantal scholen met een Vignet voor het thema sport en bewegen is door de jaren heen gegroeid naar 714 in 2018 (541 PO, 127 VO, 46 MBO). In 2012 is, op verzoek van en met financiering van het ministerie van VWS het driejarig programma **Impuls gezonde leefstijl Jeugd (#JeugdImpuls 2012-2015)** gestart. In het kader van **dit programma** konden scholen (financiële) ondersteuning aanvragen voor activiteiten die de gezondheid bevorderen, hulp krijgen bij het aanvragen van het Vignet Gezonde School of een advies op maat aanvragen.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit een recente rapportage over de Gezonde School (97) blijkt dat Gezonde School-activiteiten kunnen bijdragen aan een gezondere leefstijl van leerlingen. Zo bleek dat leerlingen die op school deelnemen aan de aangeboden beweegactiviteiten, 5 tot 45 minuten per dag meer bewegen en fitter zijn dan leerlingen die niet deelnemen. Uit een rapportage van het RIVM blijkt dat ruim 2.500 scholen gebruik hebben gemaakt van het ondersteuningsaanbod van het programma **#Jeugdimpuls** (220). Van deze scholen geeft 57% aan dat **#Jeugdimpuls** hen heeft gestimuleerd om het werken aan gezondheid op te nemen in hun schoolbeleid. Verder geeft 75% van de scholen aan dat ze door de ondersteuning nu structureel aan de slag kunnen met gezondheid. Door het ondersteuningsaanbod is 29% van de scholen geholpen bij het halen van het Gezonde School vignet. Het is niet bekend in hoeverre deze ondersteuning heeft geleid tot meer beweegactiviteiten en wat dus het effect op het beweeggedrag van de leerlingen is.

**Gezonde Slagkracht**

In 2009 startte ZonMW, met financiering van het ministerie van VWS, het programma **Gezonde Slagkracht**. Dit programma richtte zich op een integrale lokale aanpak van gezondheidsbeleid op het gebied van schadelijk alcoholgebruik, roken, drugs, bewegen en overgewicht. Met de subsidie konden gemeenten nieuwe interventies ontwikkelen of bestaande interventies invoeren op de genoemde thema's, waarbij steeds meerdere sectoren betrokken waren. Verder had het programma als doelstelling interventies te ondersteunen in het erkenningstraject van het toenmalige Centrum Gezond Leven (nu Loket Gezond Leven) van het RIVM. Van de 34 projecten die zijn gesubsidieerd in de periode van 2009 tot en met 2014 waren er 3 gericht op sport en bewegen.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Het is niet waarschijnlijk dat de drie projecten op het gebied van bewegen, die binnen het programma Gezonde Slagkracht gesubsidieerd zijn, effect hebben gehad op het totaal aantal mensen dat voldoet aan de beweegrichtlijn. Uit een evaluatie van ZonMw blijkt wel dat het programma ervoor heeft gezorgd dat gemeenten bestaande producten en interventies zijn gaan gebruiken (224). In totaal zijn er meer dan 400 interventies uitgevoerd. Uit een analyse van de projectdossiers en eindverslagen van de inmiddels afgeronde projecten blijkt dat er eind 2014 in totaal 41 interventies bij het erkenningstraject waren ingediend. Hiervan waren er ten tijde van de rapportage 29 erkend (goed

beschreven, goed onderbouwd of theoretisch effectief) (225). Het is niet bekend hoeveel van deze erkende interventies medegericht waren op bewegen. Over het algemeen blijkt dat zonder het programma Gezonde Slagkracht 45% van de interventies niet zou zijn uitgevoerd, 13% door het programma versneld is uitgevoerd en 20% is geïntensiveerd. Het programma heeft een impuls gegeven aan integraal gezondheidsbeleid op lokaal niveau en het gebruik van bestaande, effectieve interventies. In 90% van de projecten werkten verschillende beleidssectoren binnen dezelfde gemeente samen. De burgerparticipatie in de deelnemende gemeenten breidde tussen 2009 en 2014 uit van 10% naar 80% en de publiek-private samenwerking steeg van 5% naar 45% (224). Verder blijkt dat het programma een grote hoeveelheid kennis en ervaringen heeft opgeleverd met betrekking tot de verschillende thema's.

### ***Sport en Bewegen in de Buurt***

In 2012 is het programma **Sport en Bewegen in de Buurt** gestart. Met dit programma wil het ministerie van VWS, samen met partners NOC\*NSF, VNG, VNO-NCW, MKB, Kenniscentrum Sport en ZonMw, onder andere ervoor zorgen dat de gezonde keuze - specifiek gericht op bewegen - ook de gemakkelijke keuze wordt. Onderdelen die onder dit programma vallen zijn **Sportimpuls** en de **Buurtsportcoaches**. Sportimpuls is een subsidieregeling die lokale sport- en beweegaanbieders financieel ondersteunt bij het opzetten van activiteiten om meer mensen te laten sporten en bewegen. De opdracht van een buurtsportcoach is het organiseren van sport- en beweegaanbod in de buurt en het maken van een verbinding tussen sport- en beweegaanbieders en andere sectoren (o.a. onderwijs). Buurtsportcoaches hebben als doel om bewegen te stimuleren, maar worden ook ingezet bij de aanpak van overgewicht onder jongeren. In 2018 waren er ongeveer 5.000 buurtsportcoaches werkzaam en waren 1.024 Sportimpuls-projecten gehonoreerd (sinds 2012) (244).

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Voor **Sport en Bewegen in de Buurt** is de pilotfase geëvalueerd (96). In deze pilotfase werden acht sportconcepten getest (Sportimpuls en Buurtsportcoaches zaten hier niet bij). Bij drie van de acht sportconcepten is het sport- en beweeggedrag van deelnemers na deelname significant toegenomen (onduidelijk met hoeveel). Er bleken echter weinig of geen inactieve mensen bereikt te worden. Er is geen informatie bekend over de effectiviteit op de lange termijn. Uit de evaluatie blijkt verder dat de kwaliteit van de sportconcepten erg hoog is, dat zeven van de acht sportconcepten worden gecontinueerd en dat alle sportconcepten ingezet kunnen worden om de beschikbaarheid van sport en bewegen in de buurt te vergroten. In 2017 is een evaluatie van de **Buurtsportcoaches** gepubliceerd (100). De meeste Nederlandse gemeenten (95%) ervaren de inzet van buurtsportcoaches als impuls voor hun lokale sportbeleid en willen dit op lange termijn voortzetten (94%). Door de inzet van buurtsportcoaches ontstaan meer verbindingen tussen gemeenten en verschillende organisaties en worden er meer activiteiten voor bewoners georganiseerd. Er worden geen specifieke effecten op beweeggedrag genoemd.

### ***Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl in en rondom de school (SBGL)***

Het doel van de **Onderwijsagenda Sport, Bewegen en Gezonde Leefstijl in en rondom de school (SBGL)** uit 2012 was het stimuleren van scholen om te komen tot schoolbeleid met betrekking tot sport, bewegen en een gezonde leefstijl. Het programma eindigde in 2016, maar wordt voortgezet binnen de Gezonde School 2017-2020.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit het eindrapport van de **Onderwijsagenda SBGL**, blijkt dat de onderwijsagenda er in is geslaagd om de inspanningen en middelen van een groot aantal organisaties, die zich richten op het onder de aandacht brengen van gezondheidsthema's bij het onderwijs, te bundelen. De onderwijsagenda heeft ervoor gezorgd dat scholen niet meer door aparte instanties worden benaderd, maar dat het aanbod gecoördineerd wordt. Er zijn 3.948 ondersteuningstrajecten toegekend tussen 2013 en 2016 (221). Er is niet gerapporteerd over het directe effect op bewegen.

### ***Alles is Gezondheid***

**Alles is Gezondheid (AIG)** is een maatschappelijke beweging die in 2014 gestart is als onderdeel van het Nationaal Programma Preventie (NPP) (205). Binnen AIG kunnen individuen of organisaties actief deelnemen via een 'pledge' en sinds 2018 ook via een 'actie' of een 'Projectcheck'. Hierdoor komt een beweging op gang, die als doel heeft om te komen tot een gezonder en vitaler Nederland. Iedereen, vanuit elke organisatie of samenwerkingsverband, kan een pledge tekenen. Individuen kunnen een eigen actie starten in de wijk of buurt. Daarnaast kan met de Projectcheck een gezondheidsproject gecheckt worden op de impact ervan (tot 15 september 2020). De pledges en acties zijn gericht op vele onderwerpen inclusief de zes speerpunten van het Nationaal Programma Preventie (NPP), waaronder bewegen. Het aantal pledges dat gericht is op bewegen is gestegen van 65 in 2014 naar 150 in 2017. Voorbeelden van pledges gericht op bewegen zijn het versterken van de kennis en vaardigheden van buurtsportcoaches (in het kader van **Sport en Bewegen in de Buurt**), en ook het Kenniscentrum Sport heeft een pledge ondertekend, waarin het verschillende activiteiten ondersteunt (zoals het stimuleren en ondersteunen van het ontwikkelen van een effectief sport- en beweegbeleid op scholen).

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit de monitor van Alles is Gezondheid uit 2018 blijkt dat het aantal pledges blijft toenemen (399 pledges in 2018 (206) tegenover 374 in 2017 (207)). In de monitor wordt niet ingegaan op de effectiviteit van deze specifieke pledges (206). Verder blijkt uit een analyse van de bestuurlijk-organisatorische aanpak van Alles is Gezondheid dat de ontwikkeling van zelforganiserende netwerken minstens vijf tot tien jaar in beslag neemt voordat de effecten daarvan onomkeerbaar worden (208). De Universiteit Maastricht onderzoekt is bezig met een procesevaluatie en zoekt manieren om de effecten van Alles is Gezondheid te onderzoeken. De resultaten worden in 2022 verwacht.

### ***Gezonde Kinderopvang***

In 2014 is, op initiatief van de ministeries van VWS en SZW, het programma **Gezonde Kinderopvang** gestart. Het doel van dit programma is om structureel aan een gezonde leefstijl van jonge kinderen en de deskundigheid van medewerkers in de kinderopvang te werken. Dit wordt onder andere gedaan door coaches Gezonde Kinderopvang op te leiden. In dit programma werken landelijke kennis- en onderzoeksinstituten samen, ondersteund door branche- en koepelorganisaties.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit een evaluatie van het programma Gezonde Kinderopvang in de praktijk uit 2016 komen geen concrete resultaten naar voren over het effect op beweeggedrag bij kinderen. Wel blijkt dat in de deelnemende organisaties een positieve beweging op gang is gebracht op het gebied van gezonde leefstijl (101).

### ***Grenzeloos Actief***

In 2015 is, met ondersteuning van het ministerie van VWS, het programma **Grenzeloos Actief** opgezet. Aan Grenzeloos Actief werken meerdere partijen mee: NOC\*NSF, VSG, MEE Nederland, Sportkracht 12, Kenniscentrum Sport en het RIVM. Grenzeloos Actief is opgezet om het sport- en beweegaanbod voor mensen met een beperking te verbeteren, zodat iedereen een passend en toegankelijk aanbod in de buurt kan vinden. Een van de pijlers van dit programma is meer aandacht voor sporters met een beperking binnen het programma **Sport en Bewegen in de Buurt** (zie initiatief Sport en Bewegen in de Buurt). De financiering door het ministerie van VWS liep tot en met 2018, maar het doel was dat dit programma vanaf 2019 zelfstandig gecontinueerd kon worden door de regionale samenwerkingsverbanden Aangepast Sporten.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Het doel van Grenzeloos Actief was om een landelijk dekkende structuur voor sport- en beweegaanbod voor mensen met een beperking op te zetten in ongeveer 43 regionale samenwerkingsverbanden. Het programma heeft aan 41 van de beoogde 43 regio's in Nederland stimuleringsbudgetten toegekend voor het opzetten van regionale samenwerkingsverbanden (258). Hoewel meer gemeenten aangegeven onderdeel te zijn van een samenwerkingsverband in 2018 dan in 2016 (69% tegenover 52%) is er geen direct verband te leggen tussen de inspanningen van Grenzeloos actief en de toegenomen regionale samenwerking. Wel gaf een deel van de gemeenten aan regionaal samen te werken door het programma Grenzeloos actief. In de regio Friesland heeft het programma ervoor gezorgd dat er in de afgelopen jaren 5% meer mensen met een beperking in beweging zijn gekomen (259). Het is niet duidelijk of dit alleen door Grenzeloos Actief komt. Daarnaast heeft het programma in een aantal regio's verandering teweeg gebracht. Zo werden in de regio Den Haag twee bestaande initiatieven samengebracht in één Bewegloket. Dit zorgde ervoor dat mensen beter werden geholpen bij het vinden van een passende beweeg- of sportactiviteit. In de regio Limburg heeft het programma gezorgd voor een infrastructuur voor aangepast sporten.



### ***Sportblessurepreventie***

In 2016 is het programma **Sportblessurepreventie** gestart, gefinancierd door het ministerie van VWS en uitgevoerd door ZonMw. Doel van dit programma is het verminderen van het aantal sportblessures, zodat iedereen kan blijven bewegen en voldoende en veilig kan sporten. ZonMw keert subsidiegelden uit aan geselecteerde projecten die proberen sportblessures te voorkomen. Het programma is opgesplitst in 2 rondes. De eerste in 2016 – 2017 voor het ontwikkelen van interventies en de tweede in 2018 – 2020 voor breedschalige uitvoering van de interventies.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Er is voor zover wij weten geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het gehele subsidieprogramma Sportblessure preventie, maar wel naar zes projecten die met de subsidies zijn gefinancierd (VolleyVeilig, INSPIRE, Bounding Exercise Programma, advies op maat tool voor hardlopen en wintersport, KNLTB TennisReady en de voetbal-enkel brace bij voetballende meisjes) (260). Van deze projecten was alleen VolleyVeilig effectief (261). Vergeleken met volleyballers die niet deelnamen aan de interventie, hadden deelnemers aan VolleyVeilig namelijk minder last van acute blessures (hoeveel minder is niet bekend). Wintersporters die toegang hadden tot de advies-op-maat tool zijn aan de slag gegaan met pisteregels en spierversterkende oefeningen. Hardlopers met toegang tot de tool zijn aan de slag gegaan met een warming-up en hardloopschema's. Het is niet bekend welk effect dit had op het aantal blessures (261).

### ***Www.allesoversport.nl***

In 2016 heeft het Kenniscentrum Sport, op initiatief van het ministerie van VWS, de website [www.allesoversport.nl](http://www.allesoversport.nl) gelanceerd. De website is gericht op het algemene publiek en heeft als doel alle kennis over sport en bewegen op één plek beschikbaar te stellen. Op deze website wordt met de nieuwste inzichten vanuit wetenschap en praktijk betrouwbare en praktisch toepasbare kennis beschikbaar gesteld, op het gebied van sport, bewegen, voeding, gezondheid et cetera.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Internationale literatuur rapporteert wel over effectiviteit van online interventies die gericht zijn op het verhogen van lichamelijke activiteit, maar over websites met informatie zijn geen studies naar de effectiviteit gevonden.

### ***Verplichting bewegingsonderwijs***

In het primair onderwijs en voortgezet onderwijs is het al langer **verplicht bewegingsonderwijs** te geven en hiervoor zijn wettelijk kerndoelen vastgesteld. Het aantal uren is niet verplicht. In het 'plan van aanpak bewegingsonderwijs' van het ministerie van OCW en de PO-raad uit 2015 staat dat in het primair onderwijs vanaf 2017 minimaal 2 lessen bewegingsonderwijs moet worden gegeven. In het voortgezet onderwijs moet daarnaast het bewegingsonderwijs gegeven worden door een vakdocent. In het primair onderwijs mag het ook door een leerkracht met aanvullende bevoegdheid. In het middelbaar beroepsonderwijs is bewegingsonderwijs niet verplicht. In 2017 voldeden nog niet alle scholen in het primair onderwijs aan deze doelen,

maar er worden wel acties ondernomen om dit te bereiken, in overleg met scholen en gemeenten.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Het is niet bekend of het verplicht stellen van bewegingsonderwijs bovenop de algemene bepaling dat scholen beweegonderwijs moeten geven een effect heeft op het beweeggedrag. Uit een reflectie op de resultaten van de 'peiling bewegingsonderwijs' blijkt dat er sinds 2006 weinig is veranderd in het lesaanbod in het basisonderwijs (124). Wel zien experts het aanbod van verschillende sporten tijdens de lessen bewegingsonderwijs langzaam ontwikkelen. Daarnaast zien zij een toename in samenwerking met buitenschoolse partners en een toename in het gebruik van techniek tijdens de lessen. Volgens experts is bewegingsonderwijs een geschikt middel om bewegingsvaardigheden, fitheid, plezier en inzicht in de voordelen van bewegen te ontwikkelen (125). Ook zeggen experts dat een vakdocent ervoor kan zorgen dat kinderen ook buiten de gymles meer bewegen, hoewel niet bekend is hoeveel meer. Het is de mening van experts dat op korte termijn meer bewegingsonderwijs zal leiden tot een verbetering van de fitheid van kinderen, maar ook hier is het niet bekend hoe groot deze verbetering is. Het is nog niet onderzocht of bewegingsonderwijs op lange termijn zorgt voor meer sport en bewegen en verbetering in fitheid.

**Agenda Fiets 2017-2020**

Op initiatief van het ministerie van I&W is in 2017 de **Agenda Fiets 2017 – 2020** uitgebracht. De uitvoering ligt bij een brede coalitie van overheden, marktpartijen, maatschappelijke organisaties, kennisinstituten en samenwerkingsverbanden. Hoofddoel van dit initiatief is een groei van het aantal fietskilometers met 20% in de periode 2017 – 2020. Daaronder vallen meerdere subdoelen, zoals meer ruimte voor de fiets in de steden, gerichte stimulering van fietsen, minder fietsslachtoffers en minder gestolen fietsen. Door dagelijks te fietsen wordt bewegen onderdeel van de dagelijkse routine, met als doel de gezondheid te verbeteren.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Er is voor zover wij weten geen onderzoek gedaan naar het effect van de Agenda Fiets 2017 – 2020.

## **Bijlage 6:** Geïnterviewde initiatieven voor diabetespreventie en hun effectiviteit

### ***Advies Richtlijnen goede voeding en de Schijf van Vijf***

De **Richtlijnen goede voeding** zijn onder andere bedoeld om de overheid te ondersteunen bij het ontwikkelen van voedingsbeleid en bij het volgen van de effecten van dat beleid. De Gezondheidsraad heeft in 2006 en in 2015 een vernieuwd advies **Richtlijnen goede voeding uitgebracht**. Deze zijn een vervolg op het eerdere advies Richtlijnen goede voeding uit 1986. Het advies van 2015 is meer op voedingsmiddelen gericht en minder op voedingsstoffen, zoals eerder het geval was. Het Voedingscentrum heeft in 2016 het advies Richtlijnen goede voeding 2015 vertaald naar de Richtlijnen **Schijf van Vijf** (229) als praktische vertaling en onderbouwing voor de vernieuwde versie van de Schijf van Vijf. De Schijf van Vijf is de visuele voorstelling van de richtlijnen voor een gezond eetpatroon die sinds 1953 in Nederland wordt gebruikt in de voorlichting over goede en gezonde voeding, gericht op het grote publiek.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Er is voor zover bekend geen onderzoek gedaan naar de effecten van het vernieuwde advies Richtlijnen goede voeding op de prevalentie van diabetes of de voedselconsumptie. Wel is er voor het opstellen van het advies Richtlijnen goede voeding uitgebreid onderzoek gedaan naar het verband tussen voedingsstoffen, voedingsmiddelen en voedingspatronen en het risico op chronische ziekten, waaronder diabetes (262). Omdat er bij het opstellen van het advies rekening is gehouden met de effecten op diabetes, is het aannemelijk dat consumptiepatronen volgens het advies Richtlijnen goede voeding de prevalentie van diabetes verlagen.

Op basis van de Richtlijnen goede voeding stelt het Voedingscentrum voedingsvoorlichting op, zoals de Schijf van Vijf. Er is geen informatie gevonden over het effect van de Schijf van Vijf op de prevalentie van diabetes of de voedselconsumptie. Dit is te verwachten omdat het een algemene richtlijn is voor gezonde voeding en niet specifiek gericht op diabetes. In 2015 was de naam 'Schijf van Vijf' bekend bij 92% van ruim 1.000 ondervraagde Nederlanders, en 61% van de bevraagden zegt te weten wat de Schijf van Vijf inhoudt (229). Het is niet bekend of diabetes minder vaak voorkomt bij personen die de Schijf van Vijf zeggen te kennen vergeleken bij personen die de Schijf van Vijf niet kennen. Uit peilingen blijkt dat professionals de Schijf van Vijf een handig hulpmiddel vinden om uitleg te geven over gezonde voeding. In een survey van het Voedingscentrum onder ongeveer 100 diëtisten geeft 75% aan de Schijf van Vijf te gebruiken.

### ***Campagnes Diabetes Fonds***

Het Diabetes Fonds voert massamediacampagnes uit om het algemeen publiek van informatie over diabetes type 2 te voorzien en hen bewuster te maken van de risico's hiervan. Daarnaast beogen de campagnes bij te dragen aan de vroeg-opsporing van mensen met (pre)diabetes. Elke campagne duurt enkele maanden. Voorbeelden van de campagnes van

het Diabetes Fonds zijn: **Waar–niet waar?** (2007) die gericht was op de misverstanden en fabels die bestaan over diabetes en **De wereld is jouw sportschool** (2010) die gericht was op het stimuleren van bewegen om diabetes type 2 te voorkomen. In het kader van het speerpunt 'Minder Suiker' van het Diabetes Fonds werd in 2016 de campagne de **Suikerafkickkliniek** uitgevoerd. Met een pop-up store in Amsterdam en een begeleidende campagne werd beoogd mensen bewust te maken van de hoeveelheid suiker die zij dagelijks binnen krijgen. De campagne **Halve maatregelen** vond plaats in 2017 en wees de industrie op hun verantwoordelijkheid om minder suiker toe te voegen aan producten. Dit gebeurde middels een petitie om de voedingsmiddelenindustrie te bewegen om minder suiker toe te voegen aan producten en een bijeenkomst voor wetenschappers, retailers, bedrijven en de overheid waarbij gesproken werd over het verminderen van de suikerconsumptie. In 2018 startte de **Suiker terugroepactie**. Met deze campagne konden mensen online een product met onnodig veel suikers terugroepen en zo een signaal afgeven richting de voedingsindustrie. In 2018 startte ook de **Nationale Suiker Challenge** met als doel de groei van het aantal mensen met diabetes type 2 tegen te gaan. De challenge is om een week lang geen eten en drinken te nuttigen dat toegevoegde suikers bevat. Deelnemers ontvangen informatie, tips en recepten zonder toegevoegde suikers.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten van deze campagnes op de prevalentie van diabetes. Ook zijn er voor zover ons bekend geen meta-analyses of reviews over de effectiviteit van campagnes in het algemeen bij de preventie van diabetes.

Er zijn enkele gegevens over het bereik van de campagnes bekend. Het Diabetes Fonds zegt in hun jaarverslag van 2016 dat er met de Suikerafkickkliniek 18 miljoen Nederlanders zijn bereikt (sommige mensen meer dan één keer) (263). Ook trok de Facebookpagina 'minder suiker', waar ontwikkelingen en tips werden gedeeld, veel bezoekers. In 2016 steeg het aantal volgers van het Diabetes Fonds op twitter van 8.000 naar 9.206 en het aantal fans van het Diabetes Fonds op Facebook van 28.501 naar 35.207 (263).

De petitie van de campagne Halve maatregelen werd volgens het publieksverslag 2017 door bijna 32.000 mensen ondertekend. Dit heeft geleid tot veel aandacht in zowel de media als de Tweede Kamer. Ook heeft het Diabetes Fonds naar aanleiding van de campagne een bijdrage mogen leveren aan het Nationaal Preventieakkoord (264).

Volgens het publieksverslag van 2018 van het Diabetes Fonds kreeg de Suiker terugroepactie veel media-aandacht en is hiermee een sterk signaal afgegeven richting de voedingsmiddelenindustrie (265). Dit publieksverslag meldt ook dat ruim 30.000 mensen hebben deelgenomen aan de Nationale Suiker Challenge. Samenvattend stelt het Diabetes Fonds in het jaarplan van 2020 dat in de periode 2016-2019 elk jaar ongeveer 30.000 mensen actief werden betrokken bij de campagne (265). Zij maakten gebruik van de door het Diabetes Fonds ter beschikking gestelde hulpmiddelen, zoals een (online) brochure met tips en recepten.

### ***Kijk op diabetes***

In 2005 heeft de Nationale Diabetes Federatie (NDF) de vijfjarige campagne **Kijk op diabetes** ingevoerd in samenwerking met het voormalige Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), het Voedingscentrum en het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB, nu Kenniscentrum Sport), met financiering van ZonMw. Doel hiervan was om diabetes type 2 te voorkomen. De campagne is gericht op professionals en mensen behorend tot risicogroepen. De campagne bestond uit informatie over een gezonde leefstijl in de vorm van reclamespots op tv en radio, posters, advertenties, de Diabetes Risicotest, lokale initiatieven door zorgverleners en allerhande preventietools voor professionals. De Diabetes Risicotest is ontwikkeld door de NDF en het Diabetes Fonds en werd verspreid via de website [www.kijkopdiabetes.nl](http://www.kijkopdiabetes.nl). Het doel was om mensen op te sporen die niet weten dat ze diabetes type 2 hebben en mensen die binnen afzienbare tijd een hoog risico lopen diabetes type 2 te ontwikkelen. Mensen met scores boven de vastgestelde risicogrens werden geadviseerd de huisarts te bezoeken voor een bepaling van het glucosegehalte in het bloed.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

De campagne Kijk op diabetes is in 2007 geëvalueerd. In deze evaluatie gaf 31.0% van de respondenten aan de campagne (misschien) te kennen, gaf 24.3% aan de afgelopen maand een tv-spotje te hebben gezien over diabetes en kende 23.6% de Diabetes Risicotest. In totaal waren 450 van de 645 respondenten via ten minste één onderdeel bereikt door de campagne. Van de mensen die zijn bereikt, gaf ongeveer een kwart aan naar aanleiding van de campagne minimaal één keer met anderen over diabetes te hebben gesproken. Ook gaf ongeveer een kwart van deze respondenten aan meer kennis te hebben gekregen over (het voorkómen van) diabetes. Ongeveer een derde gaf aan een duidelijker beeld te hebben gekregen over hun eigen risico op diabetes en ongeveer een kwart gaf aan beter te zijn gaan letten op hun voedingspatroon. Tevens kreeg ongeveer een kwart van de bereikte respondenten meer behoefte aan informatie. Tenslotte had ongeveer 5% naar aanleiding van de campagne contact opgenomen met een huisarts of andere zorgverlener (137).

### ***LekkerLangLeven***

In 2008 is het Diabetes Fonds samen met de Hartstichting en de Nierstichting het vijfjarige (preventie)programma **LekkerLangLeven** gestart. Met LekkerLangLeven zetten deze drie Gezondheidsfondsen in op gezamenlijke opsporing van (het risico op) chronische ziekten, waaronder diabetes, bij hoogrisicogroepen. Dit heeft in 2011 geresulteerd in het opzetten van het PreventieConsult en de bijbehorende websites [www.testuwleefstijl.nl](http://www.testuwleefstijl.nl) en [www.testuwrisico.nl](http://www.testuwrisico.nl) samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG). Het preventieconsult draait om een vragenlijst die wordt aangeboden aan alle volwassenen binnen de eerste lijn die nog niet worden behandeld voor hypertensie, hypercholesterolemie of diabetes type 2. Hiermee worden mensen met een hoog risico hierop geïdentificeerd, waarna ze behandeld kunnen worden. Begin 2015 is het preventieconsult gewijzigd in de Persoonlijke Gezondheidscheck.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Er is onderzoek gedaan naar het bereik en het effect van het programma LekkerLangLeven (138). In het onderzoek kregen 150 mensen uit kwetsbare groepen een zelfmanagement-programma met begeleiding aangeboden. Uit de resultaten blijkt dat mensen met een lage sociaal economische status en/of een migratie achtergrond, beiden groepen met een verhoogd risico op diabetes, niet goed bereikt werden. Als ze meededen, maakten ze het programma vaak niet af. Na het volgen van het programma waren de deelnemers meer gaan bewegen en vonden zij het belangrijker om gezonder te eten. Ook werd hun kwaliteit van leven beter. Hun bloeddruk, cholesterol en bloedsuiker veranderde niet. De onderzoekers verklaren dit deels door uitval van deelnemers tijdens het programma en het onderzoek waarin de metingen werden gedaan.

**Nationaal Actieprogramma Diabetes**

De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) startte in samenwerking met het ministerie van VWS in 2009 het **Nationaal Actieprogramma Diabetes** (NAD). Een deel van dit programma valt buiten onze scope van dit project, omdat het gericht is op de zorg voor patiënten (zorg-gerelateerde preventie). Het NAD droeg bij aan de bestrijding van diabetes en de gevolgen ervan. Een belangrijk doel van het NAD was het structureel invoeren en toepassen van de NDF-zorgstandaard als leidraad voor diabeteszorg. Ook werd er getracht samenhang in het aanbod van zorg en preventie te bevorderen, leemtes in te vullen, als katalysator voor lopende initiatieven te fungeren en lessen te leren die ook bij andere chronische ziekten van pas komen. Het programma bundelde acties en initiatieven die gericht zijn op het optimaliseren van de preventie van diabetes en de zorg voor mensen met diabetes. De acties betroffen o.a. voorlichting, vroegtijdige diagnostiek, leefstijlinterventies bij hoogrisicogroepen en de organisatie van ketenzorg met een programmatische aanpak. Het programma is afgerond in 2013.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Het is niet bekend wat het effect is van het Nationaal Actieprogramma Diabetes op de prevalentie van diabetes. In 2011 is onderzocht in hoeverre de NDF Zorgstandaard wordt geïmplementeerd (266). Dit is gedaan door middel van een vragenlijstonderzoek onder 1.726 professionals en 571 patiënten, aangevuld met interviews. In totaal was 37.6% van de zorgprofessionals in het bezit van de Zorgstandaard. Van hen gaf 76.1% aan (grotendeels) volgens de Zorgstandaard te werken. Van de patiënten gaf 16.7% aan de Diabetes Zorgwijzer (de patiëntenversie van de Zorgstandaard) in hun bezit te hebben, terwijl ruim 50% van de patiënten hier niet bekend mee was.

In 2013 is een vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd onder 2.423 professionals en 5.650 patiënten (267). Uit dit onderzoek bleek dat inmiddels een iets groter deel van de professionals (43.7%) in het bezit was van de Zorgstandaard. Vergeleken met 2011 gaf een groter deel van hen (89.2%) aan (grotendeels) conform de Zorgstandaard te werken. Van de patiënten had 15.3% de Diabetes Zorgwijzer in hun bezit. Dit is redelijk vergelijkbaar met de situatie in 2011. Wel gaf een

kleiner percentage aan dat ze niet met de Diabetes Zorgwijzer bekend was (ongeveer 40%).

In de verantwoording van het Nationaal Actieprogramma Diabetes door NDF wordt gesteld dat de doelen ruimschoots zijn behaald (268). Uit dit document blijkt echter niet op welke resultaten deze uitspraken gebaseerd zijn. Wel staat er in de verantwoording dat de NDF Zorgstandaard door het grootste deel van de diabeteszorgverleners wordt toegepast. Er zijn 50 producten, zoals zorgwijzers, opgeleverd binnen het NAD. Daarnaast werken zorgverleners nu nauwer met elkaar samen.

### ***Akkoord Verbetering Productsamenstelling***

In 2014 ondertekenden het ministerie van VWS, CBL, FNLI, KHN en Veneca het **Akkoord Verbetering Productsamenstelling**. Het doel van dit akkoord is het verminderen van de gehalten aan zout, verzadigd vet en calorieën (suiker en (verzadigd) vet) in producten. Hierdoor wordt het productaanbod gezonder. In het akkoord geven de verschillende partijen aan hoe zij zich gezamenlijk tot en met 2020, elk vanuit hun eigen verantwoordelijkheid, zullen inzetten om dit doel te bereiken. In het kader van diabetes preventie is vooral de reductie van suiker en calorieën in producten van belang.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

In 2019 heeft het RIVM geschat wat de impact van het akkoord is op basis van gegevens uit de voedselconsumptiepeiling van 2007-2010 (99). Hieruit blijkt dat met de afspraken in het akkoord kleine stappen worden gezet om de dagelijkse inname van suiker te verlagen. Volgens de schattingen zouden Nederlanders bij een gelijkblijvend consumptiepatroon gemiddeld per dag 4 g minder suiker binnenkrijgen als de afspraken door de fabrikanten worden nageleefd vergeleken met de situatie voor het akkoord en. Over verzadigd vet zijn minder afspraken gemaakt (alleen voor hele specifieke producten). De impact van deze afspraken is daarom naar verwachting minimaal en niet doorgerekend. In de impactschatting wordt het verwachte effect op diabetes niet genoemd.

### ***Alles is Gezondheid***

**Alles is Gezondheid** (AIG) is een maatschappelijke beweging die in 2014 gestart is als onderdeel van het Nationaal Programma Preventie (205). Binnen AIG kunnen individuen of organisaties actief deelnemen via een 'pledge' en sinds 2018 ook via een 'actie' of een 'Projectcheck'. Hierdoor komt een beweging op gang, die als doel heeft om te komen tot een gezonder en vitaler Nederland. Iedereen, vanuit elke organisatie of samenwerkingsverband, kan een pledge tekenen. Individuen kunnen een eigen actie starten in de wijk of buurt. Daarnaast kan met de Projectcheck een gezondheidsproject gecheckt worden op zijn impact (tot 15 september 2020). De pledges en acties zijn gericht op vele onderwerpen inclusief de zes speerpunten van het Nationaal Programma Preventie, waaronder diabetes. Het aantal pledges dat gericht is op diabetes is gestegen van 11 in 2014 naar 19 in 2017. Voorbeelden van pledges gericht op diabetes type 2 zijn te vinden op de website van AIG ([www.allesisgezondheid.nl/pledges](http://www.allesisgezondheid.nl/pledges)).

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit de monitor van Alles is Gezondheid uit 2018 blijkt dat het aantal pledges blijft toenemen (399 pledges in 2018 (206) tegenover 374 in 2017 (207)). Veel van de pledges hebben betrekking op onderwerpen die belangrijk zijn voor het voorkomen van diabetes type 2, zoals gezonde leefstijl. In de monitor wordt niet ingegaan op de effectiviteit van deze specifieke pledges (206). Verder blijkt uit een analyse van de bestuurlijk-organisatorische aanpak van AIG dat de ontwikkeling van zelforganiserende netwerken minstens vijf tot tien jaar in beslag neemt voordat de effecten daarvan onomkeerbaar worden (208). De Universiteit Maastricht onderzoekt is bezig met een procesevaluatie en zoekt manieren om de effecten van Alles is Gezondheid te onderzoeken. De resultaten worden in 2022 verwacht.



## **Bijlage 7: Geïnterviewde initiatieven voor depressiepreventie en hun effectiviteit**

### ***Partnership Depressiepreventie***

Op basis van de nota 'Kiezen voor Gezond Leven' uit 2006 werd in 2007 het **Partnership Depressiepreventie** (PDP) opgericht (1). Dit betrof een initiatief van het ministerie van VWS gecoördineerd door het Trimbos-instituut in samenwerking met GGZ Nederland en 11 andere partnerorganisaties. Het PDP bundelde de krachten van deze partnerorganisaties en had als doel het vergroten van het bereik van preventieve interventies en daarmee het terugbrengen van het aantal mensen met een depressie. Het PDP richtte zich op drie deelgebieden: lokaal beleid, voorlichting en bewustwording, en signaleren en verwijzen. De partnerorganisaties hebben afspraken gemaakt over betere afstemming, samenwerking en het benutten van bestaande aanpakken en instrumenten. In 2010 zijn onder andere risicoprofielen, signaleringsinstrumenten, interventies en de publieksportal 'Mentaal Vitaal' opgeleverd. In 2012 is het PDP afgerond.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Het is niet bekend in hoeverre het PDP erin is geslaagd het bereik van preventieve interventies gericht op het voorkomen van depressie te vergroten. Daarnaast is er volgens een RIVM-rapport gepubliceerd in 2014 weinig bekend over de effectiviteit en het bereik van de interventies die in de periode 2011-2013, de laatste jaren van het PDP, zijn ingezet. Volgens dit rapport was in die periode het interventie-aanbod voor de vijf onderzochte hoogrisicogroepen voor depressie wisselend wat betreft het totaal aantal interventies en het aantal verschillende interventies (168). Voor scholieren, huisartspatiënten met beginnende klachten en mantelzorgers was er een groter en gevarieerder aanbod dan voor mensen met een chronische ziekte en pas bevallen moeders. In 2011 is een artikel gepubliceerd waarin werd teruggeblikt op de ervaringen met het PDP tussen 2007 en 2010 (152). Hierin werd geconcludeerd dat het PDP erin is geslaagd de aandacht voor depressiepreventie te vergroten bij professionals en de doelgroep. Ook werd benoemd dat het PDP verschillende bruikbare producten heeft opgeleverd, zoals de Handreiking 'Depressiepreventie voor bedrijfsartsen' en de publieksportal 'Mentaal Vitaal'. Daarnaast heeft het PDP als platform gefungeerd waarin verschillende partijen hun visies en standpunten hebben uitgewisseld en hebben samengewerkt.

### ***Mentaal Vitaal***

De publieksportal **Mentaal Vitaal** ([www.mentaalvitaal.nl](http://www.mentaalvitaal.nl)) is ontwikkeld binnen het **Partnership depressiepreventie** (PDP). **Mentaal Vitaal** is een website voor het algemeen publiek en beoogt mensen met depressieve klachten te ondersteunen en indien nodig door te verwijzen naar hulpverlening. Ook na afloop van het PDP in 2012 is de publieksportal blijven bestaan. Op de website staan bijvoorbeeld tips om mentaal fit te blijven, informatie over verschillende problemen (o.a. eenzaamheid, stress) en psychische aandoeningen, waaronder depressie, en nieuwsberichten. Daarnaast staan er op de website online

interventies gericht op verschillende thema's, zoals depressie, angst en stress. Ook wordt er uitleg gegeven over vormen van hulp en worden er contactgegevens van verschillende hulpverleningsinstanties vermeld. De website is onderdeel van de afdeling Publieksinformatie van het Trimbos-instituut.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

In een intern onderzoek van Mentaal Vitaal geeft 37% van de ondervraagde bezoekers aan dat de informatie geheel of gedeeltelijk heeft geholpen depressieve klachten te verminderen. Ook wil 85% van de bezoekers nog een keer terugkomen op de website en zou 96% de website zeker of misschien aan iemand anders aanbevelen (153). De website had in 2012 130.000 unieke bezoekers (269). Er zijn geen bezoekerscijfers over de periode 2013-2018 bekend

Er is voor zover bekend geen internationaal onderzoek beschikbaar over de effecten van het online beschikbaar stellen van informatie door middel van psycho-educatieve websites op het voorkomen van een depressie. Psycho-educatie is het bieden van voorlichting over psychische klachten en hoe de betrokken personen (de patiënt zelf maar ook mensen in het netwerk) hiermee kunnen omgaan. In een consensuspaper uit 2016 over depressiepreventie wordt wel aangestipt dat het belangrijk is dat er meer bewustzijn komt over het bestaan van psycho-educatieve websites bij zowel patiënten als professionals (150).

Sommige interventies waarnaar op de website wordt verwezen zijn bewezen effectieve interventies, zoals 'Grip op je dip' (154). Het aanbod op de website is gebaseerd op het zogenaamde 'stepped care-principe'. Hierbij wordt gestart met een 'licht' aanbod zoals informatie, tips en oefeningen. Indien nodig kan worden overgegaan naar een 'zwaarder' aanbod, zoals online en offline zelfhulpprogramma's (270). In een review over stepped care-behandelingen waren twee studies geïncludeerd die onderzoek deden naar de effecten ervan op depressiepreventie bij ouderen (271). Deze twee studies lieten een positief effect zien van deze benadering bij ouderen met depressieve klachten vergeleken met normale zorg. Ouderen die deelnamen aan de interventie hadden 12 maanden na de interventie ongeveer de helft zo vaak (relatief risico = 0.48) een depressie. Het effect van stepped care op de preventie van depressie in andere groepen is niet onderzocht.

***Subsidierегeling anonieme e-mental health gelden***

In 2012 diende het ministerie van VWS een wetsvoorstel in om de financiering van 'anonieme e-mental health' structureel mogelijk te maken met de **subsidierегeling anonieme e-mental health gelden**. Anonieme e-mental health is een verzamelterm voor internet interventies die gericht zijn op de preventie en behandeling van psychische stoornissen, waaronder depressie, bij mensen die uit schaamte of angst voor hun omgeving geen hulp zoeken voor hun klachten. Het inschakelen van hulp in een vroeg stadium kan voorkomen dat klachten erger worden en tot een grotere zorgvraag leiden. Met de subsidierегeling worden anonieme interventies kosteloos online aangeboden. Van 2012 tot 2017 heeft het Zorgverzekeringsfonds deze subsidie verstrekt. In 2017 is het wetsvoorstel goedgekeurd en is de wetwijziging van kracht gegaan. De financiering van de

subsidiereregeling is toen overgegaan van het ministerie van VWS naar het ministerie van BZK. Daarna is de coördinatie en organisatie overgedragen aan Zorginstituut Nederland. De subsidiereregeling is opgenomen in de Regeling Zorgverzekeringen en in 2018 heeft de eerste structurele subsidieronde plaatsgevonden. Uit een evaluatie van de subsidiereregeling anonieme e-mental health gelden blijkt dat 21% van de gesubsidieerde interventies gericht was op depressie (272).

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Het is niet bekend wat het specifieke effect van de subsidiereregeling is op het aantal mensen met depressie. In 2017 maakten 98.485 mensen gebruik van anonieme e-health interventies. Het is niet bekend of dit meer of minder is dan voordat de subsidiereregeling werd ingevoerd (272). Verder is het onduidelijk of er een afname is in de psychische klachten van gebruikers, omdat het om anonieme cliënten gaat. Een groot deel van de interventies wordt echter niet afgerond. Uit de evaluatie van de subsidiereregeling blijkt verder dat aanbieders de subsidiereregeling financieel niet toereikend vinden om de e-mental health interventies kostendekkend aan te bieden. Daarnaast is de financiële ruimte niet genoeg om het huidige aanbod door te ontwikkelen naar de behoeften van de gebruikers.

Recent is er een review en meta-analyse van internationaal onderzoek verschenen naar de effecten van e-health interventies op depressieve klachten (273). In dit onderzoek is niet specifiek gekeken naar het effect van *anonieme* e-health interventies. Het blijkt dat e-health interventies depressieve klachten enigszins verminderen op zowel de korte termijn (4 weken tot 4 maanden) als de lange termijn (5 tot 12 maanden) in vergelijking met alle controle groepen. Deze effecten waren klein, maar significant. Het effect van e-health interventies is het grootst in vergelijking met wachtlijsten of geen behandeling. Het effect van e-health interventies was iets groter dan het effect van het ontvangen van normale zorg.

***Generalistische basis geestelijke gezondheidszorg (GGZ)***

Naar aanleiding van twee bestuurlijke akkoorden en de inspanning van 11 samenwerkende partijen, waaronder het ministerie van VWS, GGZ Nederland, NHG en Zorgverzekeraars Nederland, vond in 2014 een stelselwijziging plaats waarmee de **generalistische basis geestelijke gezondheidszorg (GGZ)** werd geïntroduceerd. Het doel van deze stelselwijziging is een passende behandeling op de juiste plaats (dichtbij huis). Mensen met lichte tot matige psychische stoornissen, waaronder depressie(ve klachten), worden geholpen in de huisartsenzorg in plaats van de eerste- en tweedelijns GGZ. Vanuit de overheid wordt financiële hulp geboden voor onder andere de inzet van een Praktijk Ondersteuner Huisarts GGZ (POH-GGZ). Voorwaarde voor de vergoeding van de hulp van de POH-GGZ vanuit het basispakket is dat er een verwijzing nodig is van de huisarts, jeugdarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Er is niet bekend of de invoering van de generalistische basis GGZ het aantal mensen met een depressie heeft beïnvloed. Wel blijkt uit een marktscan van de GGZ uit 2016 dat patiënten na de stelselwijziging minder vaak meteen bij de gespecialiseerde GGZ terechtkomen, maar

(eerst) lichtere zorgvormen ontvangen (167). Dit is in lijn met de doelstellingen van de stelselwijziging van 2014. Ook blijkt uit de scan dat de gemiddelde aanmeldwachtijd en behandelwachtijd voor depressieve stoornissen onder de Treeknorm ligt. Deze scan maakt echter geen onderscheid in de klachten waarvoor de mensen in de GGZ terecht komen en gaat dus ook over mensen die voor andere klachten dan depressie hulp vragen. Daarnaast hebben de resultaten grotendeels betrekking op de zorg voor mensen die al ziek zijn om complicaties, beperkingen of een lagere kwaliteit van leven te voorkomen (zorg gerelateerde preventie). Die vorm van preventie nemen we in dit onderzoek niet mee.

Daarnaast kwam uit een case studie binnen één huisartsenpraktijk naar voren dat het nieuwe verwijsmodel werd toegepast bij 87% van de patiënten die voor psychische problemen (en niet enkel depressie of depressieve klachten) op consult kwamen (274). Ongeveer driekwart van de patiënten werd vervolgens in de huisartsenpraktijk behandeld. Dertien procent van de patiënten kreeg meer gespecialiseerde zorg dan nodig, 45 procent kreeg zorg overeenkomend met het beleid, en 42 procent kreeg minder zorg dan nodig. Na drie maanden werd er gemiddeld een verbetering gezien in de symptomen van alle patiënten, ongeacht welke zorg zij kregen.

### ***Alles is gezondheid***

**Alles is Gezondheid** (AIG) is een beweging die in 2014 is geïnitieerd onder het Nationaal Programma Preventie (NPP) (205). Binnen AIG kunnen individuen of organisaties actief deelnemen via een 'pledge' en sinds 2018 ook via een 'actie' of 'projectcheck'. Individuen kunnen een eigen actie starten in de wijk of buurt. Daarnaast kan met de Projectcheck tot 15 september 2020 de impact van een gezondheidsproject gecheckt worden. Via een pledge maken partijen afspraken om met gezamenlijke acties een beweging op gang te brengen voor een gezonder en vitaler Nederland. De pledges zijn gericht op vele onderwerpen, waaronder de zes speerpunten van het Nationaal Programma Preventie (NPP), inclusief depressie. Het aantal pledges gericht op depressie is toegenomen van 9 bij aanvang tot 15 in 2017. Voor 2018 is het aantal niet gerapporteerd. Tot de pledges gericht op depressie behoort onder andere het Meerjarenprogramma Depressiepreventie.

### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit de monitor van Alles is Gezondheid uit 2018 blijkt dat het aantal pledges blijft toenemen (399 pledges in 2018 (206) tegenover 374 in 2017 (207)). Wel is de toename minder groot dan in voorgaande jaren (2014 – 2017). Gebaseerd op informatie uit 2018, is het aantal pledges dat zich richt op depressie toegenomen van 9 bij aanvang tot 15 (4% van de pledges) in 2017 (207). Mentale gezondheid was het thema van 11% van de pledges t/m 2018 (206). In de monitor wordt niet ingegaan op de effectiviteit van deze specifieke pledges (206). Verder blijkt uit een analyse van de bestuurlijk-organisatorische aanpak van Alles is Gezondheid dat de ontwikkeling van zelforganiserende netwerken minstens vijf tot tien jaar in beslag neemt voordat de effecten daarvan onomkeerbaar worden (208). De Universiteit Maastricht onderzoekt is bezig met een procesevaluatie en zoekt manieren om de effecten van

Alles is Gezondheid te onderzoeken. De resultaten worden in 2022 verwacht.

### ***Meerjarenprogramma depressiepreventie***

In 2017 committeerden 19 partijen, waaronder het ministerie van VWS en ZonMW, zich in de depressiedialoog aan de uitvoering van het **Meerjarenprogramma (MJP) depressiepreventie**. Het MJP borduurt voort op de producten, richtlijnen en materialen die zijn ontwikkeld in het **Partnership Depressiepreventie**. Het MJP streeft ernaar het aantal nieuwe gevallen en de impact van depressie fors af te laten nemen in zes hoog-risicogroepen (jongeren, jonge vrouwen/pas bevallen moeders, huisartspatiënten, werknemers in stressvolle beroepen, chronisch zieken en mantelzorgers). Om dit te bereiken worden de domeinen school, wijk, werk en zorg rondom deze groepen actief betrokken. Tussen 2016 en 2020 worden per risicogroep afspraken gemaakt om te komen tot een keten van signaleren, bespreken, verwijzen en uitvoeren van passende interventies voor depressiepreventie. Een stuurgroep verzorgt de uitvoering van het MJP en de samenhang tussen de verschillende ketenaanpakken. De opzet is om ieder jaar een andere depressie-risicogroep centraal te stellen. In de periode 2017-2018 is er voor jongeren (2017) en huisartspatiënten (2018) gewerkt aan een aanpak voor depressiepreventie.

#### *Wat weten we over de effectiviteit?*

Uit een recente kamerbrief over de voortgang van depressiepreventie blijkt dat er volgens de betrokken partijen goede projecten zijn opgestart en uitgevoerd binnen het MJP, maar dat dit niet genoeg is om de ambitieuze doelstelling van 30% minder mensen met een depressie in 2030 te behalen. Daarom is in 2019 afgesproken om tussendoelen en indicatoren te formuleren (275). In 2021 zal het effect van het MJP op deze tussendoelen worden beoordeeld (276).

### ***Omgaan met depressie***

De publiekscampagne **Omgaan met depressie** is in 2016 gestart en was het belangrijkste communicatiemiddel van het **Meerjarenprogramma (MJP) Depressiepreventie**. Doel van de campagne is om het taboe rondom depressie te doorbreken. De campagne is gericht op het algemeen publiek, maar richt zich ook op twee risicogroepen: vrouwen van 18 tot en met 35 jaar en jongeren van 13 tot en met 18 jaar. De campagne probeert zichtbaar te maken wat depressie is en roept op tot actie: herken de signalen en praat erover. Onderdeel van de campagne is de website [www.omgaanmetdepressie.nl](http://www.omgaanmetdepressie.nl). De publiekscampagne en het MJP sluiten op elkaar aan, zodat ze elkaar ondersteunen en versterken. Halverwege 2017 is Omgaan met depressie overgegaan in een nieuw concept ('Hey': [www.heyhelpt.nl](http://www.heyhelpt.nl)). Vergeleken met Omgaan met depressie richt dit concept zich minder op het herkennen van signalen van een depressie en wordt meer gefocust op praten over depressie wanneer de signalen worden herkend. Er zijn verschillende campagneperiodes geweest: in het najaar van 2016 ('Omgaan met depressie'), het voorjaar van 2017 ('Omgaan met depressie') en van eind 2017 t/m begin 2018 ('Hey'). De campagnes waren voornamelijk gericht op jongeren (13-18 jaar) en jonge vrouwen (18-35 jaar).

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Er is geen informatie gevonden over het effect van de campagnes Omgaan met depressie of andere campagnes op depressieve klachten. Wel bleken een aantal doelstellingen na de campagne behaald te zijn (155, 156). Zo had het algemeen publiek na de campagne vaker de intentie om een ander of zichzelf te helpen bij de signalen van depressie en is het algemeen publiek en zijn jonge vrouwen vaker gaan spreken over het onderwerp. Jongeren spreken (nog) niet vaker over het onderwerp, maar zijn hier al wel het belang van in gaan zien. Ook is het bereik van de campagnes twee keer onderzocht: in 2017 (campagneperiode 2016) en in 2018 (campagneperiodes 2017 en 2017/2018). In de eerste campagneperiode had 64% van de ondervraagde jonge vrouwen en 65% van de ondervraagde jongeren in de voorgaande week een campagne van de Rijksoverheid over depressie gezien. Dit percentage was 57% bij het algemene publiek (18+). In 2018 had 64% van het algemene publiek, 60% van de jongeren en 65% van de jonge vrouwen de voorgaande week een campagne gezien. Na de campagne in 2016 gaf bijna een vijfde (19%) van het algemene publiek aan bekend te zijn met de website van Omgaan met depressie. Na de campagnes in 2017 en 2018 was dit ruim een kwart (28%). Gemiddeld waren er in de eerste campagneperiode ruim 20.000 bezoeken per week aan de website. In de campagneperiode begin 2018 waren dit er gemiddeld bijna 11.000 per week.

**KOPP/KOV Handreiking**

In 2016 is digitale **KOPP/KOV Handreiking** ([www.koppkov.nl](http://www.koppkov.nl)) verschenen. Het Trimbos-instituut ontwikkelde deze in opdracht van het ministerie van VWS. De handreiking heeft als doel samen te werken aan preventie en zorg te dragen voor kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en/of kinderen van ouders met een alcohol- en/of drugsverslaving (KOV). Deze kinderen lopen namelijk een verhoogde kans op het ontwikkelen van psychische problemen en/of verslavingsproblematiek. Bij psychische problemen kan gedacht worden aan onder andere depressie en angst. De website [www.koppkov.nl](http://www.koppkov.nl) bevat verschillende materialen (o.a. informatie, een toolbox en trainingen) bedoeld voor professionals, gemeenten, zorgverzekeraars, ouders, naasten en kinderen.

*Wat weten we over de effectiviteit?*

Voor zover bekend is er geen onderzoek gedaan in Nederland naar de effecten van de KOPP/KOV Handreiking op het ontstaan van een depressie onder kinderen van ouders met psychische problemen of een verslaving. Wel is er voor een aantal interventies gekeken naar de effecten op het welzijn van kinderen. Zo blijkt de Doe-praat-groep (een groepscursus voor kinderen tussen de acht en twaalf jaar) effectief te zijn in het verminderen van negatieve cognities en het verhogen van het gevoel sociaal geaccepteerd te worden. Ook bleken kinderen in de interventiegroep meer sociale steun te zoeken in hun omgeving (63). Tot 2012 bereikten GGZ-instellingen per jaar tussen de 2.500 en 5.000 kinderen en ouders met de face-to-face KOPP/KOV-interventies die landelijk worden aangeboden en staan beschreven in draaiboeken (161). Er zijn geen recentere cijfers gevonden over het bereik van KOPP/KOV-interventies.

Er zijn verschillende internationale reviews geschreven over de effectiviteit van interventies gericht op het voorkomen van psychische stoornissen bij kinderen van ouders met psychische problemen. Hieruit komen tegenstrijdige resultaten naar voren (277). Eén meta-analyse komt tot de conclusie dat de interventies de kans op psychische problemen met 40% verminderen (278). Kinderen in de interventiegroep hadden minder internaliserende symptomen zoals angst en depressieve klachten. De meeste reviews stellen echter dat er onvoldoende bewijs is om te stellen dat deze interventies een effect hebben. Als reden wordt gegeven dat de effectstudies methodologische tekortkomingen hebben (157-159). Recent is een meta-analyse uitgevoerd naar de effecten van preventieve interventies voor kinderen van ouders met een depressie (160). Hieruit bleek dat deze interventies een klein effect hebben op depressieve en andere internaliserende klachten, zoals angst. Daarnaast ontwikkelden de deelnemers aan de interventiegroep 44% minder vaak een depressie. Deze effecten waren zichtbaar tot vier maanden na de interventie. Op langere termijn (tot 12 maanden en 15 tot 72 maanden) hadden de interventies geen effect.

Uit een rondgang in de KOPP/KOV-praktijk in 2016 blijkt dat verantwoordelijkheden door de betrokken partijen niet goed worden opgepakt en ingevuld, hoewel deze verantwoordelijkheden voor hen wel duidelijk zijn (162). Zo hebben de meeste gemeenten het thema KOPP/KOV niet geagendeerd en werken de meeste zorgaanbieders niet conform de KOPP-richtlijn. Hierbij spelen twee belemmeringen een rol. Ten eerste is er sprake van onbekendheid met KOPP/KOV-problematiek, vooral bij gemeenten. Ten tweede ontbreekt het aan regie op lokale/regionale samenwerking en de organisatie van een sluitende ketenaanpak. Ook is de communicatie tussen en binnen de verschillende partijen (gemeente, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) onvoldoende.

## **Bijlage 8:** Internationale vergelijkingen in meer detail

### **Internationale vergelijking roken**

In hoofdstuk 3 zijn de algemene bevindingen beschreven van de internationale vergelijking van het tabaksontmoedigingsbeleid in Nederland, Denemarken, Ierland en Oostenrijk. Deze bijlage beschrijft voor vier van de zes onderdelen van de Tobacco Control Scale welke scores de landen hebben gehaald en waarom. Hoewel de TCS meerdere aspecten van het onderdeel 'Behandeling' meeneemt, ligt in dit hoofdstuk de focus alleen op vergoeding voor stoppen-met-roken programma's. Leeftijdsrestricties, onderwijsprogramma's, campagnes en websites worden niet besproken, omdat ze geen deel uitmaken van de TCS. Uit de hoogte van het budget voor tabaksontmoedigingsbeleid valt mogelijk wel af te leiden in hoeverre een land in dergelijke maatregelen investeert. Dit kan een indicatie zijn voor hoe goed initiatieven geïmplementeerd worden.

#### *Rookverboden*

Er kan uit de vergelijking van het beleid op rookverboden tussen de vier landen niet bepaald worden wat het precieze effect van de rookverboden op het percentage rokers is geweest. In vergelijking met de andere landen heeft Ierland tussen 2007 en 2019 consequent hogere scores behaald op het onderdeel 'Rookverboden'. Denemarken en Oostenrijk scoorden in 2007 laag (3 respectievelijk 4 punten). Nederland scoorde gemiddeld (9 punten). Denemarken scoort sinds 2010 11 punten. Dit komt doordat tussen 2007 en 2010 tenminste 50% van de bars en restaurant locaties rookvrij zijn geworden, een verbod op roken in treinen en andere vormen van openbaar vervoer is ingevoerd, en restricties zijn ingevoerd op roken op de werkvloer. In Oostenrijk was er tussen 2007 en 2010 een kleinere toename in de score te zien (naar 7 punten). Tussen 2007 en 2010 is er een rookverbod in bars en restaurants ingevoerd. Omdat dit onvoldoende werd gehandhaafd, is maar een deel van de punten hiervoor toegekend. Restricties voor roken op de werkplek waren al eerder ingevoerd, maar werden pas vanaf 2010 gehandhaafd. Daarnaast werd tussen 2007 en 2010 het rookverbod uitgebreid van binnenlandse treinen naar al het andere openbaar vervoer. Omdat Oostenrijk in 2019 de rookverboden aanmerkelijk heeft uitgebreid, is het aantal punten op dit onderdeel naar 20 gestegen. Deze uitbreiding kan geen rol hebben gespeeld bij de afname in het percentage rokers tussen 2006 en 2018. Zoals eerder besproken zijn er in Nederland verschillende rookverboden doorgevoerd tussen 2007 en 2019. In 2008 werd een rookverbod ingevoerd in de sport-, cultuur en kunstsector en in de horeca. Hierdoor steeg de score voor Nederland tussen 2009 en 2013 met 4 punten. In 2016 steeg de score nog iets verder omdat in 2014 de uitzondering op het rookverbod voor klein cafés werd opgeheven.

#### *Reclameverboden*

Ook uit de gegevens over reclameverboden kan niet bepaald worden wat het precieze effect van de invoering van rookverboden op het percentage rokers is geweest. In dit geval komt dit omdat de scores weinig zijn veranderd over de tijd. Voor het onderdeel reclameverboden



is een daling te zien in de score voor Nederland, Denemarken en Oostenrijk tussen 2007 en 2010. Dit komt niet doordat er minder beleid is gevoerd, maar doordat er twee items (standaard verpakkingen en een uitstalverbod) aan de puntenverdeling zijn toegevoegd. Omdat de totaalscore gelijk is gebleven, zijn de maximale scores voor sommige bestaande items verlaagd. Na 2010 zijn de scores in alle drie de landen niet veel veranderd, wat aangeeft dat er geen additionele reclameverboden zijn ingevoerd. Voor Ierland daalde de score niet tussen 2007 en 2010. Zij hebben in deze periode een uitstalverbod voor tabaksproducten ingesteld en een verbod op reclame bij het verkooppunt. Omdat in de andere landen het percentage rokers ook daalde, is ook hieruit geen conclusie te trekken over het effect van reclameverboden op het percentage rokers.

#### *Gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen*

Uit het onderdeel 'Gezondheidswaarschuwingen op verpakkingen' kunnen ook geen conclusies worden getrokken over het effect op het percentage rokers. Voor dit onderdeel zijn voor het jaar 2007 geen data gepubliceerd op de website van de TCS. De score op dit onderdeel steeg zowel in Ierland als Denemarken met drie punten tussen 2010 en 2013. In beide landen werden in deze periode waarschuwingen (afbeeldingen) op sigaretten en shag verpakkingen geïntroduceerd. In Nederland en Oostenrijk was dit pas vanaf 2016 het geval. De trend in het percentage rokers was zowel voor Denemarken als Oostenrijk en – in mindere mate – voor Ierland sterker dan voor Nederland. Alleen voor Ierland steeg de score verder in 2019, namelijk met vier punten. Op dat moment hebben zij neutrale verpakkingen ingevoerd. Dit kan rol hebben gespeeld bij de afname in het percentage rokers tussen 2006 en 2018.

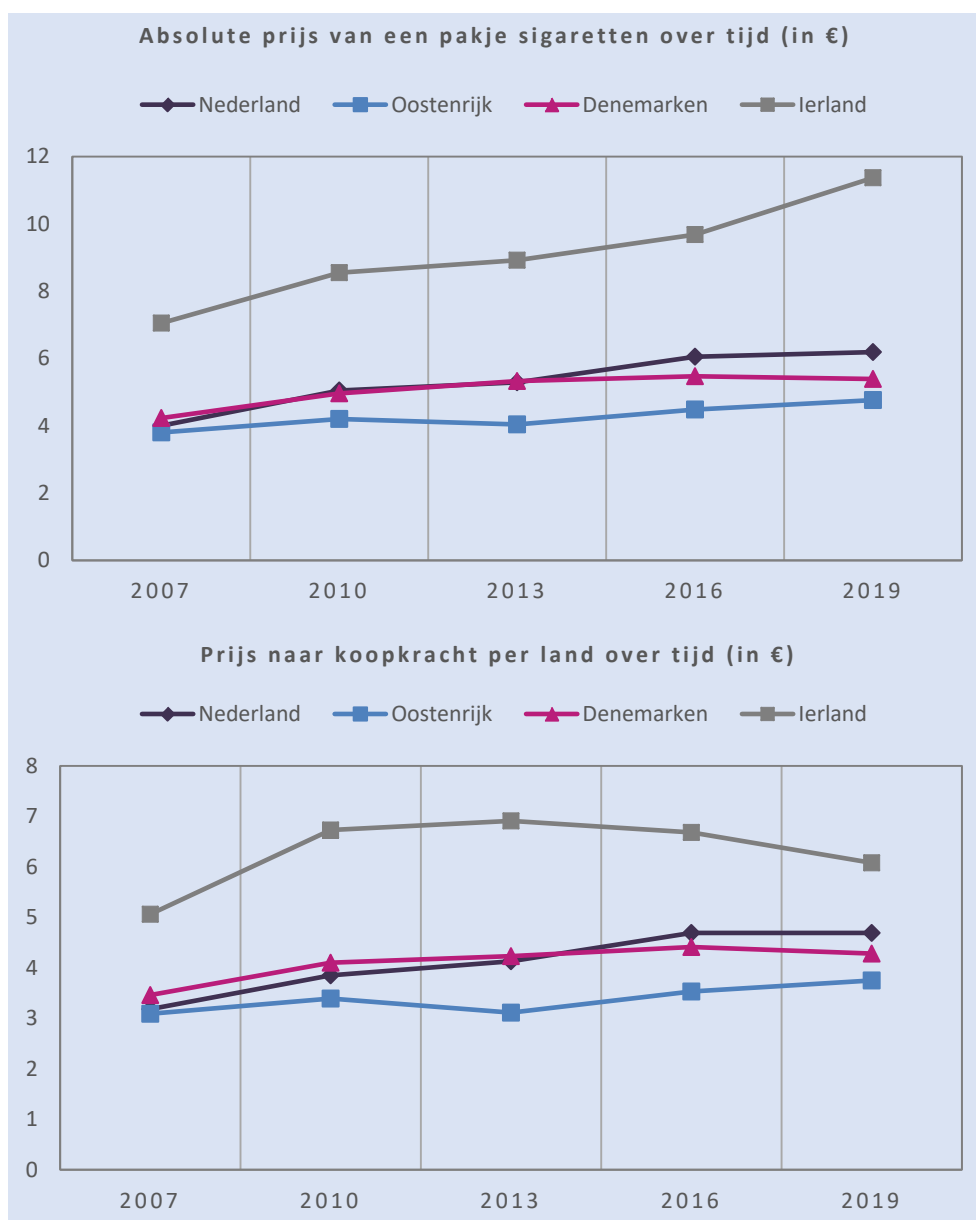
#### *Behandelingen voor verslaafde rokers*

Ook uit dit onderdeel komt geen duidelijk beeld naar voren waarmee het effect van stoppen-met-roken zorg kan worden bepaald. Nederland, Ierland en Denemarken scoorden in 2010 allemaal 6 van de 10 punten op het onderdeel 'Behandeling voor stoppen met roken'. Oostenrijk scoorde wederom het laagst. Er is geen informatie over dit onderdeel beschikbaar voor 2007. In geen enkel land zijn er grote veranderingen geweest in de score. In Ierland wordt de behandeling vanaf 2010 of eerder deels vergoed, in Nederland vanaf 2012 en in Denemarken vanaf 2016. Vanaf 2016 wordt de behandeling in Ierland volledig vergoed.

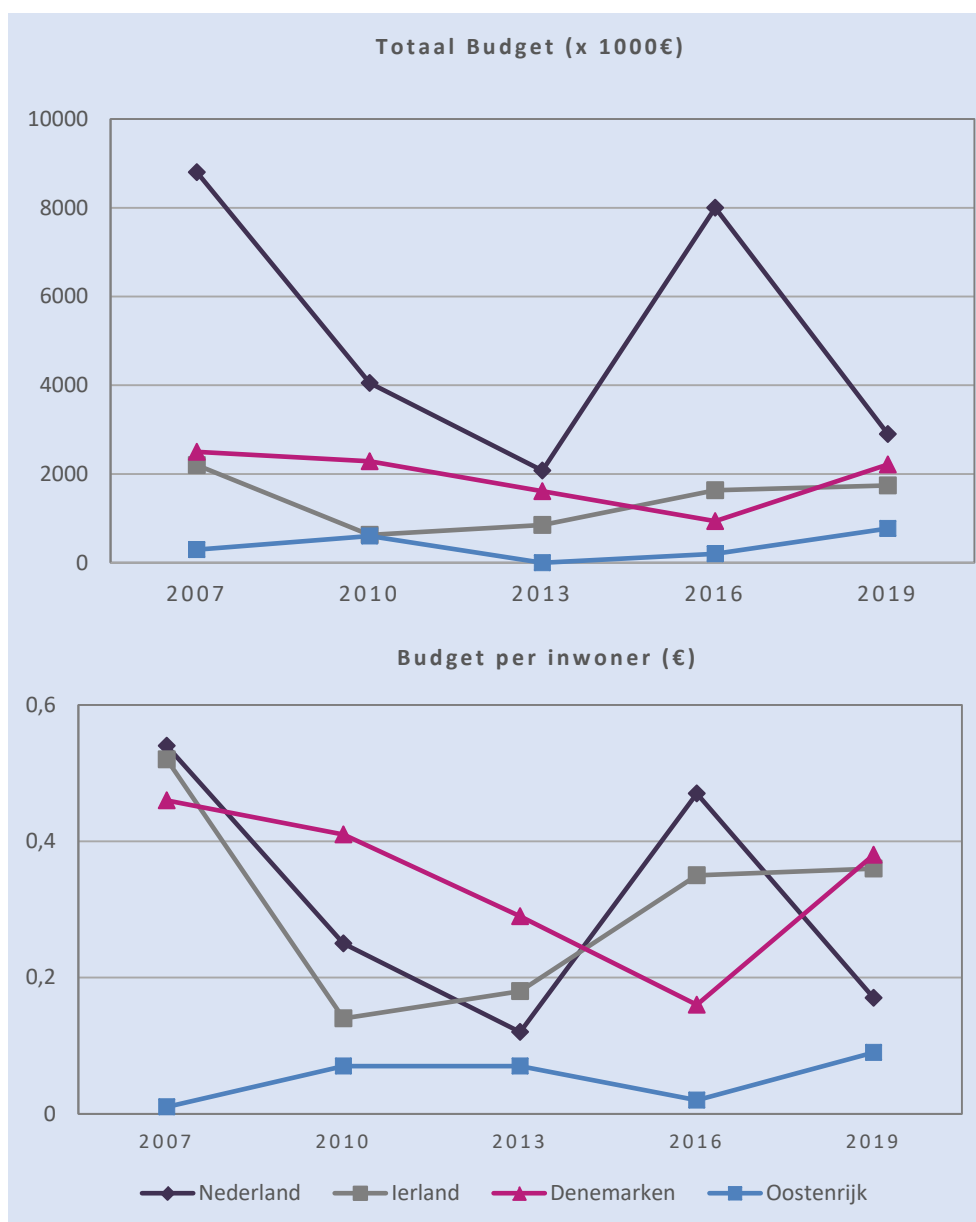
#### *Accijnsverhogingen*

Zowel de absolute prijs voor een pakje sigaretten als de prijs van een pakje sigaretten naar koopkracht zijn belangrijk voor de evaluatie van het effect van accijns op het percentage rokers. De absolute prijs laat namelijk zien welke stijging consumenten zien als zij hun pakje sigaretten kopen. De prijs naar koopkracht laat zien hoeveel consumenten daadwerkelijk merken van de prijsverhogingen. Het is ook voor dit onderdeel niet met zekerheid te zeggen hoe en of accijnsverhogingen hebben bijgedragen aan een daling in het percentage rokers. In Ierland is de prijs van een pakje sigaretten consequent het hoogst van de vier landen die we hier bespreken (zie Figuur B8.1). Ook is de prijs van een pakje sigaretten tussen 2007 en 2019 in Ierland het meest gestegen, namelijk met €4,32. De prijs naar koopkracht is echter maar met €0,99 gestegen, omdat de koopkracht in

Ierland flink is toegenomen in deze periode. Het is goed mogelijk dat hierdoor de absolute prijsverhoging minder effect heeft gehad dan beoogd. Voor de andere landen is er ook een absolute prijsstijging te zien, al is deze vooral voor Denemarken (€1,16) en Oostenrijk (€0,96) vrij gering (€2,19 voor Nederland). Naar koopkracht was de stijging in prijs voor Nederland het grootst. Dit kan dus niet verklaren waarom de daling in het percentage rokers het kleinst is.



Figuur B8.1 Absolute prijs van een pakje sigaretten en de prijs naar koopkracht in Nederland, Ierland, Denemarken en Oostenrijk. Berekend aan de hand van de prijs van een pakje Marlboro (2007, 2010) en het gewogen gemiddelde voor sigaretten (2013, 2016, 2019) in juli van het betreffende jaar.



*Figuur B8.2 Budget dat besteed werd aan tabaksontmoedigingsbeleid in Nederland, Ierland, Denemarken en Oostenrijk in het jaar voorafgaand aan het rapportagejaar.*

#### *Budget voor tabaksontmoedigingsbeleid*

Het budget geeft een ruwe indicatie van de investering in campagnes, onderwijsprogramma's en websites in een land. De verschillen in budget tussen de landen zijn niet in lijn met de veranderingen in het percentage rokers. Voor alle vier de landen ligt het budget voor tabaksontmoediging ruim onder de €2 per inwoner die binnen de TCS de maximum score krijgt. In 2007 was het totale budget in Nederland veruit het hoogste voor alle landen (zie Figuur B8.2). Per inwoner was het vergelijkbaar met het budget in Ierland en Denemarken. In alle drie de landen is het budget per inwoner gedaald sinds 2010, maar in latere jaren is er voor de meeste landen weer een stijging te zien. Zowel het totale budget als

het budget per inwoner was in de gehele periode het laagst in Oostenrijk.

### **Internationale vergelijking alcohol**

Hoofdstuk 4 beschrijft de algemene bevindingen van de internationale vergelijking van het beleid gericht op problematisch alcoholgebruik in Nederland, Ierland en Noorwegen. Deze bijlage beschrijft de verschillen tussen de landen in meer detail.

#### *A. Fysieke beschikbaarheid van alcohol*

Volgens de WHO zouden restricties voor de verkoop van alcohol vastgelegd en opgelegd moeten worden aan verstrekkers van alcohol om problematisch alcoholgebruik aan te pakken (50). Er kan uit de vergelijking van het beleid binnen dit domein tussen de landen niet opgemaakt worden wat het precieze effect ervan op het alcoholgebruik is geweest.

Ierland heeft binnen dit domein door de jaren heen veel nieuwe maatregelen ingevoerd (zie Tabel 4.2 in hoofdstuk 4). Ierland heeft zowel restricties ingevoerd op het gebied van verkooptijden als het aantal verkooppunten. Deze regels gelden daarnaast zowel voor winkels ("off-premise") als voor horecagelegenheden ("on-premise"). Noorwegen had de hoogste API score op dit domein en door de tijd heen lijkt het beleid weinig veranderd. Daarnaast heeft Noorwegen als enige land een "retail monopoly" voor wijn en gedistilleerd, de zogenaamde "Vinmonopolet"<sup>45</sup>. Nederland scoort over tijd wisselend. In 2006 behaalde Nederland maar 5 punten op de API voor dit domein, wat het laagst was van de vergeleken landen. In 2016 was het verschil tussen Nederland en de andere landen veel kleiner. Dit komt mogelijk door de vernieuwing van de Drank en Horecawet in 2013 en 2014. Opvallend is wel dat Nederland slechter scoorde op restricties van verkooptijden en -dagen tussen 2011 en 2016. Deze verandering heeft waarschijnlijk te maken met de invoering van de koopzondag en een verruiming van de openingstijden van supermarkten en winkels. Nederland hanteerde in 2014 nog een minimumleeftijd van 16 jaar voor het kopen van bier en wijn, terwijl deze in Noorwegen en Ierland toen al 18 jaar was. In Noorwegen is de leeftijdsgrens voor het kopen van gedistilleerde dranken zelfs 20 jaar.

#### *C. Alcoholprijzen*

Volgens de WHO zouden de prijzen/accijnzen van alcoholische dranken verhoogd moeten worden om problematisch alcoholgebruik aan te pakken. Daarnaast zijn er nog andere beleidsopties binnen dit domein, zoals een verbod op prijsacties of het instellen van minimumprijzen (50). Ook de gegevens over alcoholprijzen zijn niet te koppelen aan de data over alcoholconsumptie. Zoals te zien in Tabel 4.2 (hoofdstuk 4), blijft Nederland op dit terrein achter op Noorwegen en Ierland. De accijnzen waren in Noorwegen ruim hoger voor alle alcoholische dranken dan in Nederland en Ierland. De accijnzen in Nederland zijn min of meer

<sup>45</sup> Sinds de invoering van de wet in 1989 kan alcohol enkel in staatswinkels gekocht worden. Hierdoor worden private partijen buiten spel gezet, en wordt ernaar gestreefd om sociale en persoonlijke schade door alcoholgebruik te verminderen. Ook zorgt de wet voor een betere handhaving op de leeftijdsgrens en wordt toegang tot alcohol voor jongeren bemoeilijkt.

constant gebleven en de accijnzen van Ierland zijn licht gestegen. In 2014 is er onderzoek gedaan naar de prijzen voor verschillende soorten alcohol in verschillende landen, waaronder Noorwegen en Nederland. Hieruit kwam naar voren dat men in Noorwegen gemiddeld 3,50 euro betaalde voor een fles bier van 50cl, terwijl dit in Nederland gemiddeld 1,50 was. Voor een fles wijn betaalde men in Noorwegen gemiddeld 17 euro en in Nederland slechts 5. Tot slot is de gemiddelde prijs voor 70cl gedistilleerde drank in Noorwegen gemiddeld 33 euro en in Nederland ongeveer 11 (279). Daarnaast houdt Eurostat bij hoe de alcoholprijzen in Europa zich tot elkaar verhouden (81). In Nederland zijn de prijzen 9% hoger dan gemiddeld in Europa, in Ierland 74% hoger en in Noorwegen zelfs 124%.

#### *D. Alcoholmarketing*

Volgens de WHO zouden verboden of restricties voor alcoholreclame (voor verschillende typen media) vastgesteld en opgelegd moeten worden (50). Ook voor dit domein is het lastig om het beleid te koppelen aan de trends. Het algehele beeld dat naar voren komt uit Tabel 4.3 in hoofdstuk 4 is dat Noorwegen over de tijd vooruitgang heeft geboekt in het beleid. In 2004 had Noorwegen al een volledig verbod voor alcoholreclame op televisie, radio, geprinte media, billboards. Ook worden deze verboden strikt gehandhaafd. Hier is een verbod op product placement aan toegevoegd. In 2006 en 2016 scoorde Noorwegen dan ook het maximaal aantal punten. Ierland laat een wisselender beeld zien. Zo is er een verbod op product placement bijgekomen. Ierland behaalde in 2006 geen punten, maar in 2016 de helft (50 punten). Tot slot scoort Nederland op bepaalde onderdelen stabiel, terwijl er op andere vlakken een achteruitgang te zien is. In Nederland was er in 2004 een gedeeltelijk reclameverbod voor televisie, maar waren er alleen vrijwillige restricties voor andere media. Ook waren er geen gezondheidswaarschuwingen bij reclame. De verboden werden niet strikt gehandhaafd.

#### *Discussie*

Uit deze internationale vergelijking blijkt dat het lastig is om het beleid binnen de verschillende domeinen te koppelen aan de trends in alcoholgebruik onder volwassenen en jongeren. Het algemene beeld dat naar voren komt, is dat Nederland achteruit is gegaan op het beleid, terwijl er wel een lichte daling te zien is in alcoholgebruik. Ierland daarentegen heeft vooruitgang geboekt op het beleid, maar ziet in diezelfde tijd een meer stabiele trend. Noorwegen voert al jaren veel beleid, waarin bijna alle aanbevolen beleidsmaatregelen terug komen. Dit zou wel mogelijk een verklaring kunnen zijn voor de stabiel lage alcoholconsumptie onder zowel volwassenen als jongeren.

### **Internationale vergelijking overgewicht**

Hoofdstuk 5 beschrijft de algemene bevindingen van de internationale vergelijking van het beleid gericht op overgewicht in Nederland, Frankrijk, Slovenië en Spanje. Deze bijlage beschrijft de bronnen en verschillen tussen de landen in meer detail.

Er zijn twee rapporten gebruikt om het beleid van de vier landen voor deze rapportage in kaart te brengen. Recent heeft de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD) een rapport gepubliceerd over overgewichtbeleid in 53 landen (103). Als er in het OECD rapport geen informatie stond, hebben we zelf geen andere bronnen gezocht om de situatie na 2016 te duiden. In 2018 is een mid-term evaluatie van het EU Action Plan on Childhood Obesity 2012-2020 verschenen waarin een overzicht gegeven wordt van (de ontwikkelingen in) het beleid in de betrokken Europese landen (104). De mid-term evaluatie van het EU Action Plan heeft betrekking op beleid dat is gevoerd tot en met 2016. Hoewel het actieplan specifiek gericht is op kinderen, heeft een groot gedeelte van het geïnventariseerde beleid betrekking op de gehele bevolking. De informatie uit het OECD-rapport heeft betrekking op beleid tot en met 2018. In de twee rapporten is niet altijd vermeld wanneer specifiek beleid is ingevoerd, dus het is niet mogelijk om een goed beeld te schetsen van het beleid over de tijd. Daarnaast is het alleen mogelijk om een deel van het beleid in de verschillende landen op hoofdlijnen te vergelijken. Niet alle mogelijke initiatieven zijn in de rapporten opgenomen en er staat niet altijd precies beschreven wat het gevoerde beleid inhoudt.

#### *A. Promoten van (de voordelen van) een gezonde leefstijl, met name onder risicogroepen*

Voorbeelden van initiatieven binnen deze categorie zijn logo's die de gezonde keuze vergemakkelijken, massamedia campagnes en mobiele apps die informatie en advies geven (103). Voorlichting wordt meestal gebaseerd op richtlijnen. Alle vier de landen hebben richtlijnen en strategieën voor de aanpak van overgewicht, maar het beleid gericht op overgewicht en de mate waarin het geïmplementeerd is verschilt per land (103). Daarnaast hebben alle vier de landen voedingsrichtlijnen (zie Tabel B8.1). De meest recente richtlijnen dateren allemaal uit de periode na 2006 (280). Ruim voor 2006 had Nederland al richtlijnen. Sinds wanneer er richtlijnen zijn in de drie andere landen is ons niet bekend. Alleen in Frankrijk en Spanje zijn er voedingsrichtlijnen specifiek voor kinderen. Verder hebben alle landen in 2018 een richtlijn voor lichamelijke activiteit. Alleen in Slovenië is deze na 2016 uitgekomen.

Tabel B8.1 Beleid gericht op het promoten van (de voordelen van) een gezonde leefstijl, met name onder risicogroepen, in Nederland, Frankrijk, Slovenië en Spanje.

	Nederland	Frankrijk	Slovenië	Spanje
Nationale voedingsrichtlijnen	•	•	•	•
Voedingsrichtlijnen specifiek voor kinderen	X	•	X	•
Nationale richtlijnen voor lichamelijke activiteit	•	•	•	•
Nationale campagnes	X	•	?	•
Verplicht voedingsonderwijs	X	•	•	•
Verplicht bewegingsonderwijs	•	•	•	•
Makkelijk te begrijpen Front-of-pack logo	•*	•	•	X

\* Afschaft in 2017.

Tussen 2014 en 2016 is er in Nederland geen Nationale campagne geweest om een gezonde leefstijl te promoten. Eerder hebben deze wel plaats gevonden. Frankrijk kent de 'Eat Move' campagne. In Spanje worden verschillende campagnes gevoerd als onderdeel van hun strategie voor voeding, lichamelijke activiteit en preventie van obesitas, die sinds 2005 wordt uitgevoerd. Zo startte er in 2017 een campagne gericht op gezonde eetgewoonten in de eerste 1000 dagen en in 2018 een campagne om de hoeveelheid suiker in voedingsproducten onder de aandacht te brengen. Slovenië heeft sinds 2015 een nationaal programma voor voeding en het verbeteren van de lichamelijke activiteit. In 2016 zou een actieplan op deze thema's starten, waar campagnes een onderdeel van uitmaken. Of deze er ook echt zijn gekomen, is ons niet bekend.

Behalve in Nederland is het verplicht om voedingsonderwijs op te nemen in het curriculum van lagere en middelbare scholen. In alle vier de landen is bewegingsonderwijs een verplicht onderdeel van het curriculum. Alleen in Nederland is het minimaal aantal lessen niet vastgesteld. In de drie andere landen varieert het van 2-4 uur.

In Slovenië kunnen producten die aan bepaalde criteria voldoen sinds 1995 het 'Protect Health' logo voeren. De Sloveense Heart Foundation kent dit logo toe. In Frankrijk is in 2017 de Nutri-Score geïntroduceerd als front-of-pack label, dat de consument helpt om gezondere keuzes te maken. Spanje heeft eind 2018 ook ingestemd met het gebruik ervan. In Nederland is het gezonde keuze logo (het Vinkje) in 2017 afgeschaft. In 2018 was het nog niet vervangen door een nieuw logo. In geen van de landen zijn deze logo's verplicht.

Uit bovenstaande tabel lijkt het alsof Nederland iets minder initiatieven kent waarmee mensen worden geïnformeerd over gezonde voeding en bewegen. In de andere landen zijn een aantal initiatieven recent gestart. Dit kan daarom geen verklaring geven voor de kleine verschillen in de ontwikkeling van overgewicht tussen de landen.

### B. Ondersteunen van een gezonde start in het leven

Voorbeelden hiervan zijn het voorlichten van zwangere vrouwen over gezonde voeding en het stimuleren van het geven van borstvoeding (86). Dergelijke initiatieven zijn in de internationale vergelijking niet meegenomen omdat het lastig is deze direct te koppelen aan overgewicht.

### C. Creëren van een gezondere eet- en drinkomgeving

Voorbeelden van beleid dat binnen deze categorie valt zijn het vergroten van de mogelijkheden om gezonde voedingskeuzes te maken (103) en bestaande producten aan te passen (herformuleren) (86). In het EU Action Plan on Childhood Obesity ligt de nadruk op de schoolomgeving. In alle landen zijn er initiatieven om de schoolomgeving gezonder te maken (situatie 2016, zie Tabel B8.2). In veel landen wordt een gratis of gesubsidieerde lunch verstrekt op school, zo ook in Frankrijk, Slovenië en Spanje (281). In Nederland is dit niet het geval. In Frankrijk en Slovenië, zijn er verplichte standaarden waaraan de maaltijden en andere producten die op school worden verstrekt of verkocht moeten voldoen. In Nederland en Spanje zijn deze er op vrijwillige basis (in Nederland de Gezonde Schoolkantine).

De standaarden voor scholen gelden meestal ook voor vending machines op scholen<sup>46</sup>. In Frankrijk en Slovenië is er een totaalverbod voor vending machines op scholen (104). In Spanje geldt een dergelijk verbod alleen voor het primair onderwijs. Verschillende Spaanse partijen waren in 2016 bezig met initiatieven om het aanbod in vending machines gezonder te maken in andere sectoren dan het onderwijs, zoals ziekenhuizen en de werkvloer. De standaarden die er zijn voor scholen en vending machines zorgen er ook voor dat er op school geen energiedranken te koop zijn. In Frankrijk is het beleid voor energiedranken breder. Door een belastingmaatregel bevatten alle energiedrankjes in Frankrijk een maximum gehalte aan cafeïne. Verder is er een regel die bepaalt dat restaurants geen 'free refill' mogen bieden voor dranken met toegevoegde suikers of kunstmatige zoetstoffen, waaronder energiedranken.

Tabel B8.2 Beleid gericht op het creëren van een gezondere eet- en drinkomgeving in Nederland, Frankrijk, Slovenië en Spanje.

	Nederland	Frankrijk	Slovenië	Spanje
Verbeteren van de schoolomgeving	•	•	•	•
Verplichte voedingsstandaarden voor scholen	X	•	•	X
Beleid voor vending machines	•	•	•	•
Beleid voor verkoop energiedranken aan kinderen	•	•	•	•

<sup>46</sup> Verkoopautomaat met daarin eet- en drinkwaren, zoals snoep en frisdrank.



Uit bovenstaande tabel lijkt het alsof Nederland net zoveel initiatieven kent waarmee het aantal gezonde keuzes wordt vergroot als de andere drie landen. Op scholen zijn de initiatieven wel vrijblijvender. Wellicht verklaart dit iets van de minder gunstige ontwikkeling in Nederland.

#### *D. De gezonde keuzes de makkelijke keuze maken*

Voorbeelden van beleid dat binnen deze categorie kan vallen zijn het herformuleren van producten, belasting op suikerhoudende dranken of subsidies op gezonde producten (103).

Herformuleren van voedingsmiddelen, zodat deze minder suiker bevatten, is voor de preventie van overgewicht van belang, net als het verkleinen van de hoeveelheid energie, bijvoorbeeld door het verkleinen van portiegroottes. In Nederland, Spanje en Slovenië zijn er tussen 2014 en 2016 initiatieven gestart om de hoeveelheid suiker in voedingsmiddelen te verminderen. Frankrijk kende dergelijke initiatieven al voor 2014. Behalve voor Slovenië, geldt hetzelfde voor het verlagen van de hoeveelheid energie. In 2016 was Slovenië ver gevorderd met een uitgebreider plan voor herformulering van voedingsmiddelen. In hoeverre, dit plan ook is uitgevoerd is ons niet bekend.

Nederland kent net als Slovenië geen accijns op suikerhoudende dranken (zie Tabel B8.3). Sinds 1 januari 2012 kent Frankrijk een accijns op niet-alcoholische dranken bovenop het btw-tarief. Naast gesuikerde dranken zoals frisdrank, vruchtendrank, kant-en-klare thee, vruchtensap en siropen, belast Frankrijk dranken met zoetstoffen, zoals de light- en zero-drank en gearomatiseerd water. Het tarief was €0,0716 per liter (108). Hoewel Nederland geen accijns kent op frisdranken, is dit redelijk vergelijkbaar met de verbruiksbelasting die in Nederland wordt geheven. Deze liep voor frisdranken op van €0,057 vanaf 1-1-2002 tot €0,0883 sinds 1-1-2016 (51). Sinds 2017 is in Frankrijk de accijns gewijzigd naar een heffing in verschillende staffels gebaseerd op het suikergehalte (108). Dit betekent dat er meer accijns wordt geheven als er meer suiker in een bepaald product aanwezig is. In Catalonië, Spanje, wordt sinds 1 mei 2017 belasting geheven op suikerhoudende dranken. De heffing verhoogt de prijs van dranken met 5–8g suiker per 100 ml met €0,08 en dranken met meer dan 8g suiker per 100 ml €0,12. Verschillen in prijsbeleid lijken de verschillen tussen de landen niet te kunnen verklaren. Alleen Frankrijk kent deze maatregel al langer, maar de heffing was niet veel hoger dan de verbruiksbelasting in Nederland.

Tabel B8.3 *Beleid gericht op de gezonde keuzes de makkelijke keuze maken in Nederland, Frankrijk, Slovenië en Spanje.*

	Nederland	Frankrijk	Slovenië	Spanje
Herformulering van voeding: suiker	•	•	•	•
Herformulering van voeding: calorieën/portie grootte	•	•	?	•
Belasting op suikerhoudende dranken	X	•	X	•*
Subsidies op 'gezonde' producten**	X	X	X	X

\* Alleen in Catalonië. \*\* Exclusief schoolmaaltijden, EU Schoolfruit en -groenten en EU Schoolmelk.

#### *E. Beperken van marketing van ongezonde producten gericht op kinderen*

Voorbeelden van beleid dat binnen deze categorie valt zijn het reguleren van reclame en het verbieden van schadelijk voedsel (103). In Frankrijk moeten alle reclames voor ongezonde voedingsmiddelen en dranken vergezeld gaan van een boodschap die gezond eten promoot. In Spanje en Slovenië is wettelijk bepaald dat er vrijwillige afspraken moeten worden gemaakt over reclame gericht op kinderen. Deze moeten aan richtlijnen van de overheid voldoen. Nederland kent een vrijwillige reclamecode, die marketing gericht op kinderen beperkt. Slovenië heeft de afspraken na 2014 gemaakt. De andere drie landen al eerder. In alle landen, behalve Spanje zijn er criteria voor het gehalte aan bepaalde voedingsstoffen, die bepalen of reclame gemaakt mag worden voor een voedingsmiddel of niet.

Tabel B8.4 *Beleid gericht op het beperken van marketing van ongezonde producten gericht op kinderen in Nederland, Frankrijk, Slovenië en Spanje.*

	Nederland	Frankrijk	Slovenië	Spanje
Restricties voor tv-reclame gericht op kinderen	•	•	•	•
Nutriënt criteria voor marketing* (2016)	•	•	•	X

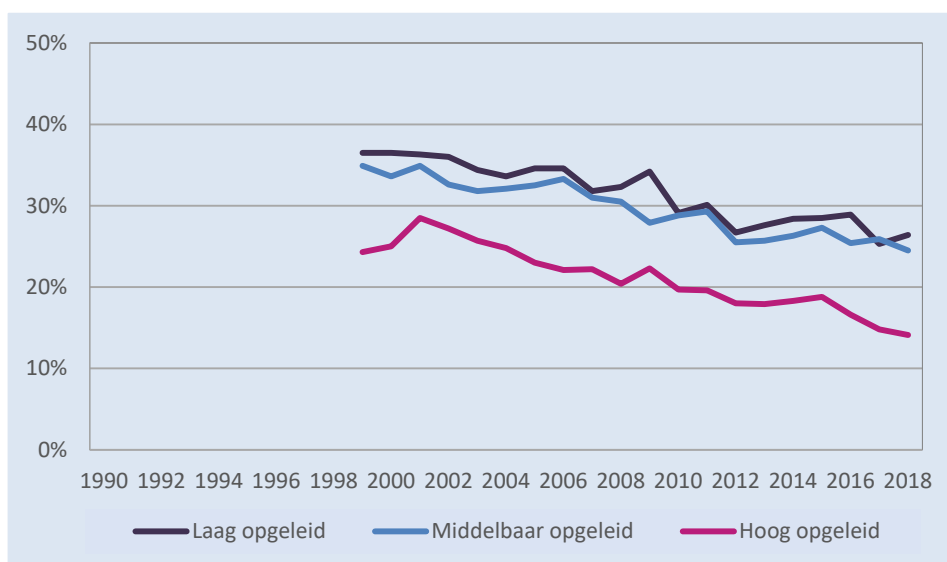
\* Andere criteria dan die al geïncorporeerd worden in het beleid van de school.

## Bijlage 9: Ontwikkeling in speerpunten naar opleidingsniveau

Deze bijlage toont de ontwikkeling in de speerpunten naar opleidingsniveau (laag<sup>47</sup>, midden<sup>48</sup>, hoog<sup>49</sup>). Bij de data naar opleidingsniveau worden alleen volwassenen van 25 jaar en ouder meegenomen, omdat over het algemeen op deze leeftijd het hoogst genoten onderwijsniveau kan worden bepaald. Er zijn geen gegevens van vóór 1999 beschikbaar

### Roken naar opleidingsniveau

Figuur B9.1 toont het percentage volwassen rokers in de periode 1999 tot 2018 uitgesplitst naar opleidingsniveau (laag, middelbaar en hoog opgeleid). Het percentage volwassen rokers is tussen 1999 en 2018 gedaald voor alle opleidingsniveaus. Tussen 1999 en 2006 daalde het percentage rokers voor alle drie de opleidingsniveaus met ongeveer 2 procentpunten. Vanaf 2006 zette deze daling zich voort. Het percentage laagopgeleide rokers daalde met 8 procentpunten (van 34,6% naar 26,4% in 2018), het percentage middelbaar opgeleide rokers met bijna 9 procentpunten (van 33,3% naar 24,5%) en het percentage hoogopgeleide rokers met 8 procentpunten (van 22,1% naar 14,1%). Omdat het percentage rokers in 2006 groter was onder mensen met een lage of middelbare opleiding is de daling tussen 2006 en 2018 voor deze groepen verhoudingsgewijs kleiner dan voor mensen met een hoge opleiding (282).



Figuur B9.1 Percentage rokers onder volwassenen van 25 jaar en ouder in de jaren 1999 t/m 2018, naar opleidingsniveau (282).

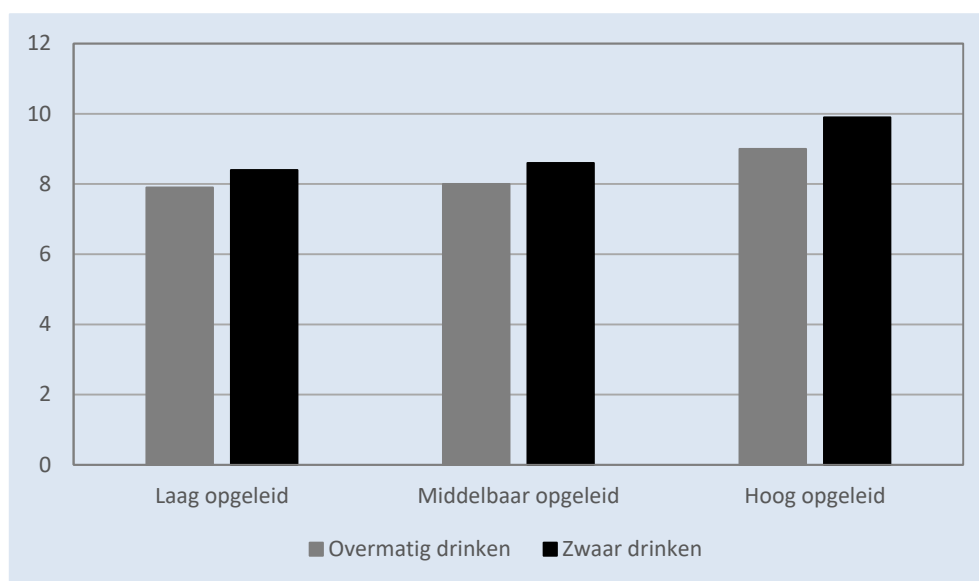
<sup>47</sup> Laag onderwijsniveau = basisonderwijs, vmbo, eerste 3 leerjaren van havo/ vwo of de assistentenopleiding (mbo-1).

<sup>48</sup> Middelbaar onderwijsniveau = bovenbouw van havo/ vwo, basisberoepsopleiding (mbo-2), vakopleiding (mbo-3) en middenkader- en specialistenopleidingen (mbo-4).

<sup>49</sup> Hoog onderwijsniveau = hbo of wo.

### Zwaar en overmatig alcoholgebruik naar opleidingsniveau

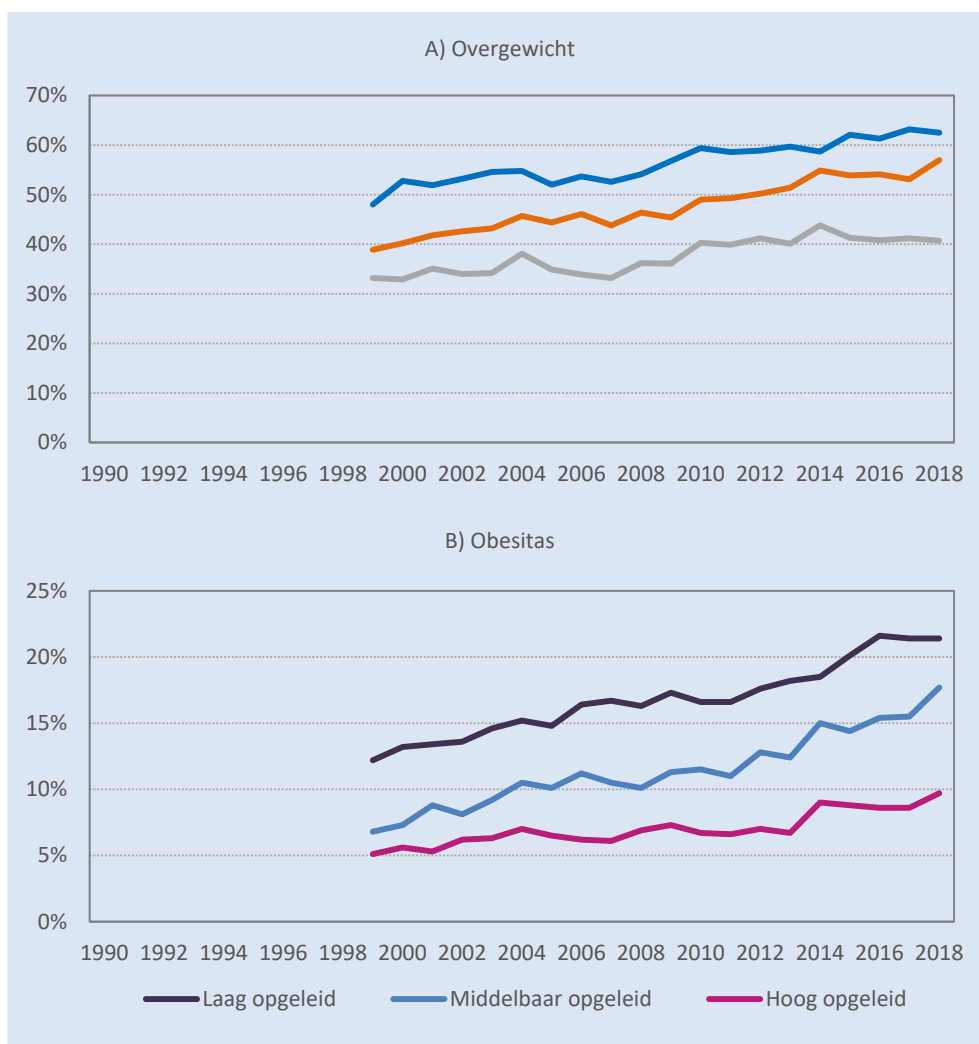
Uit internationale cijfers blijkt dat (problematisch) alcoholgebruik vaker voorkomt onder mensen met een lage sociaaleconomische status (50). In Nederland is echter een ander beeld te zien. Hier zijn de percentages volwassenen dat overmatig en zwaar drinkt namelijk hoger onder mensen met een hoger opleidingsniveau (zie Figuur B9.2). Er zijn voor deze indicatoren geen data over tijd beschikbaar, dus het is niet duidelijk hoe de trends in zwaar en overmatig drinken zich ontwikkeld hebben.



Figuur B9.2 Percentage volwassenen (18+) dat overmatig of zwaar drinkt naar opleidingsniveau in 2018 (283).

### Overgewicht en obesitas naar opleidingsniveau

Figuur B9.3 toont het percentage volwassenen met overgewicht en obesitas in de periode 1999 tot 2018 naar opleidingsniveau. Het percentage volwassenen met overgewicht is voor alle drie de opleidingsniveaus toegenomen. Tussen 1999 en 2006 steeg het percentage volwassenen met overgewicht onder laag, middelbaar en hoogopgeleiden met respectievelijk ongeveer 6, 7 en 1 procentpunt. Vanaf 2006 zette de stijging zich voort voor alle opleidingsniveaus. Onder laagopgeleiden steeg het percentage mensen met overgewicht met 9 procentpunt (van 54% naar 63% in 2018), onder middelbaar opgeleiden met 11 procentpunt (van 46% naar 57%) en onder hoogopgeleide mensen met 7 procentpunt (van 34% naar 41%).



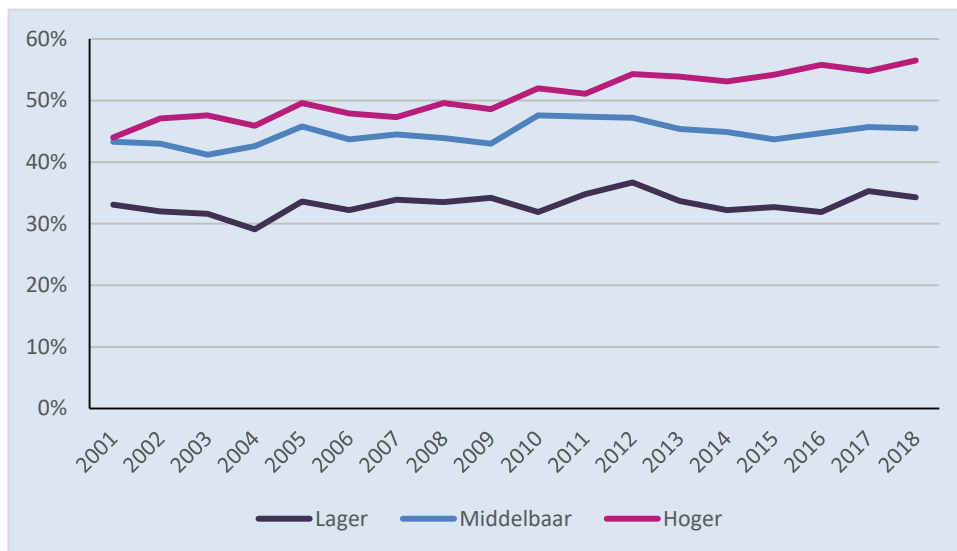
Figuur B9.3 Percentage volwassenen van 25 jaar en ouder met overgewicht (A) en obesitas (B) in de jaren 1999 t/m 2018, naar opleidingsniveau (284, 285).

Eenzelfde beeld wordt gezien voor obesitas. Tussen 1999 en 2006 is het percentage volwassenen met obesitas onder laag, middelbaar en hoogopgeleiden volwassenen met respectievelijk ongeveer 4, 4 en 1 procentpunt gestegen. Vanaf 2006 steeg het percentage obesitas door met ongeveer 5 procentpunt onder volwassenen met een lage opleiding (van 16% naar 21% in 2018), met ongeveer 7 procentpunt onder volwassenen met een middelbaar opleidingsniveau (van 11% naar 18%) en met ongeveer 4 procentpunt onder hoogopgeleiden (van 6% naar 10%).

### Bewegen naar opleidingsniveau

Figuur B9.4 toont het percentage volwassenen dat voldoende beweegt uitgesplitst naar opleidingsniveau. Het percentage volwassenen dat voldoende beweegt neemt toe met het opleidingsniveau. Tussen 2001 en 2006 stijgt het percentage hoogopgeleiden dat aan de Beweegrichtlijnen voldoet licht van 44% naar 48%. Daarna stijgt dit percentage verder tot 57% in 2018. Het percentage lager- en middelbaar opgeleiden dat voldoet aan de richtlijn is min of meer stabiel

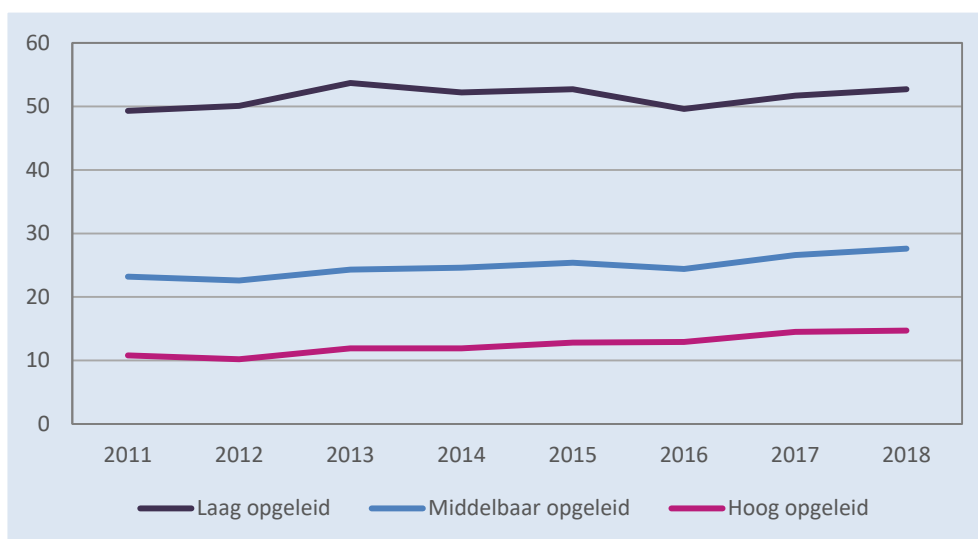
over de tijd (respectievelijk rond de 30% en 45%). De verschillen tussen de opleidingsniveaus nemen dus toe over de tijd.



Figuur B9.4 Percentage volwassenen van 25 jaar en ouder dat voldoet aan de Beweegrichtlijnen uitgesplitst naar opleidingsniveau in de jaren 2001 t/m 2018 (112).

### Diabetes naar opleidingsniveau

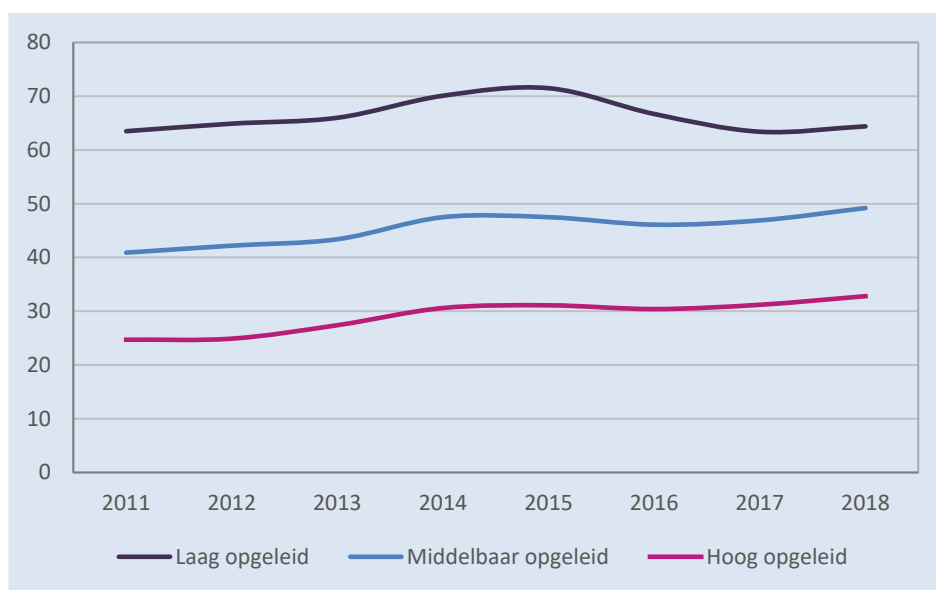
Figuur B9.5 toont het aantal personen dat bij de huisarts geregistreerd is met diabetes in de jaren 2011 t/m 2018 naar opleidingsniveau. Diabetes komt in de hele periode 2011-2018 vaker voor bij laagopgeleiden dan bij hoogopgeleiden. Voor alle opleidingsniveaus is het aantal personen met diabetes licht gestegen. De verschillen tussen de opleidingsniveaus bleven vrijwel constant. Gegevens over opleidingsniveau voor een groot deel van de 55-plussers ontbraken.



Figuur B9.5 Het aantal personen dat geregistreerd is met diabetes in de huisartsenpraktijk per 1000 personen van 25 t/m 54 jaar in de jaren periode 2011 t/m 2018, naar opleidingsniveau (286).

### Stemmingsstoornissen naar opleidingsniveau

Figuur B9.6 toont het aantal volwassenen (25 t/m 54 jaar) dat met een stemmingsstoornis bekend was bij de huisarts in de periode 2011 tot 2018 uitgesplitst naar opleidingsniveau (laag, middelbaar en hoog opgeleid). Stemmingsstoornissen komen over de hele periode vaker voor bij laagopgeleiden dan bij middelbaar- en hoogopgeleiden. Het aantal mensen met stemmingsstoornissen is licht gestegen bij middelbaar- en hoogopgeleiden en ongeveer gelijk gebleven bij laagopgeleiden.



Figuur B9.6. Aantal personen dat met een stemmingsstoornis bekend is bij de huisarts per 1000 volwassenen van 25 jaar t/m 54 jaar in de periode 2011 t/m 2018, naar opleidingsniveau (287).

## Referenties

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kiezen voor gezond leven. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2006.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezondheid Dichtbij: Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2011.
3. Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2015. KST32793204.
4. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag; 2003.
5. Gestel, I. van, Busch, M., Blokstra, A., Boer, J., Herber, G-C. Preventief gezondheidsbeleid tussen 2006 en 2018 in beeld. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2021.
6. Nationaal Preventieakkoord. Naar een gezonder Nederland. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2018.
7. Volksgezondheidszorg.info. Leefstijlmonitor Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Leefstijlmonitor>].
8. Volksgezondheidszorg.info. Nivel Zorgregistraties eerste lijn Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Nivel-Zorgregistraties-eerste-lijn>].
9. Volksgezondheidszorg.info. Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen, GGD'en, CBS en RIVM; 2018 [Available from: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM>].
10. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Methodologie Trendskenario VTV-2018. Versie 2. Bilthoven; 2018.
11. Kemper, H.G.C., Ooijendijk, W.T.M., Stiggelbout, M. Consensus over de Nederlandse norm voor gezond bewegen. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2000; 3(78): 180-3.
12. Sociaal en Cultureel Planbureau. Veelgestelde vragen over de statuscores. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2018.
13. Volksgezondheidszorg.info. Grafiek Trend roken volwassenen 1990-2019 Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2021 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/trends#node-trend-roken-volwassenen>].
14. Volksgezondheidszorg.info. Grafiek Trend roken scholieren 1999-2019 Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/trends#node-trend-roken-scholieren>].
15. World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington: World Bank; 1999.



16. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003.
17. Willemsen, M.C. Tobacco control policy in the Netherlands: between economy, public health, and ideology. Cham: Springer International Publishing AG; 2018.
18. Willemsen, M.C. De geschiedenis van tabaksontmoediging in Nederland. Amsterdam: Alliantie Nederland Rookvrij, Universiteit Maastricht; 2018.
19. Rijksoverheid. Wijziging van de Tabakswet. Den Haag: Eerste Kamer der Staten-Generaal; 2001.
20. Rijksoverheid. Tabakswet. Den Haag; 2000.
21. Rijksoverheid. Zorgverzekeringswet. Den Haag; 2006.
22. Nuffield Council on Bioethics. Public health: ethical issues. Londen: Nuffield Council on Bioethics; 2007.
23. Naidoo, B., Warm, D., Quigley, R., Taylor, L. Smoking and Public Health: A Review of Reviews of Interventions to Increase Smoking Cessation, Reduce Smoking Initiation and Prevent Further Uptake of Smoking Evidence Briefing 1st ed. Londen: NHS Health Development Agency; 2004. Rapportnr. 1842791362.
24. Bommel , J., Springvloet, L., Kleinjan, M., Laar, M. van, Nagelhout, G., Willemsen, M., et al. Quick scan van de literatuur over tabaksontmoediging: Een verkenning van de internationale en Nederlandse literatuur. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
25. Werkgroep 'IBO Gezonde leefstijl'. IBO gezonde leefstijl. Den Haag: Ministerie van Financiën; 2016.
26. Bafunno, D., Catino, A., Lamorgese, V., Pizzutilo, P., Di Lauro, A., Petrillo, P., et al. Tobacco control in Europe: A review of campaign strategies for teenagers and adults. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2019;138:139-47.
27. Nagelhout, G.E., Willemsen, M.C., Vries, H. de. The population impact of smoke-free workplace and hospitality industry legislation on smoking behaviour. Findings from a national population survey. *Addiction*. 2011;106(4):816-23.
28. Nuyts, P.A.W., Kuijpers, T.G., Willemsen, M.C., Kunst, A.E. How can a ban on tobacco sales to minors be effective in changing smoking behaviour among youth? — A realist review. *Preventive Medicine*. 2018;115:61-7.
29. Croes, E., Willemsen, M. Effecten van Accijns en Prijs op het Gebruik van Tabaksproducten. Update 2020. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
30. Kaper, J., Wagena, E.J., Willemsen, M.C., Schayck, C.P. van. A randomized controlled trial to assess the effects of reimbursing the costs of smoking cessation therapy on sustained abstinence. *Addiction*. 2006;101(11):1656-61.
31. Verdonk-Kleinjan, W.M.I., Knibbe, R.A., Bieleman, B., Groot, H.N. de, Vries, H. de. The tobacco sales ban and tobacco purchases by adolescents: a general population study in The Netherlands. *European Journal of Public Health*. 2008;18(5):498-503.
32. Kinderen, R.J.A. de, Wijnen, B.F.M., Hiligsmann, M., Paulus, A.G.T., Wit, G.A. de, Gils, P.F. van, et al. Maatschappelijke kosten baten analyse van tabaksontmoediging. Maastricht: Universiteit van Maastricht; 2016.

33. MacArthur, G., Caldwell, D.M., Redmore, J., Watkins, S.H., Kipping, R., White, J., et al. Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;10:CD009927.
34. Thomas, R.E., McLellan, J., Perera, R. Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2015;5(3):e006976.
35. Leeuw, R.N.H. de, Kleinjan, M., Lammers, J., Lokman, S., Engels, R.C.M.E. De effectiviteit van De Gezonde School en Genotmiddelen voor het basisonderwijs. *Kind & Adolescent*. 2014;35(1):2-21.
36. Monárrez-Espino, J., Liu, B., Greiner, F., Bremberg, S., Galanti, R. Systematic review of the effect of pictorial warnings on cigarette packages in smoking behavior. *American Journal of Public Health*. 2014;104(10):e11-e30.
37. Joossens, L., Raw, M. The Tobacco Control Scale 2010 in Europe. Brussel: Association of European Cancer Leagues; 2010.
38. Joossens, L., Raw, M. The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. Brussel: Association of European Cancer Leagues; 2013.
39. Joossens, L., Raw, M. The Tobacco Control Scale 2016 in Europe. Brussel: Association of European Cancer Leagues; 2017.
40. Joossens, L., Feliu, A., Fernandez, E. The Tobacco Control Scale 2019 in Europe. Brussel: Association of European Cancer Leagues; 2019.
41. Schaap, M.M., Kunst, A.E., Leinsalu, M., Regidor, E., Ekholm, O., Dzurova, D., et al. Effect of nationwide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries. *Tobacco Control*. 2008;17(4):248-55.
42. Joossens, L., Raw, M. Progress in Tobacco Control in 30 European Countries, 2005 to 2007. Bern: Swiss Cancer League; 2007.
43. Global Health Observatory Data Repository. Non-age-standardized estimates of current tobacco use, tobacco smoking and cigarette smoking. Data by country. Geneve: World Health Organization; 2020 [Available from: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.TOBNONAGESTDCURR?lang=en>].
44. Woelbert, E., d'Hombres, B. Pictorial health warnings and wear-out effects: evidence from a web experiment in 10 European countries. *Tobacco Control*. 2019;28(e1):e71-e6.
45. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change Psychotherapy: Theory, Research & Practice. 1982;19(3):276-88.
46. Seoane, M., Schaefer, J. Smoke-free inside. Create and enjoy 100% smoke-free environments. Geneve: World Health Organization; 2007.
47. Laar, M.W. van, Gestel, B. van, Cruts, A.A.N., Pol, P.M. van der, Ketelaars, A.P.M., Beenackers, E.M.T., et al. Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2018. Utrecht: Trimbos-Instituut/Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum; 2018.
48. Volksgezondheidszorg.info. Grafiek Trend overmatige drinkers 2014-2019 2021 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/alcoholgebruik/cijfers-context/trends#node-trend-alcoholgebruik-volwassenen>].

49. Volksgezondheidszorg.info. Grafiek Trend alcoholgebruik scholieren 1999-2019 Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/alcoholgebruik/cijfers-context/trends#!node-trend-alcoholgebruik-scholieren>].
50. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneve: WHO; 2010.
51. Belastingdienst Douane. Tarievenlijst Accijns en verbruiksbelastingen. n.d.
52. Visser WMG. Accijnzen: een onderzoek naar de rechtsgronden van de Nederlandse accijnzen aan de hand van 200 jaar parlementaire geschiedenis (1805-2007) en naar de werking van het Europese accijnsregime binnen de interne markt in het licht van deze rechtsgronden. Doctoral dissertation. Deventer: Kluwer; 2008.
53. Stap.nl. Nationaal beleid Utrecht: Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid 2009 [Available from: <https://www.stap.nl/nl/home/nationaal-beleid.html#Anker%20accijns>].
54. Eynde, E. van den, Camfferman, R., Putten, L.R., Renders, C.M., Seidell, J.C., Halberstadt, J. Changes in the Health-Related Quality of Life and Weight Status of Children with Overweight or Obesity Aged 7 to 13 Years after Participating in a 10-Week Lifestyle Intervention. *Journal of Childhood Obesity*. 2020; 16(6): 412-20.
55. Burton, R., Henn, C., Lavoie, D., O'Connor, R., Perkins, C., Sweeney, K., et al. A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet*. 2017; 389(10078): 1558-80.
56. Jiang, H., Livingston, M., Room, R., Callinan, S. Price elasticity of on- and off-premises demand for alcoholic drinks: A Tobit analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2016; 163: 222-8.
57. Wagenaar, A.C., Toomey, T.L. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol, supplement*. 2002(14): 206-25.
58. Rombouts, M., Dorsselaer, S. van, Scheffers-van Schayck, T., Tuithof, M., Kleinjan, M., Monshouwer, K. Jeugd en riskant gedrag 2019. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
59. Schelleman-Offermans, K., Roodbeen, R.T.J., Lemmens, P.H.H.M. Increased minimum legal age for the sale of alcohol in the Netherlands as of 2014: The effect on alcohol sellers' compliance after one and two years. *International journal of drug policy*. 2017; 49: 8-14.
60. Berg, P. van den, Borkus, B., Groesen, E. van, Kruchten, E. van, Loef, J., Warmoeskerken, M. Jaarevaluatie campagnes Rijksoverheid 2015. Den Haag: Ministerie van Algemene Zaken; 2016.
61. Ross, C.S., Bruijn, A. de, Jernigan, D. Do time restrictions on alcohol advertising reduce youth exposure? *Journal of Public Affairs*. 2013; 13(1): 123-9.
62. Alcoholbeleid; Brief regering; Evaluatie Drank en Horecawet. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2016. KST27565149.

63. Santvoort, F. van, Hosman, C.M., Doesum, K.T. van, Janssens, J.M. Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014;23(6):473-84.
64. Koning, I.M., Eijnden, R.J. van den, Verdurmen, J.E., Engels, R.C, Vollebergh, W.A. Long-term effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents: a cluster randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*. 2011;40(5):541-7.
65. Cuijpers, P., Jonkers, R., Weerdt, I. de, Jong, A. de. The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project. *Addiction*. 2002;97(1):67-73.
66. Malmberg, M., Kleinjan, M., Overbeek, G., Vermulst, A., Monshouwer, K., Lammers, J., et al. Effectiveness of the 'Healthy School and Drugs' prevention programme on adolescents' substance use: a randomized clustered trial. *Addiction*. 2014;109(6):1031-40.
67. Brand, D.A., Saisana, M., Rynn, L.A., Pennoni, F., Lowenfels, A.B. Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Medicine*. 2007;4(4):e151.
68. Global Health Observatory Data Repository. Recorded alcohol per capita consumption, from 2010. Geneve: World Health Organization; 2020 [Available from: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?lang=en>].
69. Global Health Observatory Data Repository. 15 years old any alcoholic beverage in past 12 months (%) by country. Geneve: World Health Organization; 2018 [Available from: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1215?lang=en>].
70. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneve: World Health Organization; 2018.
71. World Health Organization. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
72. World Health Organization. Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe; 2018.
73. Laar, M.W. van, Ooyen-Houben, M.M.J, van, Cruts, A.A.N., Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M., et al. Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2016. Utrecht: Trimbos-instituut/Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum; 2016.
74. Laar, M.W. van, Cruts, A.A.N., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M. Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2011. Utrecht: Trimbos-instituut/Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum; 2012.
75. Laar, M.W. van, Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Meijer, R.F. Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2006. Utrecht: Trimbos-instituut; 2007.
76. Hallberg, J., Österberg, E.L. Information on the Nordic alcohol market 2016. Helsinki: Alko Inc./National Institute for Health and Welfare (THL); 2016.
77. Österberg, E.L. Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe. *Drug and Alcohol Review*. 2011;30(2):124-9.

78. Vinmonopolet.no. Today's Vinmonopolet - a modern chain with a social responsibility Oslo: AS Vinmonopolet [Available from: <https://www.vinmonopolet.no/social-responsibility>].
79. Vinmonopolet.no. Vinmonopolet's purchasing procedures and product range Oslo: AS Vinmonopolet [Available from: <https://www.vinmonopolet.no/purchasing-and-product-range>].
80. House of the Oireachtas. Public Health (Alcohol) Act 2018 (Act 24 of 2018). Public Health (Alcohol) Bill 2015 (Bill 120 of 2015) 2018 [Available from: <https://www.oireachtas.ie/en/bills/bill/2015/120/>].
81. Eurostat. Consumer price levels in the EU, 2016-2017 [Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/news/themes-in-the-spotlight/price-levels-2016>].
82. Volksgezondheidszorg.info. Grafiek Trend volwassenen met overgewicht 1990-2019 Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2021 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/trends#node-trend-overgewicht-volwassenen>].
83. Volksgezondheidszorg.info. Grafiek Trend volwassenen met obesitas 1990-2019 Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2021 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/trends#node-trend-obesitas-volwassenen>].
84. Volksgezondheidszorg.info. Grafiek Trend kinderen met overgewicht 1990-2019 Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2021 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/trends#node-trend-overgewicht-kinderen>].
85. Volksgezondheidszorg.info. Grafiek Trend kinderen met obesitas 1990-2019 Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2021 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/trends#node-trend-obesitas-kinderen>].
86. Europese Commissie. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. 2014 24-02-2014.
87. Organization WH. European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
88. St-Pierre, L. Governance tools and Framework for Health in All Policies. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy; 2009.
89. Oers, J.A.M. van. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2002. RIVM-rapport 270551001.
90. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid en Gedrag. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2002.
91. Gezondheidsraad. Overgewicht en obesitas. Den Haag: Gezondheidsraad; 2003. Publicatienr. 2003/07.
92. Faddegon, K.J. Landelijk overgewichtbeleid gespiegeld aan kennis uit de gedragswetenschappen. Verkennende studie voor het WRR-project keuze, gedrag en beleid. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; 2011. Webpublicatie nr. 60.
93. Commissie Richtlijnen Goede Voeding. Advies richtlijnen goede voeding. Den Haag: Voedingsraad; 1986.

94. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Convenant Overgewicht: Een balans tussen eten en bewegen. Staatscourant. 2005(53): 25.
95. Blokstra, A., Schipper, M. de, Hollander, E. de, Schurink-van 't Klooster, T. Werkt de JOGG-aanpak? Veranderingen in overgewicht en beweeggedrag bij kinderen en jongeren. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020.
96. Ooms, L., Veenhof, C. Evaluatie Pilotfase concepten Sport en Bewegen in de Buurt 2011-2012. Resultaten procesevaluatie en monitorstudie. Utrecht: Nivel; 2013.
97. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. De effectiviteit van Gezonde School-activiteiten. Wat is het verband tussen Gezonde School-activiteiten, een gezonde leefstijl en schoolprestaties? Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018.
98. Milder, I.E.J., Mikolajczak, J., Berg, S.W. van den, Veen-van Hofwegen, M. van, Bemelmans, W.J.E. Food supply and actions to improve dietary behaviour of students—a comparison between secondary schools participating or not participating in the 'Healthy School Canteen Program'. Public Health Nutrition. 2015; 18(2): 198-207.
99. Wilson-van den Hooven, E.C., Brants, H.A.M., Beukers, M.H., Milder, I.E.J. Geschat effect van lagere zout-en suikergehalten in voedingsmiddelen op de dagelijkse zout-en suikerinname in Nederland: Akkoord Verbetering Productsamenstelling 2014-2020. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2019. RIVM Briefrapport 2019-0231.
100. Lindert, C. van, Brandsema, A., Scholten, V., Poel, H. van der. Evaluatie Buurtsportcoaches. 'De Brede Impuls Combinatiefunctie Als Werkend Proces'. Utrecht: Mulier Instituut/Sportkunde-opleidingen; 2017.
101. Nederlands Jeugdinstituut. Een gezonde kinderopvang in de praktijk. Evaluatieonderzoek bij tien kinderopvangorganisaties en drie brede scholen (2016). Nederlands Jeugdinstituut; 2016.
102. Boon, M., Rossum, L. van. Vet belangrijk. Feiten en fabels over voeding, vetverbranding en verborgen dikmakers. Amsterdam: Ambo/Anthos; 2019.
103. Organisation for Economic Co-operation and Development. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. OECD Health Policy Studies. Parijs: OECD Publishing; 2019.
104. Boer, J.M.A., Driesenaar, J., Blokstra, A., Vennemann, F., Pushkarev, N., Hansen, J. Supporting the mid-term evaluation of the EU Action Plan on Childhood Obesity 2014. The Childhood Obesity Study. Brussel: European Commission; 2018 28-09-2018.
105. Eurostat. Eurostat Data Browser: Obesity rate by body mass index (BMI): Eurostat; 2020 [Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_02\\_10/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_02_10/default/table?lang=en)].
106. Inchley, J., Currie, D., Jewell, J., Breda, J., Barnekow, V. Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. Observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017.

107. Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jastad, A., Cosma, A., et al. Spotlight on adolescent health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report, Volume 2. Key data  
Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
108. Vellinga, R., Steenbergen, E., Nawijn, E., Bakel, M. van. Suikertaks: een vergelijking tussen drie Europese landen. Kenmerken en effecten van een belasting op suikerhoudende dranken, met overwegingen voor Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020. RIVM Briefrapport 2020-0112.
109. Voedingscentrum.nl. Invloed fysieke omgeving op eetgedrag. Den Haag: Voedingscentrum [Available from: <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/invloed-omgeving-op-eetgedrag.aspx>].
110. World Health Organization. Report of the commission on ending childhood obesity. Geneve: World Health Organization; 2016.
111. Gezondheidsraad. Beweegrichtlijnen 2017. Den Haag: Gezondheidsraad; 2017. Publicatienr. 2017/08.
112. Sportenbewegenincijfers.nl. Beweegrichtlijnen Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2019 [Available from: <https://www.sportenbewegenincijfers.nl/kernindicatoren/beweegrichtlijnen>].
113. Sportenbewegenincijfers.nl. Tijd besteed aan beweegactiviteiten per week 2001-2019 Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2019 [Available from: <https://www.sportenbewegenincijfers.nl/documenten/tijd-besteed-aan-beweegactiviteiten-per-week>].
114. World Health Organization. Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneve: World Health Organization; 2013.
115. World Health Organization. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
116. Sportenbewegenincijfers.nl. Historisch overzicht nationaal sportbeleid 2020 [Available from: <https://www.sportenbewegenincijfers.nl/beleid/historisch-overzicht>].
117. Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk. Nota Sportbeleid Rijswijk; 1974.
118. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tijdelijke stimuleringsregeling buurt, onderwijs en sport. Staatscourant 2004(193): 24.
119. Sportenbewegenincijfers.nl. Een korte beleidsgeschiedenis n.d. [Available from: <https://www.sportenbewegenincijfers.nl/toekomstverkenning/een-korte-beleidsgeschiedenis>].
120. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nota Tijd voor Sport, Bewegen, Meedoen, Presteren. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2005.
121. Hostmann, S., Kreijen, P., Sarizeybek, R., Teulingen, Y. van. Monitor Breedtesportimpuls en BOS-impuls. Berenschot; 2010.

122. Blom, S., Lagendijk, E. Rapportage BOS 2009. BOS vierde meetjaar. Amsterdam: DSP-groep; 2009.
123. Hoekman, R., Elling, A., Roest, J, van der, Rens, F. van. Opbrengsten van Meedoen. Eindevaluatie programma Meedoen Alle Jeugd door Sport. 's-Hertogenbosch: W.J.H. Mulier Instituut; 2011.
124. Inspectie van het Onderwijs. Peil.Bewegingsonderwijs. Einde basis- en speciaal basisonderwijs 2016-2017. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs; 2018.
125. Straatmeijer, J. Effecten meer en beter bewegingsonderwijs. Een verkenning van de opbrengsten van de initiatiefwet voor meer en beter bewegingsonderwijs. Amsterdam: Regioplan; 2018. Publicatienr. 18102.
126. Brown, D.R., Soares, J., Epping, J.M., Lankford, T.J., Wallace, J.S., Hopkins, D., et al. Stand-alone mass media campaigns to increase physical activity: a community guide updated review. American Journal of Preventive Medicine. 2012; 43(5):551-61.
127. Abioye, A.I., Hajifathalian, K., Danaei, G. Do mass media campaigns improve physical activity? a systematic review and meta-analysis. Archives of Public Health. 2013; 71(1):20.
128. Fries, M.C.E., Hiemstra, A., Rijn, J. van, Renes, R.J. De hoogspringer, de sprinter, de stuurman en de finish: evaluatieonderzoek van de NISB-campagne 30minutenbewegen. Ede: Nederlands Instituut voor Sport & Bewegen; 2011.
129. Sportenbewegenincijfers.nl. Tevredenheid sport- en beweegaanbod 2018 [Available from: <https://www.sportenbewegenincijfers.nl/kernindicatoren/tevredeheid-sport-en-beweegaanbod>].
130. TNS opinion & social. Special Eurobarometer 472. Sport en physical activity. European Commission; 2018.
131. Volksgezondheidszorg.info. Aandeel diabetes type 1 in totaal naar leeftijd en geslacht Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/huidige-situatie#node-aandeel-diabetes-type-i-totaal-naar-leeftijd-en-geslacht>].
132. Volksgezondheidszorg.info. Trend voorkomen diabetes mellitus in huisartsenpraktijk Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/trends#node-trend-voorkomen-diabetes-mellitus-huisartsenpraktijk>].
133. Volksgezondheidszorg.info. Trend jaarprevalentie en nieuwe gevallen diabetes mellitus 2011-2014 Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: [https://www.volksgezondheidszorg.info/sites/default/files/trend\\_jaarprevalentie\\_en\\_nieuwe\\_gevallen\\_diabetes\\_mellitus\\_2011-2014.pdf](https://www.volksgezondheidszorg.info/sites/default/files/trend_jaarprevalentie_en_nieuwe_gevallen_diabetes_mellitus_2011-2014.pdf)].
134. World Health Organization. Global Report on Diabetes. Geneva: World Health Organization; 2016.
135. Chan, J.C.N., Lim, L.L., Wareham, N.J., Shaw, J.E., Orchard, T.J., Zhang, P., et al. The Lancet Commission on diabetes: using data to transform diabetes care and patient lives. Lancet. 2020; 396(10267):2019-82.



136. Timpel, P., Harst, L., Reifegerste, D., Wehrauch-Bluher, S., Schwarz, P.E.H. What should governments be doing to prevent diabetes throughout the life course? *Diabetologia*. 2019; 62(10): 1842-53.
137. Kok, G.J. Evaluatie van de campagne 'Kijk op diabetes'. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2007.
138. Diabetesfonds.nl. Gezondheidscheck in kwetsbare groepen 2010 [Available from: <https://www.diabetesfonds.nl/wat-we-doen/alle-onderzoeken/gezondheidscheck-in-kwetsbare-groepen>].
139. Magliano, D.J., Islam, R.M., Barr, E.L.M., Gregg, E.W., Pavkov, M.E., Harding, J.L., et al. Trends in incidence of total or type 2 diabetes: systematic review. *BMJ*. 2019; 366: I5003.
140. Busch, M.C.M., Lucht, F. van der. Effecten van preventieve interventies: zijn er verschillen tussen mensen met een lage en hoge sociaaleconomische status? Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2012. RIVM Briefrapport 270171004.
141. Visscher, B.B., Steunenberg, B., Heijmans, M., Hofstede, J.M., Deville, W., Heide, I. van der, et al. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018; 18(1): 1414.
142. Coupe, N., Cotterill, S., Peters, S. Tailoring lifestyle interventions to low socio-economic populations: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2018; 18(1): 967.
143. Lambe, B., Collins, C. A qualitative study of lifestyle counselling in general practice in Ireland. *BMC Family Practice*. 2010; 27(2): 219-23.
144. Martinsen, E.W. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2008; 62 Suppl 47: 25-9.
145. Dinas, P.C., Koutedakis, Y., Flouris, A.D. Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science*. 2011; 180(2): 319-25.
146. American Psychiatric Association DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2014.
147. Volksgezondheidszorg.info. Prevalentie stemmingsstoornissen in huisartsenpraktijk. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/stemmingsstoornissen/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-en-nieuwe-gevallen-depressieve-en-bipolaire-stemmingsstoornissen>].
148. staatvenz.nl. Depressie: aantal personen bekend bij de huisarts. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/depressie-aantal-personen-bekend-bij-de-huisarts>].
149. Volksgezondheidszorg.info. Trend prevalentie stemmingsstoornissen in huisartsenpraktijk. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/stemmingsstoornissen/cijfers-context/trends#node-trend-prevalentie-stemmingsstoornissen-huisartsenpraktijk>].

150. Cuijpers, P., Shields-Zeeman, L., Walters, B.H., Petrea, I. Prevention of depression and promotion of resilience - consensus paper; 2016.
151. Nuijen, J., Bon-Martens, M. van, Graaf, R. de, Have, M. ten, Poel, A. van der, Beurs, D. de, Nielen, M., Verhaak, P., Voorrips, L. Zicht op depressie: de aandoening, preventie en zorg. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg. Utrecht: Trimbos-instituut; 2017.
152. Bool, M., Poel, A. van der. Opbrengst en waarde van het Partnership Depressiepreventie. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2011;89(4):236-41.
153. Smeets, O., Haverman, M. Presentatie Mentaalvitaal.nl. Trimbos-instituut.
154. Zanden, R. van der, Kramer, J., Gerrits, R., Cuijpers, P. Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: a randomized trial. Journal of Medical Internet Research. 2012;14(3):e86.
155. Gutter, M. Signalen bij depressie (R36). Eindrapportage campagne-effectonderzoek. Kantar Public; 2017.
156. Gutter, M. Omgaan met depressie (R36). Eindrapportage campagne-effectonderzoek. Kantar Public; 2018.
157. Reupert, A.E., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., Doesum, K.T. van, Santvoort, F. van. Intervention programs for children whose parents have a mental illness: a review. Medical Journal of Australia. 2013;199(3 Suppl):S18-22.
158. Fraser, C., James, E., Anderson, K., Lloyd, D., Judd, F. Intervention Programs for Children of Parents with a Mental Illness: A Critical Review. The International Journal of Mental Health Promotion. 2006;8:9-20.
159. Parker, G., Beresford, B., Clarke, S., Gridley, K., Pitman, R., Spiers, G., et al. Research Reviews on Prevalence, Detection and Interventions in Parental Mental Health and Child Welfare: Summary report. Other contribution. York: University of York; 2008.
160. Loechner, J., Starman, K., Galuschka, K., Tamm, J., Schulte-Körne, G., Rubel, J., et al. Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clinical Psychology Review. 2018;60:1-14.
161. Goossens, F.X., Zanden, A.P. van der. Factsheet KOPP/KVO. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
162. Zanden, R. van der, Haverman, M., Poel, A. van der. KOPP/KVO. Resultaten van een Rondgang in de Uitvoeringspraktijk van preventie, zorg en ondersteuning voor kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en kinderen van verslaafde ouders (KVO). Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
163. Kleinjan, M., Lammers, J., Bon-Martens, M. van. Zorgen voor een mentaal gezonde jeugd. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
164. Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., Lyu, J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease Study. Journal of Psychiatric Research. 2020;126:134-40.

165. Graaf, R. de, Have, M. ten, Gool, C. van, Dorsselaer, S. van. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2012; 54 (1):27-38.
166. Graaf, R. de, Have, M. ten, Tuithof, M., Dorsselaer, S. van. Incidentie van psychische aandoeningen. Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
167. Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan GGZ 2016. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit (NZA); 2017.
168. Lemmens, L.C., Rempelberg, C.J.M., Molema, C.C.M., Suijkerbuijk, A.W.M. Depressiepreventie. Nationale en internationale inventarisatie. Bilthoven: Nationaal Instituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2014. RIVM rapport 020032001/2014.
169. vtv2018.nl. Gezondheidsverschillen. Hoe ontwikkelen zich gezondheidsverschillen in de toekomst? Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018 [Available from: <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>].
170. Mackenbach, J.P.M. Social-democratic government and health policy in Europe: a quantitative analysis. International Journal of Health Services. 2013; 43(3): 389-413.
171. Loketgezondleven.nl. Handreiking Gezonde Gemeente Bilthoven: RIVM [Available from: <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente>].
172. Storm, I. Towards a HiAP cycle: Health in All Policies as a practice-based improvement process; 2016.
173. Meijer, S.A., Storm, I. Integrale inzichten: Een verkenning van vijf lokale integrale gezondheidsprogramma's. Bilthoven: RIVM; 2012. RIVM Briefrapport 270161006.
174. Storm, I., Koperen, M. van, Lucht, F. van der, Oers, H. van, Schuit, J. Monitoren en evalueren van integraal gezondheidsbeleid; 2014 (september).
175. Storm, I., Zoest, F. van. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing. Bilthoven: RIVM; 2007. RIVM rapport 270851003.
176. Loketgezondleven.nl. Advies op maat. Bilthoven [Available from: <https://www.loketgezondleven.nl/advies-ondersteuning/advies-op-maat>].
177. Storm, I., Aarts, M.J., Harting, J., Schuit, A.J.. Opportunities to reduce health inequalities by 'Health in All Policies' in the Netherlands: an explorative study on the national level. Health Policy. 2011; 103(2-3): 130-40.
178. Loketgezondleven.nl. Wat is integraal werken aan gezondheid? Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [Available from: <https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wat-is-integraal-werken>].
179. The Helsinki Statement on Health in All Policies. Health Promot Int. 2014; 29 Suppl 1: i17-8.
180. Kok, G., Schaalma, H., Brug, J. Planmatige bevordering van gezond gedrag. Brug, J., Assema, P. van, Lechner, L. (eds) Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering; een planmatige aanpak. Assen: Koninklijke van Gorcum; 2016.

181. Djojosoeparto, S.K., Kamphuis, C.B.M., Vandevijvere, S., Poelman, M.P., namens het JPI-HDHL Policy Evaluation Network. The Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI): Nederland. Een beoordeling van rijksoverheidsbeleid met betrekking tot de voedselomgeving in Nederland en beleidsaanbevelingen voor het creëren van een gezonde voedselomgeving. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2020.
182. RIVM. Quickscan mogelijke impact Nationaal Preventieakkoord. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018.
183. Giessen, A. van, Douma, E., Kuijpers, T., Nawijn, E., Gestel, I. van, Pees, S., et al. Inventarisatie aanvullende maatregelen Nationaal Preventieakkoord. De volgende stap richting de ambities voor 2040. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2021. RIVM rapport 2021-0053.
184. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Een eerlijke kans op gezond leven. De Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving; 2021.
185. World Health Organization. Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. Geneve: World Health Organization; 2020.
186. Giessen, A. van, Boer, J., Gestel, I. van, Douma, E., Du Pon, E., Blokstra, A., et al. Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2019. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020. RIVM rapport 2020-0104.
187. Gils, P.F. van, Suijkerbuijk, A.W.M., Polder, J.J., Wit, G.A. de, Koopmanschap, M. Nederlandse preventie-uitgaven onder de loep. TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2020;98:92-6.
188. Nationaal Programma Tabaksontmoediging. Actieplan 2006. Voortgangsrapportage; 2007.
189. Vijgen, S., Gelder, B. van, Baal, P. van, Zutphen, M. van, Hoogenveen, R., Feenstra, T. Kosten en effecten van tabaksontmoediging. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2008. RIVM rapport 260601004.
190. Wilk, E.A. van der, Melse, J.M., Broeder, J.M. den, Achterberg, P.W. Leren van de burens. Beleid publieke gezondheid internationaal bezien: roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd, screening. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2007. RIVM rapport 270051010.
191. Stead, L.F., Koilpillai, P., Fanshawe, T.R., Lancaster, T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(3).
192. Hartmann-Boyce, J., Hong, B., Livingstone-Banks, J., Wheat, H., Fanshawe, T.R. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019(6).
193. Hartmann-Boyce, J., Stead, L.F., Cahill, K., Lancaster, T. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2013 reviews. Addiction. 2014;109(9):1414-25.
194. Blankers, M., Laar, M. van. Factsheet Stoppen-met-roken interventies voor jongeren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
195. Stead, L.F., Lancaster, T. A systematic review of interventions for preventing tobacco sales to minors. Tobacco Control. 2000;9(2):169-76.

196. DiFranza, J.R. Which interventions against the sale of tobacco to minors can be expected to reduce smoking? *Tobacco Control*. 2012; 21(4):436-42.
197. Croes, E., Laar, M. van. *Leeftijdsgrens Verkoop Tabak*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
198. Hummel, K., Nagelhout, G.E., Willemsen, M.C., Driezen, P., Springvloet, L., Mons, U., et al. Trends and socioeconomic differences in policy triggers for thinking about quitting smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Europe Surveys. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015; 155:154-62.
199. cbs.nl. Consumentenprijzen; prijsindex 2015=100 Centraal Bureau voor de Statistiek2020 [01-09-2020]. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83131NED>.
200. PO-Raad, VO-raad, MBO Raad. *Onderwijsagenda Sport, Bewegen en een Gezonde Leefstijl in en rondom de school 2012-2016*. Woerden: MBO Diensten; 2012.
201. Langford, R., Bonell, C.P., Jones, H.E., Poulidou, T., Murphy, S.M., Waters, E., et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014(4):CD008958.
202. Troelstra, S.A., Harting, J., Kunst, A.E. Effectiveness of a large, nation-wide smoking abstinence campaign in the Netherlands: a longitudinal study. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(3): 378.
203. trimbos.nl. Ikstopnu.nl vernieuwd: bezoekers blijven veel langer; 2018 [Available from: <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/ikstopnuni-vernieuwd-bezoekers-blijven-veel-langer>].
204. Taylor, G.M.J., Dalili, M.N., Semwal, M., Civljak, M., Sheikh, A., Car, J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(9).
205. *Alles is gezondheid... Het Nationaal Programma Preventie 2014-2016*. Den Haag: Rijksoverheid; 2013.
206. Heerdink, H., Kruijer, J., Donkers, E. *Alles is Gezondheid in beeld. Monitorrapportage 2018*. Sardes: Utrecht; 2019.
207. Kruijer, J., Schilder, J., Teunenbroek, M. van. *Alles is Gezondheid... in beeld. Monitorrapportage 2017*. Sardes; 2018.
208. Bekker, M., Helderma, J.K., Lecluijze, I., Jansen, M., Ruwaard, D. *Gezonde netwerken in het Nationaal Programma Preventie Alles is Gezondheid...* Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2016; 94(4): 128-30.
209. Dorsselaer, S. van, Tuithof, M., Monshouwer, K. *Factsheet Peilstationsonderzoek Ouders 2015. Ouders over het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en internet door jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
210. Bovens, R.H.L.M., Schuitema, A., Schmidt, P.M. *IkPas: een definitieve breuk met het verleden? Verslaving*. 2017; 13:208-22.
211. Bovens, R.H.L.M., Schuitema, A., Schmidt, P.M. *IkPas 2016: de resultaten*. Zwolle: Windesheim; 2016.
212. Bovens, R.H.L.M., Schuitema, A., Leenen, J., Planken, M. *IkPas 2015: de resultaten*. Zwolle: Windesheim; 2015.

213. Anderson, P., Chisholm, D., Fuhr, D.C. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009; 373(9682): 2234-46.
214. Hasselt, N. van. Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
215. Schippers, G.M., Lemmers, L., Naaborgh, L. Partnership Vroegsignalering Alcohol (2005-2013). *Verslaving*. 2011; 3: 4-12.
216. Wit, G.A. de, Gils, P.F. van, Over, E.A.B., Suijkerbuijck, A.W.M, Lokkerbol, J., Smit, F., et al. Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018. RIVM rapport 2018-0146.
217. Berg, M. van den, Post, N.A.M., Hamberg-van Reenen, H.H., Baan, C.A., Schoemaker, C.G. Preventie in de zorg. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2013. RIVM rapport 010003002/2013.
218. Dalen, W.E. van, Franken, F., Greeff, J. de, Mulder, J., Straten, P. van, Wulp, N.Y. van der. Het perspectief voor de Alcoholvrije School in Nederland. Onderzoek naar de huidige situatie van de Alcoholvrije School en de mogelijkheden en beperkingen daarvan volgens leerlingen, docenten, bestuurders en ouders. Utrecht: Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid; 2013.
219. Sannen, A., Jansen, S., Smeets, L., Kort, G. de, Goossens, F.X. Quick scan naar het bereik en gebruik van maatregelen om het gebruik van uitgaansdrugs te verminderen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.
220. De opbrengsten van de #Jeugdimpuls. Rapportage resultaten. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2014.
221. Lucassen, J., Toren, S. van den. Monitor Onderwijsagenda Sport, Bewegen en een Gezonde Leefstijl 2012-2016. Utrecht: Mulier Instituut; 2016.
222. Jernigan, D., Noel, J., Landon, J., Thornton, N., Lobstein, T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*. 2017; 112 Suppl 1: 7-20.
223. Jackson, K.M., Bartholow, B.D. Psychological Processes Underlying Effects of Alcohol Marketing on Youth Drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2020; Suppl 19: 81-96.
224. Wit, J. de, Graaf, R. de. Programma Gezonde Slagkracht 2009-2014 Evaluatie. Den Haag: ZonMW; 2015.
225. Prins, T., Berkum, M. van, Florijn, M., Jager, M., Jansen, J., Warmenhoven, N. Externe eindevaluatie Programma Gezonde Slagkracht ZonMw; 2015.
226. Mulder, J., Greeff, J. de. Eyes on ages. A research on alcohol age limit policies in European Member States. Legislation, enforcement and research. Utrecht: Dutch Institute for Alcohol Policy (STAP); 2013.
227. Nienhuis, K., Hoofd, J.J. van, Dalen, W.E. van, Lely, N. van der. 10 jaar alcoholintoxicaties bij jongeren. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2019; 163: D2384.

228. Wolters, T., Amerongen, G. van, Geerlings, M., Hessels, M., Huijsman, R., Kallen, M., et al. Landelijk onderzoek naar de naleving van de leeftijdsgrens bij alcoholverkoop aan minderjarigen in 2018. Nijmegen: Objectief; 2018.
229. Brink, L., Postma-Smeets, A., Stafleu, A., Wolvers, D. Richtlijnen Schijf van Vijf. Den Haag: Stichting Voedingscentrum Nederland; 2020.
230. Voedingscentrum.nl. Wie kreeg al een Schoolkantine Schaal?; 2019 [Available from: <https://gezondschoolkantine.voedingscentrum.nl/nl/inspiratie/wie-kreeg-al-een-schoolkantine-schaal-.aspx>].
231. Keulen, H.M. van, Chorus, A.M.J., Verheijden, M.W. Monitor Convenant Gezond Gewicht. Nulmeting (determinanten van) beweeg- en eetgedrag van kinderen (4-11 jaar), jongeren (12-17 jaar) en volwassenen (18+ jaar). Leiden: TNO; 2011. Rapportnr. TNO/LS 2011.016.
232. Klauw, M. van der, Verheijden, M.W., Slinger, J.D. Monitor Convenant Gezond Gewicht 2013. (Determinanten van) beweeg- en eetgedrag van kinderen (4-11 jaar), jongeren (12-17 jaar) en volwassenen (18+ jaar). Leiden: TNO; 2013. Rapportnr. TNO 2013 R12037.
233. Nota Overgewicht; Brief regering; Voortgangsrapportage van het Convenant Gezond Gewicht 2014. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2015. KST3189925.
234. Borys, J.M., Le Bodo, Y., Jebb, S.A., Seidell, J.C., Summerbell, C., Richard, D., et al. EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development. *Obesity Reviews*. 2012;13(4):299-315.
235. Slot-Heijs, J.J., Singh, A.S. The Daily Mile. Utrecht: Mulier Instituut; 2019.
236. Leemrijse, C.J., Swinkels, I.C.S. Vier behandeluren niet voor alle groepen cliënten toereikend: resultaten LiPZ-registratie 2006 en 2007 door vrijgevestigde diëtisten. *Nederlands Tijdschrift voor Voeding & Diëtetiek*. 2009;64(1):20-2.
237. Tol, J., Leemrijse, C.J., Veenhof, C., Swinkels, I.C.S. Jaarcijfers 2012 en trendcijfers 2008-2012 diëtetiek, gegevensverzameling binnen vrijgevestigde praktijken voor diëtetiek. Utrecht: Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg/Nivel; 2013.
238. Tol, J., Swinkels, I.C.S., Leemrijse, C.J., Veenhof, C. Minder diëtistische behandeling door grotendeels schrappen diëtetiek uit de basisverzekering. Utrecht: Nivel; 2012.
239. Verberne, L., Koppes, L. Zorg door de diëtist, Jaarcijfers 2014 en trendcijfers 2010-2014. Utrecht: Nivel; 2015.
240. Onderwijsincijfers.nl. Kengetallen Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Dienst Uitvoering Onderwijs, Centraal Bureau voor de Statistiek [Available from: <https://www.onderwijsincijfers.nl/kengetallen>].
241. Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulou, T., Murphy, S., Waters, E., et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15(1):130.

242. Jasper, C., Le, T.T., Bartram, J. Water and sanitation in schools: a systematic review of the health and educational outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2012; 9(8):2772-87.
243. Dobbins, M., Husson, H., DeCorby, K., LaRocca, R.L. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(2):CD007651.
244. Stam, W. van, Lindert, C. van, Brandsema, A. Voortgangsrapportage Monitor Sport en Bewegen in de Buurt 2018. Utrecht: Mulier Instituut; 2018.
245. Camfferman, R., Halberstadt, J. Procevaluatie van de implementatie van kwaliteit van leven als maat in de zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas in Nederland. Evaluation. Amsterdam: Care for Obesity/Vrije Universiteit Amsterdam; 2019 27-03-2019.
246. Niemer, S., Bruggers, C., Eynde, E. van den. LEFF 2013 t/m 2015 - Een beschrijving van de ontwikkeling, uitvoering en eerste resultaten van LEFF in Nederland. Amsterdam: LEFF; 2015.
247. Fagg, J., Chadwick, P., Cole, T.J., Cummins, S., Goldstein, H., Lewis, H., et al. From trial to population: a study of a family-based community intervention for childhood overweight implemented at scale. *International journal of obesity*. 2014; 38(10):1343-9.
248. Noordam, H. Factsheet behorende bij eindrapportage kwaliteit van leven als onderdeel van de zorg voor kinderen (4-19) met obesitas. Rapportage van een literatuurstudie en pilot naar ervaringen in de zorgpraktijk. Amsterdam: Care for Obesity; 2015.
249. Swierstra, T., Wieren, Y. van. Tussenevaluatie pilot 'Centrale zorgverlener'. *Nuchter over gewicht*; 2019.
250. cbs.nl. Drank stijgt flink in prijs na belastingverhoging. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2016 [Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/10/drank-stijgt-flink-in-prijs-na-belastingverhoging>].
251. Voedingscentrum.nl. Prijselasticiteit gezond en ongezond eten [Available from: <https://www.voedingscentrum.nl/nl/pers/standpunten/prijselasticiteit-gezond-en-ongezond-eten.aspx>].
252. Modderman, P., Noordink, M. Evaluatie subsidie Jong Leren Eten. Werking van de regeling schooljaar 2018-2019. Bilthoven/Den Haag: RIVM/KWINK Groep; 2020.
253. Jaarmagazine 2018-2019. Zoetermeer: Nationaal actieplan groenten en fruit; 2020.
254. Pisters, M.F., Veenhof, C. Evaluatie pilotfase van het Nationaal Actieplan Sport & Bewegen. Utrecht: Nivel; 2008.
255. Empel, V. van, Hartingsveldt, M. van, Dam, E., Davids, R., Moolenburgh, E. Impuls brede scholen, sport en cultuur 2008-2012. Inhoudelijke verantwoording 2010-2012 projectgroep 'Combifuncties Onderwijs'. Den Haag: Combifuncties Onderwijs; 2013.
256. Sportindebuurt.nl. Brede impuls combinatiefuncties, deelnemers 2018: BuurtSportCoach; 2018 [Available from: <https://sportindebuurt.nl/seb-nieuws/brede-impuls-combinatiefuncties-deelnemers-2018>].



257. Heuvel, A. van den, Heijkoop, C., Jong, M. de. Samenvatting monitor Impuls brede scholen, sport en cultuur over 2011. Vereniging van Nederlandse Gemeenten; 2012.
258. Reitsma, M., Stam, W. van, Lindert, C. van. Gehandicaptensportbeleid in gemeenten. Utrecht: Mulier Instituut; 2018.
259. Grenzeloos Actief: maakt sporten en bewegen voor iedereen met een beperking mogelijk. Programma Grenzeloos Actief; 2019.
260. Sportblessurepreventie: de tweede ronde. Den Haag: ZonMw; 2018.
261. zonmw.nl. Programma Sportblessurepreventie. Effectieve interventies ontwikkelen en implementeren om blessures te voorkomen Den Haag: ZonMw [Available from: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/sport-en-bewegen/programmas/programma-detail/sportblessurepreventie/projecten/>].
262. Gezondheidsraad. Richtlijnen Goede Voeding. Den Haag: Gezondheidsraad; 2015. Rapportnr. 2015/24.
263. Diabetes Fonds. Jaarverslag 2016. Amersfoort: Diabetes Fonds; 2017.
264. Diabetes Fonds. Publieksverslag 2017. Amersfoort: Diabetes Fonds; 2018.
265. Diabetes Fonds. Publieksverslag 2018. Amersfoort: Diabetes Fonds; 2019.
266. Raaijmakers, L.G.M., Bagchus, C., Martens, M.K., Jonkers, R., Kremers, S.P.J. De implementatie van de NDF Zorgstandaard Diabetes: onderzoek onder zorgprofessionals en patiënten in het kader van het Nationaal Actieprogramma Diabetes. Nederlands Tijdschrift voor Diabetologie. 2011;9(4):167-74.
267. Raaijmakers, L.G.M., Martens, M.K., Hesselink, A.E., Weerdt, I. de, Kremers, S.P.J. De implementatie van de NDF Zorgstandaard Diabetes anno 2013. Nederlands Tijdschrift voor Diabetologie. 2013;11(3):104-9.
268. Diabetes in actie: Verantwoording van het Nationaal Actieprogramma Diabetes (2009-2013). Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie; 2013.
269. Riper, H., Ballegooijen, W. van, Kooistra, L., Wit, J. de, Donker, T. Preventie & eMental-health. Kennissynthese 2013. Den Haag: ZonMw; 2013.
270. Smeets, O. Factsheet Train jezelf mentaal vitaal. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/Fonds Psychische Gezondheid; 2015.
271. Straten, A. van, Hill, J., Richards, D.A., Cuijpers, P. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine. 2015;45(2):231-46.
272. Nijhuis, J., Westhoff, E., Meer, A. van der, Jongebreur, W. Rapportage evaluatie subsidieregeling anonieme e-mental health. Barneveld: Significant; 2019.
273. Massoudi, B., Holvast, F., Bockting, C.L.H., Burger, H., Blanker, M.H. The effectiveness and cost-effectiveness of e-health interventions for depression and anxiety in primary care: A systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders. 2019;245:728-43.

274. Magnée, T., Beurs, D.P. de, Kok, T.Y., Verhaak, P.F. Exploring the feasibility of new Dutch mental health policy within a large primary health care centre: a case study. *Family Practice*. 2017;35(2): 186-92.
275. Preventief Gezondheidsbeleid; Brief regering; Voortgang Depressiepreventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2019. KST32793387.
276. Preventief Gezondheidsbeleid; Brief regering; Depressie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2018. KST32793293.
277. Zoon, M., Berg-leClerc, T. Wat werkt voor kinderen van ouders met psychische problemen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2019.
278. Siegenthaler, E., Munder, T., Egger, M. Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(1):8-17 e8.
279. World Health Organization. European status report on alcohol and health-pricing policies. Geneve: WHO Regional Office for Europe; 2014.
280. FAO.org. Food-based dietary guidelines: Food and Agriculture Organization of the United Nations [Available from: <http://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/en/>].
281. Polish Eurydice Unit. School Meals in Europe. Report by the Polish Eurydice Unit. Warsaw: Foundation for the Development of the Education System; 2016.
282. Volksgezondheidszorg.info. Grafiek Trend in roken naar opleiding 1999-2018. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [
283. Tuithof, M., Monshouwer, K., Aalten, J. van, Dorsselaer, S. van. Alcoholgebruik onder volwassenen in Nederland. Kerncijfers 2018. Utrecht: Trimbos-instituut; 2020.
284. Volksgezondheidszorg.info. Grafiek Trend in overgewicht naar opleiding 1999-2018. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/trends#node-trend-overgewicht-naar-opleiding>].
285. Volksgezondheidszorg.info. Grafiek Trend in obesitas naar opleiding 1999-2018. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/trends#node-trend-obesitas-naar-opleiding>].
286. Volksgezondheidszorg.info. Grafiek Jaarprevalentie diabetes mellitus naar opleiding 2011-2018. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/trends#node-trend-prevalentie-diabetes-mellitus-huisartsenpraktijk-naar-opleiding>].

287. Volksgezondheidszorg.info. Grafiek Jaarprevalentie stemmingsstoornissen naar opleiding 2011-2018. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2020 [Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/stemmingsstoornissen/cijfers-context/trends#node-trend-prevalentie-stemmingsstoornissen-naar-opleiding>].

.....  
J.M.A. Boer | I.J.M. van Gestel | E.R. Douma | E. du Pon | S. Pees |  
S. Bas | L. Lemmens | E. Zantinge | G.C.M. Herber  
.....

RIVM-rapport 2021-0088

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
Nederland  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

mei 2021

*De zorg voor morgen* begint vandaag