

INSPIRATIEGIDS

Inzetten op gedragsinzichten met het Gedragswiel



Beste lezer,

Onze samenleving staat voor complexe (gezondheids)-uitdagingen, nu en in de toekomst. We weten dat de oorzaken én oplossingen daarvan vaak verband houden met menselijk gedrag. Het COVID-19-virus toont dit feilloos aan.

Maar menselijk gedrag is zeer complex. **Begrijpen waaróm mensen zich op een bepaalde manier gedragen, is de eerste, essentiële stap om gedragsverandering mogelijk te maken. Alleen als die stap gezet is, is het mogelijk om te reageren via gepaste communicatie en geschikte gedragsveranderingstechnieken.** Het Gedragswiel levert een unieke bijdrage door op een visuele en onderbouwde manier inzicht te bieden in de verschillende soorten determinanten van gedrag. Ons gezondheidsgelateerd gedrag maar natuurlijk ook breder: hoe we omgaan met het milieu, hoe we ons gedragen in het verkeer, hoe we klimaatuitdagingen aanpakken ...

Het Vlaams Instituut Gezond Leven stelt via deze inspiratiegids graag zijn eigen expertise omtrent gedragsinzichten ter beschikking, maar laat ook graag andere organisaties aan het woord. In deze gids vertellen gezondheidsbevorderaars met eigen voorbeelden hoe zij, met behulp van het Gedragswiel, voor hun doelgroepen een gezonde leefstijl in een gezonde omgeving gemakkelijker hebben kunnen maken.

Wij hopen dat de volgende pagina's je zullen inspireren en hefbomen bieden om in te spelen op de juiste drijfveren, competenties en context van je doelpubliek zodat ook voor hen de beoogde (gezondheids)winst bereikt kan worden.

Aansluitend bij de missie van onze organisatie ben ik bijzonder trots dat we met deze inspiratiegids een steentje kunnen bijdragen aan het oplossen van de maatschappelijke uitdagingen waar we vandaag samen voor staan.

*Linda De Boeck,
Directeur Vlaams Instituut Gezond Leven vzw*

WAT VIND JE IN DEZE GIDS?

DEEL 1

Een inkijk in het Gedragswiel

HET GEDRAGSWIEL ONDER DE LOEP	6
WAAROM EEN GEDRAGSMODEL?	8
HOE IS HET GEDRAGSWIEL TOT STAND GEKOMEN?	9
2 MANIEREN OM HET GEDRAGSWIEL TE GEBRUIKEN	11
HET GEDRAGSWIEL DROOMT VAN ...	12

DEEL 2

Inspirerende voorbeelden

INTERVENTIESTUDIE HOUTSTOOK: WAT WETEN WE OVER HET HOUTSTOOKGEDRAG VAN VLAMINGEN?	15
HET GEDRAGSWIEL ALS SPRINGPLANK NAAR EEN GEZONDER EETPATTERN: HET HALT2DIABETES-PROJECT	18
EDUCATIEF PAKKET BEN DE BEVER EN CM-INFORMATIE -ARTIKEL	20
BELOONSYSTEMEN OM MEER MENSEN OP DE FIETS TE KRIJGEN	24
MENTAAL WELZIJN BOOSTEN BIJ JONGEREN: DE SOAPTEST	26
HET PAD EFFENEN VOOR GEZONDE(RE) VOEDING: HOE? ZO!	29
OOK ZIJ GINGEN AAN DE SLAG MET HET GEDRAGSWIEL ...	35

DEEL 3

Experten aan het woord

DRIJFVEREN VOOR EEN GEZOND LEVEN 43

Prof. Maarten Vansteenkiste, motivatie- en ontwikkelingspsycholoog aan UGent

OVER HET BELANG VAN DE CONTEXT EN GEZONDHEIDS- VAARDIGHEDEN 49

Veerle Vyncke (Vereniging voor Wijkgezondheidscentra)

BENIEUWD NAAR MÉÉR?

Achteraan de gids vind je contactgegevens en een overzicht van het ondersteuningsaanbod bij het Gedragswiel.

DEEL 1

**Een inkijk in het
Gedragswiel**

HET GEDRAGSWIEL ONDER DE LOEP

Gedrag en gezondheid

Het Gedragswiel toont 2 tandwielen die mooi in elkaar draaien: gedrag en gezondheid. Dit geeft aan dat het gedrag van mensen een grote invloed kan hebben op hun gezondheid. Zowel in positieve als in negatieve zin. Het toont ook dat je als gezondheidsbevorderaar een verandering van het gedrag van individuen of groepen kan faciliteren en ondersteunen om zo te komen tot **gezondheidswinst**. Onderzoek bevestigt dit en toont aan dat 70 tot wel 90% van de chronische ziekten vermeden kan worden door een gezonde leefstijl.

Betekent dit dat alleen het gedrag of de leefstijl van mensen hun gezondheid bepaalt? Helemaal niet. Ook biologische factoren, de omgeving en de voorzieningen binnen de gezondheidszorg spelen een rol en moeten meegenomen worden binnen gezondheidsbevordering (zie ook het **model van Lalonde**). Toch valt er heel wat gezondheidswinst te boeken door in te spelen op de leefstijl van mensen, en het Gedragswiel geeft daarbij ondersteuning. Want het biedt een **duidelijk overzicht van de drempels en hefbomen** voor gedragsverandering.

Drempels en hefbomen

Je gedrag veranderen is makkelijker gezegd dan gedaan. Allerlei drempels die zowel binnen als buiten het individu liggen, kunnen deze verandering in de weg staan. Tegelijkertijd zijn er hefbomen binnen (de omgeving van) de doelgroep die gedragsverandering net kunnen stimuleren. Deze **drempels** en **hefbomen** noemen we ook **gedragsdeterminanten**: ze **bepalen** immers hoe iemand zich (niet) gedraagt.

HET GEDRAGSWIEL ORDENT DE GEDRAGS- DETERMINANTEN IN 3 CATEGORIEËN EN PLAATST ZE ROND HET GEDRAG:

- **Competenties** – wat iemand kan en weet
- **Drijfveren** – wat iemand wil en belangrijk vindt
- **Context** – wat binnen iemands omgeving of situatie mogelijk en wenselijk is

Competenties en drijfveren zijn individuele determinanten of *invloeden van binnen het individu*. Context daarentegen verwijst naar *invloeden van buitenaf*. Samen kunnen zij **gedrag helpen verklaren en voorspellen**.

Tandwielen

In de tandwielen van het Gedragswiel staat een verdere onderverdeling van competenties, drijfveren en context.

COMPETENTIES

- **lichamelijk** (vb. kunnen zwemmen, lenig zijn)
- **psychosociaal** (vb. gezondheidsinformatie kritisch kunnen beoordelen, weten waar je rookstopbegeleiding vindt, gezond kunnen koken)

CONTEXT

- **fysiek** (vb. wonen in een slecht geïsoleerd huis, veel fastfoodketens in de buurt hebben, een gezond aanbod van schoolmaaltijden)
- **sociaal-cultureel** (vb. klasgenoten hebben die roken normaal vinden, een cultureel bepaald eetpatroon dat rijk is aan suikers)
- **economisch** (vb. de prijs om lid te worden van de lokale sportclub, een korting bij groepssessies **Bewegen Op Verwijzing** voor deelnemers met een verhoogde tegemoetkoming, de betaalbaarheid van renovaties)
- **politiek** (vb. de afspraken rond drinken in de klas, gezondheidsaanbevelingen op Vlaams niveau, een politiek klimaat dat veel verantwoordelijkheid bij de burger legt)

DRIJFVEREN

- **automatisch** (vb. roken als stressreductie, emotioneel eten, kopen wat je doorgaans koopt)
- **reflectief** (vb. rationele argumenten om een mondmasker te dragen op openbare plaatsen, het doel hebben om 2x/week te gaan joggen)



© VLAAMS INSTITUUT GEZOND LEVEN 2020

BELANGRIJKE NOOT

Contextfactoren kunnen zowel op een micro-, meso- als macroniveau invloed uitoefenen op een individu. Zie **figuur op blz. 53**.

Meer weten?

Vraag je je af hoe bepaalde gedragsdeterminanten uit de wetenschappelijke literatuur (vb. attitudes, eigen-effectiviteit, sociale norm) passen binnen het Gedragswiel?

Check het overzicht van gedragsdeterminanten op www.gedragswiel.be.

WAAROM EEN GEDRAGSMODEL?

Evidence-informed werken en gebruik maken van gedragsinzichten zit in het **DNA van de sector preventieve gezondheidszorg**. Dat betekent dat we er alles aan doen om onderbouwde methodieken te ontwikkelen en te implementeren om de Vlaming op weg te helpen naar een gezonder leven. Veel van die methodieken willen een gedragsverandering teweegbrengen bij bepaalde doelgroepen, met het oog op gezondheidswinst. Kennis van gedragsdeterminanten is daarbij een must.

Op zoek naar gedragsmodellen

Je weg vinden in de vele gedragsmodellen die de wetenschappelijke literatuur rijk is, is niet evident. Zeker niet als je weinig tijd hebt. Toch is het van groot belang om acties, campagnes, methodieken en preventieve boodschappen niet zomaar vanuit het buikgevoel te ontwikkelen. Je gaat effectiever te werk als je weet welke drempels je doelgroep ervaart om het gezonde gedrag te stellen en welke gedragsveranderingstechnieken daarop kunnen inspelen.

De meerwaarde van het Gedragswiel

Gezond Leven wil dit proces toegankelijker en haalbaarder maken. Met het Gedragswiel wilden we een **toegankelijk model** ontwikkelen **dat een bruikbaar overzicht geeft van mogelijke drempels voor gedragsverandering**. Gooit het Gedragswiel daarmee alle andere modellen in de vuilbak? Zeker niet. Die behouden hun waarde en kunnen blijvend geraadpleegd worden (vb. om inzicht te krijgen in de samenhang tussen verschillende determinanten van een bepaalde leefstijlfactor).

Wat maakt het Gedragswiel dan eigenlijk zo uniek? Het geeft je snel een beeld van de soorten gedragsdeterminanten die er zijn, door ze vanuit alle andere modellen te verzamelen en te bundelen in een coherente en eenvoudige structuur (competenties, drijfveren en context). Op basis daarvan kan je, met je gedragsbril op, de evidence verzamelen die jij nodig hebt om jouw project onderbouwd aan te pakken. Een voelbare tijdswinst! Bovendien biedt het model een kader, een beeld én een taal om te spreken, brainstormen, uitwisselen of rapporteren over gedragsverandering.

Voor elk wat wils

Het model is vlot te begrijpen voor professionals van allerlei achtergronden en voor de studenten die binnenkort het werkveld ontdekken. Dat bevestigen ook de verhalen en getuigenissen in deze gids. Tegelijk vind je in de tandwielen en in de bijhorende materialen meer gedetailleerde informatie die wellicht nodig is om een **diepgaande gedragsanalyse** uit te voeren. Dat 'getrapte' systeem was een bewuste keuze om zoveel mogelijk professionals van dienst te kunnen zijn.

HOE IS HET GEDRAGSWIEL TOT STAND GEKOMEN?



De ontwikkeling van het Gedragswiel startte in 2016 met een grondige literatuurstudie en een intern projectteam. We betrokken ook bewust andere organisaties hierbij, want het model dat we voor ogen hadden, had een groter bereik dan Gezond Leven alleen.

Evenwicht tussen theorie en praktijk

Om een balans te vinden tussen wetenschappelijke onderbouwing enerzijds en praktische toepasbaarheid en toegankelijkheid anderzijds, riepen we de hulp in van zowel een **academische stuurgroep** als een **werkgroep met vertegenwoordiging van de Vlaamse preventieve gezondheidszorg**. We vroegen ook raad aan de hoofdauteur van het COM-B-model¹, waarop het Gedragswiel gebaseerd is. Zij gaf ons haar fiat voor een Vlaamse hertaling.

Na heel wat overlegmomenten, schetsen, try-outs en boeiende discussies kreeg het Gedragswiel zijn naam én look in december 2018. In 2020 volgde nog een herwerking: 'context' staat nu bovenaan in het model. Verderop in deze gids ontdek je meer over het belang van de context, in het interview met Veerle Vyncke ([zie blz. 49](#)).



Lien Van der Biest
Vlaams Instituut
Gezond Leven

“De ontwikkeling van het Gedragswiel was een constante evenwichtsoefening tussen theorie en praktijk. We wilden een model ontwikkelen dat wetenschappelijk onderbouwd en correct is, maar tegelijk ook toegankelijk en bruikbaar is in het brede werkveld van gezondheidsbevordering. Net daarom was het betrekken van zowel academici als werkveldorganisaties erg boeiend en ook noodzakelijk.”

1. Michie, S., van Stralen, M., West, R. (2011). The Behaviour Change Wheel: A New Method for Characterising and Designing Behaviour Change Interventions. Implementation Science: IS. 6. 42. 10.1186/1748-5908-6-42.

2 MANIEREN OM HET GEDRAGSWIEL TE GEBRUIKEN

1. Gedrag verklaren

Het Gedragswiel helpt om gedrag te verklaren en voorspellen, door dat het een **overzicht biedt van de belangrijkste gedragsdeterminanten**. Met dat overzicht kan je op zoek gaan naar de belangrijkste en meest veranderbare determinanten van het gedrag van jouw doelgroep.

Die determinanten zijn universeel. Dat betekent dat je het Gedragswiel zowel kan toepassen op:

- **gezondheidsgerelateerd gedrag** (vb. roken, mondmasker dragen, bewegen) als op **ander gedrag** (vb. recycleren, belastingen invullen);
- gedrag van **einddoelgroepen** (vb. patiënten, inwoners van een gemeente) als op dat van **intermediairs** (vb. leerkrachten, huisartsen).

De invulling is anders, maar de logica blijft dezelfde.

Het Gedragswiel kan richting geven aan het zoeken naar 3 soorten evidence die helpen om de belangrijkste en meest veranderbare gedragsdeterminanten te identificeren:

- evidence vanuit **wetenschappelijk onderzoek** (vb. literatuurstudie)
- evidence vanuit **experten of ervaringsdeskundigen** (vb. brainstorm ...)
- evidence vanuit de **doelgroep** zelf (vb. focusgroep, interview, netnografie ...)

2. Over gedrag(sverandering) communiceren

Het Gedragswiel biedt een kader, beeld en taal die gebruikt kunnen worden om op professioneel niveau **over gedrag en gedragsverandering te communiceren**. En om op een toegankelijke manier inzicht te bieden in de complexiteit van gedragsverandering.

Mogelijke toepassingen zijn:

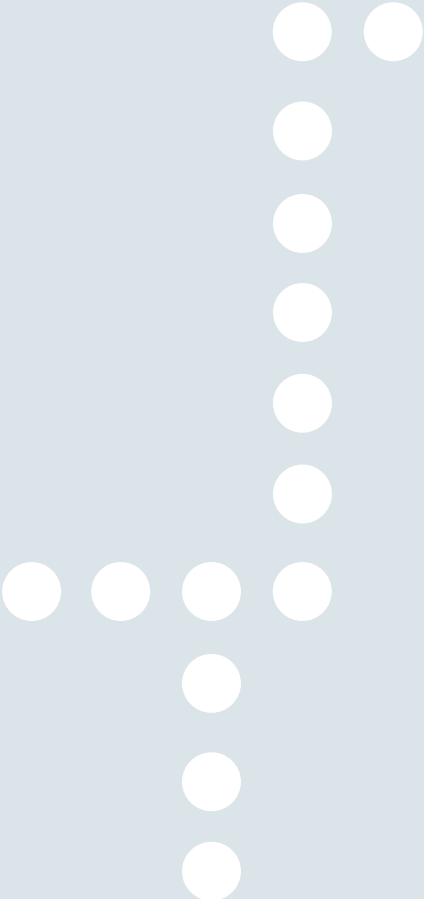
- een onderzoeks- of evaluatierapport opmaken
- een les geven over motivatie aan studenten huisartsengeneeskunde
- een artikel schrijven over de effectiviteit van bepaalde gedragsveranderingstechnieken
- toelichten aan projectpartners hoe een methodiek onderbouwd werd
- het belang van omgevingsinterventies (voor mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties) bepleiten

HET GEDRAGSWIEL DROOMT VAN ...

Slimme gezondheidsbevorderaars

Gedragsinzichten als basiskennis van elke gezondheidsbevorderaar: een duidelijke missie waar het Gedragswiel graag aan bijdraagt. Door er te zijn voor **studenten** die in de nabije toekomst een rol zullen opnemen in het preventielandschap als verpleegkundige, beleidsmaker, communicatiemedewerker, of misschien wel als beweegcoach. Maar ook voor **wie al in het werkveld staat** en deze gedragsinzichten bewuster wil meenemen in projecten waar gedragsverandering centraal staat. Het Gedragswiel wil er zijn voor de gezondheidsbevorderaars van vandaag en morgen, door een houvast te bieden, een kader waarin drempels en hefboomen voor het stellen van gezondheidsgerelateerd gedrag centraal staan.

Heel wat vooropleidingen in het hoger onderwijs bieden het Gedragswiel intussen aan hun studenten aan, terwijl verschillende werkveldorganisaties dat ook doen binnen hun werking en vormingsaanbod. Een sterke link tussen onderwijs en werkveld, dat juichen wij alleen maar toe!



Sterke preventiemethodieken

Bij de ontwikkeling van preventiemethodieken wordt idealiter informatie verzameld over de doelgroep, het gedrag, de drempels en hefbomen voor gedragsverandering enz. Dat kan via literatuuronderzoek of via bevestigingen allerhande (focusgroep, vragenlijststudie, interviews, netnografie ...). Een duidelijk en eenvoudig te hanteren model kan **het verzamelen en rapporteren van evidence over gedragsdeterminanten vereenvoudigen en tegelijk verrijken**. Door een volledig overzicht te bieden van de soorten determinanten en tegelijk een structuur om deze informatie in de ordenen. Dat zorgt ervoor dat gezondheidsbevorderaars gericht strategieën en technieken kunnen gaan selecteren om gedragsverandering mogelijk te maken. Effectieve en sterke preventiemethodieken, daar wordt iedereen beter van! Letterlijk.

Straffe gezondheidscoachings

De rol en meerwaarde van individuele gezondheidscoaching wordt meer en meer erkend. Door 1-op-1 of in groep te werken met mensen gebeurt het stimuleren en faciliteren van gedragsverandering op maat, en is het vaak ook effectief. **Het Gedragswiel kan een startpunt zijn voor wie deze coachende rol opneemt**. Denk aan: beweegcoaches, diëtisten, gezondheidsconsulenten, huisartsen enz. Met competenties, drijfveren en context in het achterhoofd kan de (preventieve) zorgverstrekker consultaties, groepsdiscussies en oefeningen een zinvolle invulling geven. Zodat niet enkel de coach, maar ook de cliënt of aanvrager zelf een beter inzicht krijgt in het eigen gedrag en in de drempels en hefbomen voor gedragsverandering.

DEEL 2

**Inspirerende
voorbeelden**

ENKELE INSPIRERENDE VOORBEELDEN

Je wil aan de slag met het Gedragswiel, maar zoekt nog wat inspiratie? Geen nood. Verschillende collega-gezondheidsbevorderaars gingen jou al voor en bezorgden ons hun ervaringen met het model. De een paste het Gedragswiel toe binnen een literatuuronderzoek, de ander integreerde het in de leerstof voor studenten. **Voorbeelden bij de vleet die aantonen dat je op tal van manieren en binnen tal van thema's bezig kan zijn met gedragsinzichten om gezondheid te bevorderen.** Benieuwd?

Interventiestudie houtstook: wat weten we over het houtstookgedrag van Vlamingen?

In 2019-2020 ging onze Partnerorganisatie Milieugezondheidszorg met het Gedragswiel aan de slag voor de uitvoering en rapportage van een interventiestudie over houtstookgedrag. De studie onderzoekt of haalbare adviezen over houtstookgedrag een gunstig effect hebben op de gezondheid van bewoners (VITO, 2020). Het eerste luik van de studie had daarom als bedoeling in kaart te brengen **op welke manieren Vlamingen hout stoken** (vb. Hoe steken ze de houtkachel aan? Wat gebruiken ze om te verbranden?) en wat mogelijke drempels zouden kunnen zijn om op een meer verantwoorde manier hout te gaan stoken. Dat wil zeggen, een manier die de blootstelling aan schadelijke stoffen die vrijkomen bij de verbranding zoveel mogelijk vermijdt en zodoende de gezondheid beschermt.

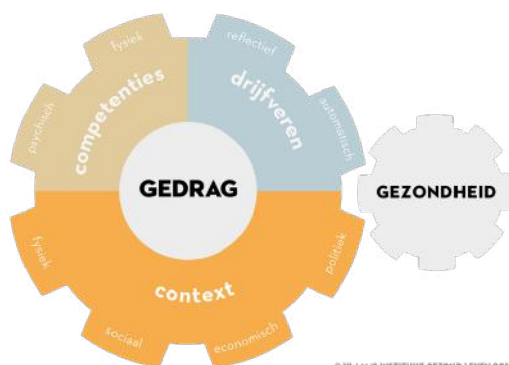
Het Gedragswiel vormde de basis van deze analyse, die zich hoofdzakelijk baseerde op literatuuronderzoek (zie **pagina 16** voor een samenvattende tabel van de gedragsanalyse).



Lize Van Dyck,
Vlaams Instituut
Gezond Leven

“Wat ik positief vind aan het Gedragswiel is dat het zo'n compleet model is. Zeker omdat het de nadruk legt op contextvariabelen die erg belangrijk zijn in het thema Gezondheid en Milieu.

Ikzelf vond het vooral een heel handig kader om alle gedrags-elementen die ik vond in de literatuur te structureren. Het Gedragswiel is een goede kapstok en helpt om lacunes te zien in de bestaande evidence.”



3.2 DETERMINANTEN VAN BEWUST STOOKGEDRAG: ALGEMEEN

Vooraleer we ingaan op de specifieke gewenste doelgedragingen en de specifieke competenties, drijfveren en contexten die hierbij van tel zijn, is het belangrijk om kort in te gaan op algemene voorwaarden voor het stellen van bewust stookgedrag die we terugvinden in de literatuur. We splitsen dit op in de competenties, drijfveren en de context.

3.2.1 Competenties

De competenties van houtstook vallen uit elkaar in de **fysieke** competenties en de **psychische** competenties. Bij de **fysieke** competenties zal het vooral een rol spelen of stokers fysiek in staat zijn om het juiste stookgedrag te stellen (nl. in staat zijn om kleine stukken hout te kappen, of in staat zijn om het hout in huis te halen etc.). Ook gaat het over de motorische en technische vaardigheden om de handelingen uit te voeren. Dit zal voornamelijk relevant zijn bij het kunnen aansteken van de kachel op de juiste manier, en het fysiek in staat zijn om handelingen te verrichten tijdens de stookcyclus.

De **psychische** competenties m.b.t. houtstook kunnen onderverdeeld worden in een heel aantal specifieke competenties: de functionele vaardigheden (het vermogen om informatie te begrijpen), de kritische vaardigheden (het vermogen om informatie kritisch te evalueren, de interactieve vaardigheden (vermogen om te communiceren), de gedragsregulatie (vermogen om eigen gedrag bij te sturen) en de coping vaardigheden (vermogen om met tegenslagen om te gaan). Hierover hebben we geen generieke bronnen gevonden m.b.t. het stookgedrag.

Ook de **kennis** zijn een belangrijk onderdeel van deze psychische competenties: nl. de kennis over het stookgedrag, beseffen dat het stookgedrag en de manier van stoken een invloed heeft op het binnenmilieu en de gezondheid van de stoker zelf. Hierover vinden we één algemene aanwijzing in de literatuur: in de enquête n.a.v. het Curieuzeneuzen-onderzoek bevroegde men ook kennis over de milieu-impact van houtstook met het houtstookgedrag van de respondenten. Op de vraag “Drie uur lang de open haard branden stoot meer fijnstof uit dan een vrachtwagen die van Brussel naar Parijs rijdt”, blijkt dat stokers deze kennisvraag gemiddeld meer fout beantwoorden dan de niet-stokers, met een verschil van 11 t.o.v. 4%. De auteurs halen aan dat dit kan betekenen dat een deel van de stokers zich niet bewust is van de milieu-impact van houtverbranding op de luchtkwaliteit, en ziet hierdoor mogelijkheden voor informatiecampagnes over de impact (Huyse, Bachus, & Kinnprath, 2018).

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

Deze studie had als doel het stookgedrag van de Vlaming in kaart te brengen, aangezien stookgedrag een significante invloed zou kunnen hebben op de binnenluchtkwaliteit. Hierbij analyseerden we, voornamelijk via literatuuronderzoek, wat het huidige stookgedrag van de Vlaming is en wat de onderliggende determinanten zijn van het stookgedrag. We maakten gebruik van het gedragswiel, wat ons in staat stelde om de competenties, drijfveren en contexten van het stookgedrag verder te begrijpen.

Uit de studie blijkt dat de doelgroep van de stokers nog onvoldoende gekend zijn. Dit betekent dat we op dit moment onvoldoende zicht hebben op de kenmerken van de Vlamingen die stoken, bv. over hun opleidingsniveau of hun woningkwaliteit. Dit is een mogelijk kanaal om verder te onderzoeken, en dit zou de analyse van de doelgedragingen verder kunnen verrijken. Ook het huidige stookgedrag van de Vlaming wordt nog weinig beschreven in de literatuur.

Wanneer we kijken naar de analyse van de gewenste stookgedragingen, levert dit volgende overzichtstabel op:

Determinanten: Gewenst gedrag:	Competenties	Drijfveren	Context
Stokers kopen en gebruiken uitsluitend onbehandeld en droog hout	Mensen <u>weten</u> dat het belangrijk is om droog en onbehandeld hout te kopen en te gebruiken (gekend) + zijn <u>fysiek</u> in staat om dit aan te kopen en de transporteren (ongekend)	Mensen moeten <u>gemotiveerd</u> zijn om hun aankoopgedrag aan te passen en om geen afvalhout te gebruiken (gekend)	Mensen moeten het onbehandeld en droog hout kunnen <u>betalen</u> + weten dat het <u>wettelijk</u> verboden is om ongeschikt afvalhout te gebruiken (ongekend)
Stokers voorzien opslagplaats voor het hout	Mensen moeten <u>weten</u> hoe lang ze het hout moeten laten drogen en in staat zijn om dit te <u>meten</u> indien nodig (gekend)	Mensen zijn gemotiveerd om het hout te laten drogen en beseffen dat het <u>nodig</u> is om hout te laten drogen (gekend)	Mensen hebben de <u>ruimte</u> om hun hout droog te stockeren, of zijn in staat om droog hout te <u>betalen</u> (ongekend)
Stokers steken de kachel op de correcte manier aan (via de Zwitserse methode)	Mensen <u>weten</u> dat de Zwitserse methode de voorkeursmethode is en zijn fysiek in staat om dit toe te passen (gekend)	Mensen zijn <u>gemotiveerd</u> om hun stookgewoonten te doorbreken en om de Zwitserse methode als de beste methode te aanvaarden (gekend)	Ongekend, maar minder relevant
Stokers gebruiken geen afvalpapier	Mensen <u>weten</u> dat het niet correct is om afvalpapier te gebruiken (ongekend)	Mensen moeten <u>gemotiveerd</u> zijn om hun gewoonte te doorbreken m.b.t. het aansteken van de kachel met afvalpapier (deels gekend)	Alternatieven voor afvalpapier moeten <u>betalbaar</u> en <u>beschikbaar</u> zijn (onbekend)
Stokers overladen of onderladen de kachel niet	Mensen <u>weten</u> dat het belangrijk is hun kachel niet te overladen en zijn fit genoeg om regelmatig de kachel bij te vullen (onbekend)	Mensen zijn gemotiveerd om het stookproces beter te observeren en vaker doorheen de stookcyclus aan te vullen (onbekend)	(onbekend)
Stokers gebruiken de juiste luchttoevoerinstelling en van het toestel	Mensen <u>kennen</u> de luchttoevoerinstelling en van hun toestel en hebben een toestel dat qua vermogen geschikt is voor de ruimte waarin het gebruikt wordt (onbekend)	Mensen zijn <u>gemotiveerd</u> om aandachtig te zijn voor het aanpassen van de luchttoevoerinstelling en (onbekend)	Mensen kunnen een kachel aankopen met makkelijke en eenduidige luchttoevoerinstelling en (onbekend)
Stokers laten hun schoorsteen jaarlijks reinigen	Mensen <u>weten</u> dat het belangrijk is om hun kachel te laten reinigen (deels gekend)	Mensen schatten het <u>risico</u> op een schouwbrand afdoende in (deels gekend)	Mensen kunnen de schoorsteenreiniging <u>betalen</u> en kennen de <u>wettelijke</u> verplichtingen (deels gekend)



Foto: navorming Halt2Diabetes-diëtisten op 12 juni 2020

Het Gedragswiel als springplank naar een gezonder eetpatroon: het HALT2Diabetes-project

Aurélië Lampaert, licentiate LO en bachelor in de psychologie, werkt al sinds 2012 voor de Diabetes Liga vzw als Projectcoördinator Diabetespreventie. Daar bouwt ze het **project HALT2Diabetes** uit, waarin mensen met een verhoogd risico op diabetes type 2 terecht kunnen voor voedingsadvies en professionele begeleiding.

Het project werkt als volgt. Mensen kunnen zich, op eigen initiatief of op aanraden van de huisarts, laten screenen op hun risico voor het ontwikkelen van diabetes type 2. Dat gebeurt via een korte online vragenlijst (**Gezondheidskompas**, gebaseerd op de FINDRISC-checklist) die peilt naar een aantal risicofactoren (gewicht, alcoholgebruik, voedingspatroon ...).

Indien deelnemers volgens de screeningstool een verhoogd risico hebben op diabetes type 2 dan worden zij, door de huisarts, doorverwezen naar groepssessies Gezonde Voeding op Verwijzing.

Wie in het project instapt, gaat in een reeks van 6 groepssessies van anderhalf uur samen met een diëtist(e) aan de slag om gezonder te eten. Hierbij wordt maximaal ingezet op gedragsverandering om het diabetesrisico aan te pakken.

Gezond Leven stond mee in voor de vorming van de HALT2Diabetes-diëtisten, ter voorbereiding van de groepssessies, en spitste het Gedragswiel toe op het thema diabetespreventie. De diëtisten gingen aan de slag om de drempels voor een gezond eetpatroon te plaatsen binnen het Gedragswiel en ook uit te werken in oefeningen die ze kunnen uitvoeren met de deelnemers in de groepssessies. De diëtisten die deze groepssessies begeleiden passen het Gedragswiel nu toe in het coachen van de deelnemers naar een gezond eetgedrag.



Aurélie Lampaert,
Diabetes Liga

“Dankzij de constructieve samenwerking met Gezond Leven worden expertise in verband met diabetes(preventie) en expertise over algemene gezondheid en gedragsverandering in een succesvol eindproduct gecombineerd. Kant-en-klaar, zodat diëtisten er onmiddellijk mee aan de slag kunnen in de praktijk.”

“Het Gedragswiel is een heel concrete en overzichtelijke houvast met betrekking tot (gezondheids)gedrag en alle bepalende factoren daarvan”, vertelt Aurélie. “Gezien gezondheidsgedrag (waaronder gezonde voeding) extreem belangrijk is in diabetespreventie kan een dergelijk model niet ontbreken om coaches bij te staan in hun begeleiding van (risico)personen/cliënten.”

Op de vraag of de Diabetes Liga nog verdere toekomstplannen heeft met het Gedragswiel antwoordt Aurélie: “Absoluut. Allereerst zullen wij dit model ook verwerken in onze nieuwe e-learning over diabetespreventie gericht naar diëtisten. Dit niet alleen in functie van HALT2Diabetes en de groepssessies Gezonde Voeding op Verwijzing, maar gericht naar alle diëtisten uit de eerste lijn die met dit model aan de slag kunnen gaan binnen hun praktijk. Daarnaast valt ook te overwegen of we met dit model kunnen werken bij mensen die de diagnose van type 2 diabetes al kregen. Want ook voor hen is een gezonde leefstijl (gezonde voeding) heel belangrijk voor de behandeling en preventie van verdere complicaties. In theorie kan dit model in de toekomst eventueel dus ook voorgesteld worden aan diabeteseducatoren.”

Of Aurélie en haar collega's nog nood hebben aan bepaalde materialen of ondersteuning bij het Gedragswiel? “Een overzichtelijke en to-the-point-brochure die de verschillende aspecten van het model in kaart brengt, alsook een toegepaste e-learning voor o.a. diëtisten waarin het Gedragswiel aangevuld wordt met concrete casussen. Aan dit laatste wordt alvast gewerkt, in samenwerking met Gezond Leven.”

Sinds kort heeft HALT2Diabetes een nieuwe frisse huisstijl en werden er ook extra ondersteunende materialen ontwikkeld in het kader van diabetespreventie. Via [deze link](#) vind je alle materialen van het HALT2Diabetes-project terug. Wil je er een of meerdere van bestellen? Stuur dan een mailtje naar [**preventie@diabetes.be**](mailto:preventie@diabetes.be) en zij bezorgen je bestelling zo snel mogelijk.

Educatief pakket Ben de Bever en CM-informatie-artikel

Tandjes verzorgen met Ben de Bever

Met het educatief pakket Ben de Bever moedigt CM een goede mondhygiëne aan bij kinderen van het eerste tot en met het derde leerjaar. Het educatief pakket reikt leerkrachten alle theoretische kennis aan om het te gebruiken in de klas.

Elke Ghyllebert en haar teamgenoten vonden het belangrijk om naast info over het gebit en een goede mondhygiëne ook een luik te brengen over de determinanten die het gedrag beïnvloeden. Zo krijgen leerkrachten immers de nodige inzichten om met de leerlingen aan de slag te gaan.

CM-Informatie

Ook de collega van Elke, Astrid Luypaert, zag een meerwaarde in het Gedragswiel en nam het op in CM-Informatie. Dat is een driemaandelijks tijdschrift dat achtergrondinformatie brengt over de sociale zekerheid, het gezondheidsbeleid en de ziekte- en invaliditeitsverzekering. In het juni-nummer verscheen een artikel (Van der Elst et al., 2020)² over de resultaten van de nationale Gezondheidsenquête 2018 en welke uitdagingen dit stelt voor de gezondheidszorg. “We bevinden ons in een tijdperk waar we volop worden blootgesteld aan informatie over gezondheid en waar we overladen worden met goed bedoelde gezondheidsadviezen. Het is echter niet omdat we iets weten, dat we automatisch gezondheidsbevorderend gedrag stellen”, aldus Astrid.



Elke Ghyllebert
Stafmedewerker
gezondheidsbeleid
bij CM

“Gedrag en de invloeden daarop begrijpen is niet eenvoudig. Het Gedragswiel geeft op een laagdrempelige manier weer welke vele factoren het gedrag beïnvloeden. Zo stimuleren we leerkrachten om niet enkel de oefeningen rond kennis te implementeren maar bijvoorbeeld ook de lessen rond drijfveren en motivatie.”

² Van der Elst K., Vancorenland S., Luypaert A. 2020. Gezondheidsenquête 2018 - De brug slaan tussen cijfers en praktijk: zullen we samen aan de slag gaan? *CM-informatie*. 280:4-30

In het CM-Informatie-artikel benadrukken de auteurs aan de hand van het Gedragswiel het belang van contextfactoren en bepleiten zij het toepassen van Health in All Policies. Astrid: “We gaan dieper in op waarom het zo een uitdaging is om gezondheidsbevorderend gedrag te stellen. Want je hebt naast kennis ook vaardigheden en drijfveren nodig. En hoewel we vaak tot meer in staat zijn dan we zelf denken, heeft het individu niet alles zelf in handen. De context of omgeving waarin we leven, wonen en werken bepaalt ook mee de gezonde of ongezondere keuzes die we maken. **Willen we echt dat ons gedrag verandert, dan zetten we het best in op drie voorwaarden: voldoende competenties, sterke en duurzame drijfveren en een context waarin het gedrag of de gedragsverandering haalbaar is of zelfs gestimuleerd wordt.** Het Gedragswiel van het Vlaams Instituut Gezond Leven vat deze complexe materie op een eenvoudige manier samen.”



Astrid Luypaert,
Projectleider Positieve
Gezondheid, studie-
dienst CM

“We vinden het een krachtig signaal dat in het huidige model de context boven de individuele aspecten geplaatst wordt, zo legt het nog meer de nadruk dat gezondheid een gedeelde verantwoordelijkheid is van iedereen.”

CM-Informatie Analyses en standpunten

Driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

280

juni 2020

Gezondheidsenquête

CM verdedigt dat de ziekenfondsen een meervoudige rol hebben om iedereen te begeleiden en te ondersteunen bij een gezond leven. Gezondheid is immers iets waaraan permanent moet worden gewerkt en geen toestand waarin men zich bevindt en die daarna verloren gaat.

Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden vormen een krachtige tussenschakel tussen de determinanten en de resultaten op het vlak van gezondheid. Ze spelen een cruciale rol bij een ongelijke verdeling van de kansen inzake gezondheid.

5 Factoren die het gedrag beïnvloeden

5.1. Individuele determinanten mondhygiëne

Waarom poetsen we onze tanden? Waarom is stoppen met roken zo moeilijk? Kiezen we voor fruit of een zak chips? En waarom kunnen we onszelf niet motiveren om regelmatig te bewegen? Menselijk gedrag is het resultaat van een complex samenspel van gedragsinvloeden of -determinanten. Inzicht krijgen in wat ons gedrag nu precies beïnvloedt, is de basis om anderen (en jezelf) te kunnen motiveren tot een gezonde levensstijl.

Het **gedragswiel** dat het **Vlaams Instituut Gezond Leven** ontwikkelde, toont de verschillende soorten gedragsdeterminanten die gezond en ongezond gedrag kunnen verklaren en voorspellen.

Meer info via www.gezondleven.be

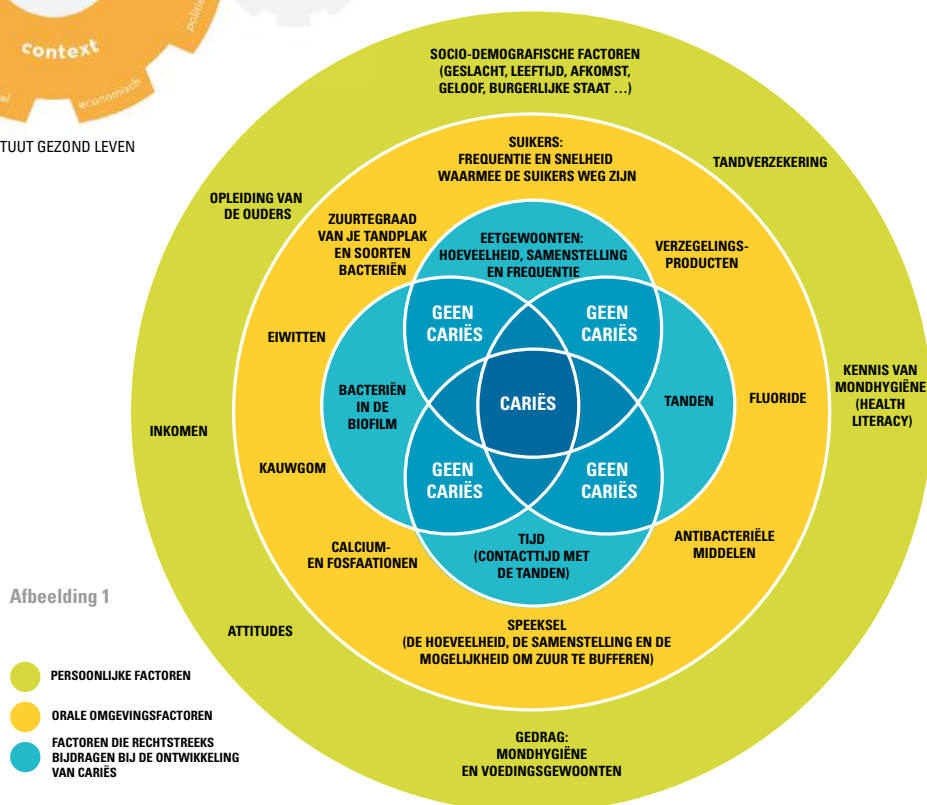


© VLAAMS INSTITUUT GEZOND LEVEN

Cariës is een multifactorieel proces, het ontstaat door verschillende factoren. In afbeelding 1 kun je die schematisch terug vinden (Fejerskovet al., 2009¹).

Aan de basis van het multifactorieel proces ligt de biofilm (de laag bacteriën die zich op de tanden vasthecht). Ter hoogte van die biofilm vindt verschillende keren per dag een chemisch proces plaats. Tandweefsel wordt opgelost (demineralisatie) en terug afgezet op de tand (remineralisatie). Elke factor die het proces van de- en remineralisatie beïnvloedt, kan bijdragen tot het ontstaan van cariës.

Biologische factoren kunnen het proces beïnvloeden. Bijvoorbeeld: de dikte van de laag bacteriën, het speeksel (de hoeveelheid, de samenstelling en de mogelijkheid om zuur te bufferen), het voedingspatroon en gebruik van fluoride.



Afbeelding 1

Individuele of populatiegebonden factoren bepalen die biologische factoren. Sociaaleconomische verschillen (zoals inkomen, opleiding en toegang tot de gezondheidszorg), maar ook kennis, gedrag en houding tegenover mondgezondheid kunnen het ontstaan van tandbederf beïnvloeden.

‘Slechte tanden zitten in de familie.’ Het wordt vaak gezegd, maar is niet volledig juist. Een aantal zaken zijn erfelijk (zoals de morfologie van de tanden), maar tot op heden konden wetenschappers geen rechtstreeks genetisch verband vaststellen. Factoren als voeding en gedrag kunnen wel familiaal beïnvloed zijn (Fejerskov et al., 2009).

5.2. Omgevingsdeterminanten mondhygiëne

Een gezond gebit begint met een goede mondhygiëne en goede voedingsgewoonten. Het is belangrijk dat die gewoonten op jonge leeftijd starten, dan zijn kinderen heel beïnvloedbaar. Ouders spelen een grote rol. De mondgezondheid van de kinderen is sterk afhankelijk van de mondhygiënegewoonten van de ouders. Ze moeten het goede voorbeeld geven.

Dat gebeurt niet altijd. Meer dan de helft van de ouders geeft toe dat ze het tandartsbezoek van hun kind wel eens uitstellen, omdat er geen klachten zijn. Of omdat hun kind bang is voor de tandarts. Ook tijdsgebrek en de financiële situatie zijn de voornaamste redenen waarom ze een afspraak uitstellen¹⁰.

‘Melktanden vallen toch uit’, hoor je mensen soms zeggen. Alsof een goede verzorging daardoor minder belangrijk is. Niets is minder waar. Melktanden hebben slechts een dun laagje glazuur, waardoor ze erg vatbaar zijn voor cariës. Als je tandbederf in de melktanden niet verzorgt, kan er een abces ontstaan. Die ontsteking doet niet alleen veel pijn, maar kan ervoor zorgen dat de definitieve tand eronder schade oploopt. Melktanden houden plaats voor de definitieve tanden. Als ze vroegtijdig verloren gaan (bijvoorbeeld omdat ze getrokken moeten worden), kunnen er orthodontische problemen ontstaan.

De eerste melktanden vallen uit rond de leeftijd van zes jaar, wanneer kinderen naar de lagere school gaan. Ze maken plaats voor het nieuwe, definitieve gebit. Rond die leeftijd worden kinderen ook zelfstandiger en willen ze graag zelf de tanden poetsen, zonder hulp van mama of papa. Maar kinderen van die leeftijd hebben nog niet de vaardigheden om zelf voldoende grondig te poetsen. Al zeker niet met die losse en nieuwe tanden. Daarom poetsen ouders beter de tanden van hun kinderen tot ze ongeveer tien jaar zijn.

Ook leerkrachten hebben een voorbeeldfunctie. Door in de klas tandenpoetsmomenten te voorzien, motiveren ze de kinderen. Ook de *peers* of klasgenootjes spelen een belangrijke rol. Zien poetsen, doet poetsen.

Wist je dat...

Suikervrije kauwgom
goed is voor de tanden.



Beloonsystemen om meer mensen op de fiets te krijgen

Evelien Bossuyt werkt sinds 2015 als onderzoeker voor Mobiel 21, een organisatie die mensen inspireert en activeert om slim om te gaan met verplaatsingen. Mobiel 21 ontwikkelt en verspreidt ook kennis die organisaties en beleidsmakers helpt om werk te maken van duurzame gedragsverandering. Evelien werkt er rond de thema's duurzame mobiliteit, gedragsverandering en vervoersarmoede.

Voor de organisatie Fietsberaad, het kenniscentrum voor fietsbeleid in Vlaanderen, werkte Evelien een cahier uit dat gaat over de **effectiviteit van beloonssystemen om meer mensen op de fiets te krijgen**. Evelien: “Het cahier legt uit hoe een campagne met beloonssystemen kan inwerken op de motivatie of drijfveer om te fietsen. We geven aan wat de succesfactoren zijn van een goed beloonstelsysteem en geven verschillende voorbeelden uit de praktijk. Het Gedragswiel kadert die beloonssystemen in een bredere context. Het is een handige checklist om te zien op welke factoren je nog kan werken om het gedrag duurzaam te laten veranderen. Wij doen daarnaast publiekscampagnes en daar zou ik ook zeker het Gedragswiel willen meenemen zodat de campagnes evidence-based opgesteld kunnen worden. Ik vermoed dat heel concrete voorbeelden en het uitdiepen van bepaalde paden rond gedragsverandering mensen goed op weg kunnen zetten.”



Evelien Bossuyt
Mobiel 21

“Het Gedragswiel biedt een handig kader om campagnes en veranderingstrajecten in te plaatsen. Wanneer je meer mensen op de fiets wil krijgen, dan is het belangrijk om alle elementen van het wiel te bekijken: Kan mijn doelgroep vlot fietsen en kent ze de verkeersregels? Welke aspecten van de context zijn een barrière om mensen op de fiets te krijgen? Wat zijn de drijfveren om wel of niet te fietsen?”





2.3 Context

De context zijn alle fysieke, sociaal-culturele, economische en politieke aspecten van de omgeving die het gewenste gedrag (fietsen) mogelijk maken, ondersteunen en/of stimuleren.

Fysieke context

De **inrichting van de publieke ruimte** is doorslaggevend bij het stimuleren van fietsgedrag.² De studie **FietsDNA ontrafeld** geeft aan dat amper de helft van de Vlamingen het veilig vindt om in de eigen buurt te fietsen. Ook vinden vier op de tien Vlamingen het niet veilig om hun kinderen met de fiets naar school te laten gaan. Hoe sterk een gedragsveranderingscampagne ook is, wanneer mensen fietsen niet veilig vinden, dan zal de campagne geen of weinig effect hebben op hun fietsgedrag.

Naast verkeersveiligheid is ook de **uitstraling van de publieke ruimte** van belang. Brede straten met geparkeerde auto's aan beide zijden geven aan dat autoverplaatsingen de norm zijn. Brede fietspaden en fietsstraten geven aan dat fietsen de norm is. Mensen zijn erg gevoelig voor die sociale normen (zie ook het volgende onderdeel: Sociaal-culturele context). Nudging is een gedragsveranderingstechniek die inwerkt op de uitstraling van de fysieke context. Door de omgeving te veranderen wordt het gedrag op een natuurlijke manier in de goede richting geduwd.

Sociaal-culturele context

De sociaal-culturele context gaat over wat de meeste mensen doen en wat sociaal aanvaardbaar is. Gezond Leven definieert vier types van normen die een weerslag kunnen hebben op gedrag:

- **Descriptieve norm:** Wat doet de meerderheid van de mensen effectief?
 - Bv. 70% van de Vlaamse werknemers komt met de auto naar het werk, 17% met de fiets (**Federale enquête woon-werkverkeer 2017**)
- **Injunctieve norm:** Wat zijn de voorgeschreven regels en wetten?
 - Bv. Waar mag je wel en niet fietsen? Waar mag je je fiets parkeren?
- **Gepercipieerde norm:** hoe wordt de groepsnorm aanvoeld?
 - Bv. 'Mijn collega's komen allemaal met de auto naar het werk.'
- **Subjectieve norm:** Welke verwachtingen hebben anderen van mij?
 - Bv. 'Mijn klanten verwachten dat ik me met de auto verplaats, niet met de fiets.'

De sociale norm kan vanuit een cultuur ontstaan. In Nederland is fietsen bijvoorbeeld nog een stuk sterker verweven met de cultuur dan in Vlaanderen. In Vlaanderen geeft de recente toename aan bedrijfs- en leasefietsen nieuwe kansen aan een normwijziging wat betreft verplaatsingen naar het werk. Cijfers van KBC Fietslease geven bijvoorbeeld aan dat er in 2019 vijf keer zoveel leasefietsen zijn als in 2017 (nl. 7181 fietsen in 2019 tegenover 1447 in 2017). B2Bike zette de Belgische cijfers van bedrijfsfietsen af tegen die van bedrijfsauto's (zie figuur). Ook daaruit blijkt dat de fiets op dit moment op bedrijfsniveau een grote inhaalbeweging maakt tegenover de auto.

2 Hume, C., Timperio, A., Salmon, J., Carver, A., Giles-Corti, B., & Crawford, D. (2009). Walking and Cycling to School : Predictors of Increases Among Children and Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(3), 195-200. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.10.011>

Soaptest voor jongeren

Silke Hoefkens en Merel Ophoff zijn beide stafmedewerker gezondheidsbevordering bij de Socialistische ziekenfondsen en pasten het Gedragswiel toe bij het bedenken van een nieuwe tool naar jongeren.

“We ontwikkelden een innovatieve tool om onze gezondheidsboodschappen over mentaal welzijn nog beter naar jongeren te kunnen overbrengen”, vertelt Silke. “Jongeren ervaren mentale druk op veel verschillende vlakken en dat heeft een impact op hun mentaal welzijn. Dit bleek ook uit een enquête die de mutualiteit deed bij jongeren tussen 18 en 25 jaar. Prestatiedruk, keuzestress en sociale media zijn bijvoorbeeld zaken die een impact hebben op het mentaal welzijn van jongeren. Het doel van dit project was om jongeren een aantal praktische tips aan te bieden om met de mentale druk die ze ervaren, om te gaan.”

Merel vult aan: “Het is moeilijk om jongeren te bereiken, dus was het een kwestie om te communiceren daar waar zij zijn: online, op sociale media. We ontwikkelden samen met een communicatiebureau een tool die op een engagerende en interactieve manier jongeren kan bereiken. Dit kreeg de vorm van een ‘soap’ bestaande uit 9 afleveringen. In deze soap zijn 5 jongeren te zien die hun dagelijkse struggles bespreken. Na elke aflevering kan de kijker interageren door een vraag in de stijl van ‘What Would You Do?’ te beantwoorden. Aan het einde van de soap krijgen de kijkers bijpassende tips om hun mentaal welzijn een boost te geven.”

Het project is te bekijken op
www.gewoonmezelf.be.



Silke Hoefkens
Stafmedewerker
gezondheidsbeleid
bij de Socialistische
ziekenfondsen

“Het Gedragswiel biedt houvast bij het ontwikkelen van een tool omdat het duidelijk, volledig en gemakkelijk in gebruik is. Vooral in de eerste fases van ontwikkeling is het handig om het achter de hand te hebben en op terug te vallen.”

5 vrienden, 9 dilemma's WHAT WOULD YOU DO?



Bingewatch de hele soap en krijg praktische tips op maat van jouw antwoorden.

www.gewoonmezelf.be



SOCIALISTISCHE MUTUALITEIT
BRABANT



Bond Moyson

DE  VOORZORG



De VoorZorg



Merel Ophoff
Stafmedewerker
gezondheidsbeleid
bij de Socialistische
ziekenfondsen

“Het Gedragswiel geeft een mooi overzicht en maakt het gemakkelijker om in functie van ons doel de aspecten eruit te halen die het belangrijkste zijn. Zo zijn bijvoorbeeld sociale normen over hulpzoekend en hulpverlenend gedrag, of het nemen van een pauze wanneer je veel stress ervaart, zaken die in de tool naar voren komen.”

“Om ervoor te zorgen dat er zoveel mogelijk facetten van gedrag aan bod komen in de tool, hebben we het Gedragswiel gebruikt”, zegt Silke. Zij leerde het Gedragswiel al kennen door deel te nemen aan de werkgroep die hielp bij de ontwikkeling en implementatie van het Gedragswiel. “Het is echter niet altijd mogelijk om alle aspecten even hard te belichten. De innovatieve tool werd daarom afgestemd op resultaten uit een enquête die we hebben gedaan bij de doelgroep. Ook bij het opstellen van de enquête hebben we rekening gehouden met de verschillende aspecten van het Gedragswiel. We hebben bijvoorbeeld verschillende vragen gesteld over de context waarin jongeren leven.

Het is een meerwaarde om op een gestructureerde manier de verschillende invloeden op gedrag te bekijken. Zodoende kom je tot een beter beeld van wat er speelt en wat je kan doen. Op deze manier zie je dingen minder snel over het hoofd.”

Ten slotte nog deze vraag aan Silke en Merel: Zijn jullie overtuigd om het Gedragswiel ook in toekomstige projecten te gebruiken als hulpmiddel? “Dat doen we. Bij nieuwe projecten gebruiken we het Gedragswiel om te checken dat we een zo volledig mogelijk beeld hebben, voordat we specifieke acties gaan uitwerken.”

HET PAD EFFENEN VOOR GEZONDE(RE) VOEDING: HOE? ZO!

Binnen het team voeding van het Vlaams Instituut Gezond Leven worden verschillende acties en methodieken ontwikkeld om de Vlaming aan te moedigen om gezonder te eten. De **voedingsdriehoek** is daarbij het kompas en informeert Vlamingen over wat gezond eten nu precies is.



“Maar de voedingsdriehoek alleen zal er niet voor zorgen dat Vlamingen gezonder zullen eten”, vertelt Jolien Plaete, stafmedewerker voeding bij Gezond Leven.

“Want er bestaat niet één methodiek die op alle determinanten van gedrag kan inwerken. De voedingsdriehoek zet sterk in op het verhogen van kennis omtrent gezonde voeding, maar om die kennis om te zetten in gedrag, is er meer nodig.

Daarvoor ontwikkelen we bijkomende projecten en methodieken die erop gericht zijn om gezond eten gemakkelijker te maken. We doen dit ook op maat van specifieke settings (vb. onderwijs, werk, bijzondere jeugdzorg ...) en doelgroepen (vb. mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie, ouderen, werknemers ...).

Voorbeelden daarvan zijn:

- het receptenplatform en de app '**Zeker Gezond**';
- samenwerking met partners voor het project '**Oog voor lekkers**' waarbij scholen gezonde dranken en tussendoortjes aangeboden krijgen maar ook educatieve materialen om in de klas te gebruiken;
- de online tool **mijngezondleven.be** die inzet op het versterken van competenties zoals zelfregulatie van het eigen eetgedrag;
- richtlijnen en ondersteunende materialen voor een evenwichtig voedingsaanbod in sociale voedselvoorzieningen (binnenkort online);
- **nudgingmaterialen** om bezoekers van bedrijfs- en studentenrestaurants toe te leiden naar het gezonde voedingsaanbod.



Jolien Plaete

*Stafmedewerker gezonde voeding
bij het Vlaams Instituut Gezond Leven*

“Elke methodiek die we ontwikkelen, speelt in op bepaalde elementen van het Gedragswiel en het is de mix van al deze strategieën die maakt dat duurzame gedragsverandering mogelijk wordt.”

Webteksten over eetgedrag

Het team van Jolien werkte **verschillende webteksten** uit waarin gedragsinzichten toegepast worden op eetgedrag. Op die webpagina's komen surfers meer te weten over (hun eigen) eetgedrag, waardoor dit beïnvloed wordt en hoe ze het kunnen veranderen. "We bieden de teksten aan volgens de opbouw van het Gedragswiel", vertelt Jolien. "Zo vind je er informatie en tips over budgetvriendelijk koken, voedingsetiketten interpreteren, doelen stellen ... die de competenties van mensen kunnen versterken.

Tegelijk reiken we technieken aan om met bepaalde automatische drijfveren om te gaan, zoals food cravings, stress en ongezonde gewoontepatronen. Verder is het plaatsen van de voedselomgeving binnen dit model een belangrijke oefening geweest. We kunnen Vlamingen nog zo goed informeren over gezond eten, de context waarin ze leven - en eten - heeft een grote invloed. Zo is er het alom vertegenwoordigde aanbod van ongezonde voeding onderweg, in de winkel, op het werk, kindermarketing en reclame voor ongezonde voeding ... En ook sociaal-culturele invloeden zoals groepsdruk of afleiding tijdens het eten mogen we niet vergeten." **Zie figuur pagina 53.**

[Home](#) - [Thema's](#) - [Voeding](#) - Zo verander je je eetgedrag

ZO VERANDER JE JE EETGEDRAG

Gezond eten ... Gewoon een kwestie van doen? Het is iets complexer dan dat. Want verschillende factoren bepalen ons eetgedrag. Sommige hebben we zelf in de hand, andere helemaal niet en met nog andere kunnen we leren omgaan. Hier vind je concrete tips en tools om gezonder te eten.

Om gezond te gaan eten, zijn **3 dingen** noodnoodig volgens het **Gedragswiel**: (1) **competenties**, (2) **drijfveren** en (3) **de juiste voedselomgeving**. Klinkt dat Chinees? Hier wordt het zo klaar als een klontje.



Gezonder eten: dit moet je weten en kunnen

Om gezond te eten moet je weten wat het is en hoe je dat doet. Maar ook verschillende vaardigheden zijn een must: van voedingsetiketten interpreteren over het kopen van budgetvriendelijke voeding tot het inplannen van gezonde eetmomenten. En wij helpen je daarbij.



Zo blijf je gemotiveerd om gezonder te eten

Je belangrijkste drijfveer om gezonder te eten? Het feit dat je dat wilt! Toch overvalt je soms een onweerstaanbare trek in iets ongezonds of steken food cravings de kop op. Onbewust. We leren je hoe je daarmee omgaat en met een boogje langs de valkuil van emo-eten loopt.



Je omgeving speelt ook een rol

Je zit niet op een eilandje met je wil om gezonder te eten. Anderen doen misschien met je mee en dat motiveert je. Snoepautomaten of reclame voor ongezonde snacks doen het omgekeerde. Onze tips om hiermee om te gaan en mindful te blijven eten wapenen je daarom.



Gedraginsichten bij de ontwikkeling van nieuwe methodieken

Om Vlamingen te inspireren en te helpen bij het klaarmaken van gezonde en lekkere maaltijden ontwikkelde Gezond Leven de **app en website 'Zeker Gezond'**.

Het Gedragswiel werd daarbij als kader gebruikt voor de literatuurstudie. We gingen op zoek naar wetenschappelijke evidence over de verschillende soorten determinanten, en over gedragsveranderingstechnieken die geschikt zijn om daarop in te spelen. Om de kenmerken van de verschillende doelgroepen in kaart te brengen, werkten we aan de hand van persona's. Met de applicatie spelen we gericht in op drempels als beperkte kookvaardigheden of budget, gebrek aan tijd of inspiratie door meer dan 1.000 recepten aan te bieden met eenvoudige en betaalbare ingrediënten.



Foto: leerlingen van een van de deelnemende scholen bouwden, in het kader van het project 'Snack & Chill' een bar waar zij zelf gezonde dranken en tussendoortjes serveren aan hun medestudenten.

“Als we een project uitwerken, starten we altijd vanuit gedragsinzichten”, zegt Laura Vandeweghe, stafmedewerker voeding bij Gezond Leven. “Bij **Snack & Chill**, het project waar ik voor instaat, hebben we bijvoorbeeld al in het begin leerlingen uit het secundair onderwijs bevraagd over de determinanten die aan de basis liggen van het kiezen voor (on)gezonde dranken en tussendoortjes. De analyse leerde ons dat, als we leerlingen willen motiveren om meer te kiezen voor gezonde dranken en tussendoortjes, de focus vooral op de context moest liggen en niet op het versterken van competenties.

Want jongeren weten maar al te goed dat fruit en groenten gezond zijn. En ze willen vooral niet het gevoel krijgen dat iemand hen de les spelt (“Eet fruit en groenten, want die zijn gezond!”), anders krijg je een averechts effect. Bied de gezonde snacks aan in een gezellig kader, op een ongedwongen manier, en aan een lage prijs. Voeg daar nog wat leerlingenparticipatie aan toe, en de rest komt vanzelf.” En zo werd Snack & Chill geboren.

“We vertrekken altijd vanuit het Gedragswiel als we nieuwe projecten uitwerken. Zo weten we welke gedragsfactoren we moeten meenemen binnen de methodiek.”

Laura Vandeweghe
Stafmedewerker
gezonde voeding
bij het Vlaams Instituut
Gezond Leven



En verder?

“Het Gedragswiel vat de complexiteit van gedragsverandering op een bevattelijke manier samen”, zegt Jolien. “Daardoor kunnen we het verhaal van gedragsverandering eenvoudiger te schetsen in bijvoorbeeld vormingen, adviezen of materialen waarin we dit willen toelichten. We pasten het Gedragswiel ook toe in een vorming over voedselverleidingen, en in een vorming voor onderwijs over hoe voeding geïntegreerd kan worden in de basisoptie Maatschappij en Welzijn volgens de leerplandoelen. Ook staat het vermeld in het educatief pakket ‘Lekker Gezond’ over gezond eten naar lager onderwijs.”

“Daarnaast is het Gedragswiel sterk wetenschappelijk onderbouwd en dekt het ‘de volledige lading van gedragsdeterminanten’, zowel op individueel niveau als op omgevingsniveau. Door het model als houvast te nemen, loop je niet de kans om belangrijke determinanten te vergeten en verwacht je niet dat ‘je er wel zal komen met 1 methodiek’. Op die manier helpt het ons ook binnen het team voeding om een aantal ‘gaps’ te identificeren waar wij en onze partners in de toekomst nog verder dienen op in te zetten.

In de toekomst willen we het Gedragswiel verder integreren in opleidingen en teksten om verschillende methodieken en acties meer te kunnen kaderen binnen gedragsverandering. Ook bij de ontwikkeling van nieuwe methodieken zullen we het model verder als leidraad gebruiken voor de determinantenanalyse.”

OOK ZIJ GINGEN AAN DE SLAG MET HET GEDRAGSWIEL ...

“De afgelopen tien jaar is het wetenschappelijke inzicht gegroeid dat het risico op dementie significant verlaagd kan worden door een gezonde leefstijl op middelbare leeftijd. Een stimulans voor het Expertisecentrum Dementie om ook preventief te gaan werken. Bewustwording over preventie van dementie was onze eerste uitdaging, want onderzoek toont aan dat deze inzichten nog niet gekend zijn door de westerse bevolking.

Met steun van het Vlaams Instituut Gezond Leven en hun Gedragswiel gingen we aan het plannen en zoeken, en daaruit ontstond onze SaniMemorix-campagne (2018-2019). Met succes: **uit de nameting bleek 10% van de bevolking extra op de hoogte te zijn van de relatie tussen gezonde leefstijl en het risico op dementie.** Een aanleiding om na te denken over andere toekomstige campagnes.”



Jan Steyaert

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen & Universiteit Antwerpen

“Binnen de opleiding logopedie en audiologie aan de Arteveldehogeschool in Gent vinden we het belangrijk dat onze studenten kennismaken met gezondheidsbevordering. **Het Gedragswiel illustreert in dat opzicht op een toegankelijke manier dat het gedrag dat een cliënt stelt, het gevolg is van heel wat verschillende factoren. Als toekomstig audioloog kan het een handig hulpmiddel zijn om een bepaalde gedragsverandering bij een cliënt te faciliteren.**

Momenteel onderzoeken wij welke gedragsdeterminanten aan de basis van non-use van gehoorbescherming liggen aan de hand van het Gedragswiel. Dit model integreert meerdere wetenschappelijke inzichten en besteedt veel aandacht aan de context, wat voor ons thema best vernieuwend is. Het Gedragswiel vinden we zo handig omdat het begrijpelijk is voor iedereen en daardoor toegankelijk is voor meerdere actoren.”

Hanne Messely

*Onderzoeker preventieve audiologie
aan de Arteveldehogeschool in Gent*



“In onze opleiding wordt het Gedragswiel als voorbeeld gegeven van een methodiek waarmee je gezondheidsbevorderende projecten op een planmatige manier kan uitwerken en implementeren. **Een sterkte van het Gedragswiel is dat het makkelijk te hanteren valt, wat de drempel minder hoog maakt om toch gestructureerd en planmatig te werken.** Het doel is dan ook dat studenten hier in de praktijk echt mee aan de slag gaan. Doordat het vlot in gebruik is, vermoeden we dat ze hier in hun latere carrière ook effectief verder mee aan de slag zullen gaan.”

Evelyne Lagrou

Coördinator van de bacheloropleiding Toegepaste Gezondheidswetenschappen aan Howest hogeschool en lid van de academische stuurgroep van het Gedragswiel



“De verpleegkundige van morgen moet in staat zijn om de meest belangrijke en veranderbare determinanten van gedrag te kunnen bepalen bij de zorgvrager. **Het Gedragswiel is een ideale tool om die gedragsdeterminanten in kaart te brengen omdat het zowel het individu als de context in rekening brengt.** Het model laat ook ruimte voor de onvoorspelbaarheid van gedrag. Studenten verpleegkunde slagen erin om aan de hand van het Gedragswiel een mix van strategieën te bepalen die afgestemd is op de gedragsdeterminanten.”

Geert Peeters

Lector binnen de opleiding Verpleegkunde aan Thomas More hogeschool, Campus Lier



“Als stafmedewerker tabak sta ik in voor verschillende projecten die preventie van rookgedrag als doel hebben: **Jouw huis, mijn werkplek**; Rookvrije plekken voor kinderen; **Rookvrije start** ... Vóór de ontwikkeling van het Gedragswiel stonden we binnen ons team ook al stil bij determinanten van rookgedrag, maar nu hebben we echt een duidelijk kader om daar informatie over te gaan opzoeken en om te rapporteren. In het project **Bullshit Free Generation** verzamelde collega Eline De Decker heel wat wetenschappelijke evidence over rookgedrag bij jongeren, maar ook over drempels voor implementatie bij leerkrachten. Het Gedragswiel was een tool om die informatie te ordenen.

Ikzelf ging ermee aan de slag voor één van onze **webteksten**. Het Gedragswiel bood een kader om oorzaken van ‘beginnen roken’ bij jongeren te clusteren en daarover te communiceren naar het algemene publiek. Er kwam ook meer diepgang in de tekst, doordat we getriggerd werden om ook andere gedragsdeterminanten te gaan bekijken in functie van rookgedrag. Vooral de voorbeelden in het **overzicht van gedragsdeterminanten** uit het Gedragswiel vond ik daarbij zeer handig. Binnen team tabak gebruiken we het Gedragswiel dus vooral voor het bepalen van gedragsdeterminanten, maar ik zie het ook zo dat het evenwel kan dienen bij evaluaties van projecten. **Voor mij persoonlijk is het Gedragswiel een handige tool die nog verder en breder mag uitgedragen worden in de toekomst.”**

Dries Vandenbempt

Stafmedewerker tabak bij het Vlaams Instituut Gezond Leven



“De bacheloropleiding Verpleegkunde van hogeschool Vives zet volop in op gedragsinzichten en gezondheidsbevordering. In 2020 herwerken Inge Paesbrugghe en haar collega's de syllabus voor de eerste- en tweedejaarsstudenten, waarin verpleegkundigen in spe kennismaken met de theorie van Intervention Mapping Protocol en met gezondheidspromotie. “Een zicht krijgen op gedragsdeterminanten die de gezondheid beïnvloeden, lijkt soms een complex en abstract gegeven voor onze studenten verpleegkunde. Het Gedragswiel vormt vanaf dit academiejaar mee de basis van deze leerstof, en zal studenten helpen de theorie om te zetten in praktijk. In het tweede jaar zullen studenten immers zelf een gezondheidkundige interventie uitwerken in het werkveld. **Alles wat studenten vroeger moesten zoeken binnen de sociaal-cognitieve gedragsveranderingsmodellen en sociaal-ecologische modellen, vinden ze nu terug binnen één overkoepelend model. Een duidelijke vereenvoudiging!”** De vernieuwde syllabus wordt vanaf academiejaar 2020-21 gedoceerd aan hogeschool Vives, op de campusen Brugge, Kortrijk en Roeselare.”

Inge Paesbrugghe
Lector aan hogeschool Vives



“In de bacheloropleiding Verpleegkunde geef ik samen met collega's les binnen de leerlijn ‘de duurzame verpleegkundige’. In de leerlijn wordt veel aandacht gespendeerd aan gezondheidsbevordering en preventie en ligt de focus op het toepassen van inzichten in de verpleegkundige praktijk. Het Gedragswiel wordt doorheen de vier opleidingsjaren gebruikt in de lessen gezondheidsbevordering. In de eerste jaren ligt de focus op de analyse van gezond en ongezond gedrag en op gedragsveranderingstechnieken. Daarna wordt het model verder uitgediept en toegepast binnen reëel projectwerk, in samenwerking met gezondheidszorginstellingen.

Wij integreren het Gedragswiel van Gezond Leven in onze lessen omdat het model eenvoudig hanteerbaar is. Enerzijds laat het toe om een globaal beeld te schetsen van de determinanten die gedrag beïnvloeden. Anderzijds kunnen we op verdiepend niveau in detail de determinanten analyseren en gedragsveranderingstechnieken selecteren om concrete acties uit te werken. **De visuele voorstelling van de tandwielen ‘gedrag’ en ‘gezondheid’ zorgt ervoor dat studenten snel het verband tussen specifiek gedrag en gezondheidsproblemen inzien.** Ons plan is om dit model verder te hanteren binnen de lessen en de studenten warm te maken om er in de praktijk mee aan de slag te gaan.”

Sara Depotter

Lector aan de Arteveldehogeschool en lid van de academische stuurgroep van het Gedragswiel



“Met het Gedragswiel kwam ik al heel vroeg in aanraking, als lid van het interne projectteam dat de eerste stappen zette richting een Vlaams gedragsmodel. Voordien was er een onvoldoende uniforme visie op gedragsmodellen (vb. het ASE-model) en waren gedragsinzichten onvoldoende gekend of toegepast binnen de sector van gezondheidsbevordering. Het Gedragswiel komt daaraan tegemoet, al is nog meer implementatiekracht nodig om de toepassing ervan – en van gedragsinzichten in brede zin – te gaan boosten.

Binnen het team beweging en sedentair gedrag wordt het Gedragswiel vooral gebruikt als analysekader voor beweeg- en zitgedrag, wat we bijvoorbeeld toepassen in vormingen aan intermediairs. Het wiel leent zich dan goed om missing links tussen probleemanalyse en interventie-ontwikkeling deels op te vullen.

Recent werd het Gedragswiel als kader gebruikt voor de opmaak van het nieuwe beleidsplan VBSO (voeding, beweging, sedentair gedrag) 2021-2025, als antwoord op de oproep voor de Partnerorganisatie VBSO. **De 3-ledigheid van het model liet toe om aanvankelijk complexe inzichten met betrekking tot gedragsdeterminanten en bijhorende actieplannen te bundelen op een visueel eenvoudige en gestructureerde wijze. Dat komt een efficiënte communicatie naar de overheid ten goede.**

Idealiter komt er de volgende jaren nog meer nadruk op de toepassingsmogelijkheden van het Gedragswiel voor implementatie. Nu wordt het model vooral gebruikt voor de analyse van gezondheidsgerelateerd gedrag, maar het kan evengoed toegepast worden op het gedrag van intermediairs, om drempels en hefboomen voor implementatie beter te gaan begrijpen.”



Ragnar Van Acker

Senior stafmedewerker inhoudelijke coördinatie beweging en sedentair gedrag bij het Vlaams Instituut Gezond Leven

DEEL 3

**Experten aan
het woord**



DRIJFVEREN VOOR EEN GEZOND LEVEN

Minder moe zijn, meer met de kinderen kunnen spelen, beter met stress om kunnen, afvallen ... **Drijfveren zijn allesbepalend voor de keuzes die we maken en het gedrag dat we stellen.** Zonder motivatie geen gedrag en geen gedragsverandering. Maar hoe werken drijfveren precies? Vanwaar komen ze? En hoe beïnvloeden ze ons gedrag?

Autonome en gecontroleerde drijfveren

Maarten Vansteenkiste, motivatie- en ontwikkelingspsycholoog en professor aan de Universiteit van Gent, doet al jarenlang onderzoek naar de werking van motivatie. Hij vertelt ons over de verschillende soorten drijfveren volgens de zelfdeterminatietheorie (Ryan & Deci, 2017).

Prof. Vansteenkiste legt uit dat je iets kan doen vanuit verschillende soorten drijfveren: omdat je het plezierig of interessant vindt (interesse-gedreven), omdat je het vindt passen bij wie je bent, je identiteit en waarden en normen (waarde-gedreven), of omdat je het nut ervan inziet, het zinvol vindt (nut-gedreven). Denk bijvoorbeeld aan het dragen van een mondkapje op de trein. Vrijwel niemand zal dit plezierig vinden (interesse-gedreven), maar mensen doen het wel omdat ze inzien dat dit het besmettingsgevaar vermindert (nut-gedreven), of omdat ze zichzelf willen kunnen zien als iemand die verantwoordelijk is en anderen beschermt (waarde-gedreven).

Hoe dan ook zorgen deze 3 soorten drijfveren voor een **autonome of vrijwillige motivatie**.

Je staat aan het roer van je eigen handelen en voert activiteiten, gedragingen uit op een vrije en niet-dwingende wijze. En dat voelt goed. Het 'waarom' van het gedrag ligt meer bij de persoon zelf, die er de eigenaar van is. Omdat het gedrag beter verankerd is in de persoon, kost het minder moeite en wordt het langer volgehouden.

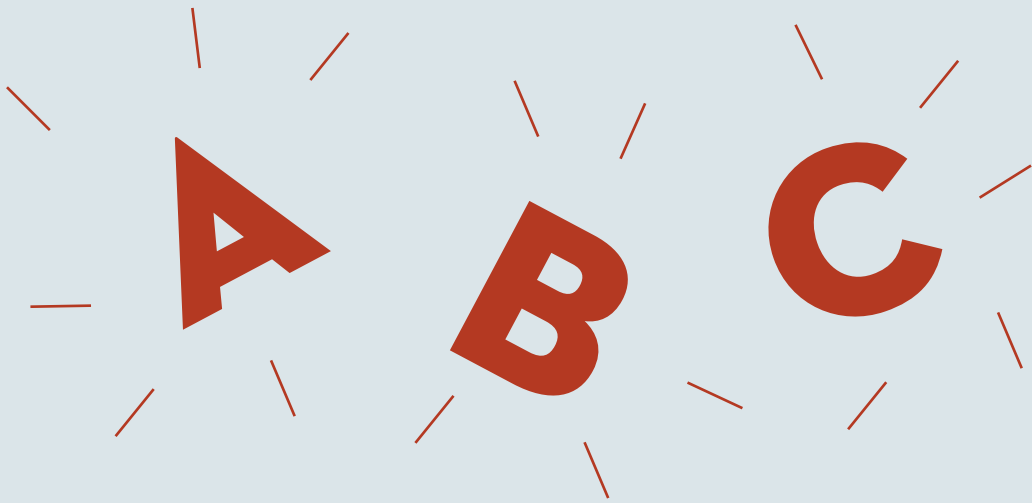
"Aan de andere kant van het spectrum heb je de **gecontroleerde drijfveren**", vertelt prof. Vansteenkiste. "Iets doen omdat je moet van jezelf (interne druk) of omdat anderen dit van je verwachten (externe druk). Denken we terug aan het voorbeeld van het mondkmasker, dan zou dit betekenen dat mensen dat dragen omdat ze zich anders schuldig zouden voelen, omdat ze vrezen bestraft te worden, of omdat ze de kritiek van anderen vrezen."

Dit soort drijfveren motiveert ook, maar ze getuigen van een 'MOETivatie'. En bij dit soort motivatie weten we dat het stellen van gedrag veel mentale energie vraagt en minder voldoening geeft. De persoon staat slechts halfslachtig achter het gedrag, want het voelt niet als 'van de persoon zelf'. Zeker als het individu door allerlei individuele of context-factoren op de proef wordt gesteld, wordt het gedrag sneller opgegeven: de zelfbeheersing stuikt in elkaar.



Maarten Vansteenkiste
*Motivatie- en ontwikkelingspsycholoog
aan de Universiteit Gent*

"Een te grote nadruk op het 'moeten' opvolgen van een aanbeveling, kan bij mensen de motivatie doen doorslaan in MOETivatie. Het stellen van het gevraagde gedrag vraagt dan (te) veel mentale energie en men heeft de neiging om op te geven."



Een sterke motivatie via het **abc van motiveren**

“Wanneer je gedrag gaat veranderen, loont het dus wel de moeite om na te gaan welke drijfveren mensen ervaren om het gewenste gedrag te stellen”, onderstreept Lien Van der Biest, gezondheidspsychologe en stafmedewerker algemene gezondheidsbevordering aan het Vlaams Instituut Gezond Leven. “Maar ook om je eigen communicatie naar de doelgroep zo vorm te geven dat deze een vrijwillige motivatie en geen MOETivatie ontlokt. Dat kan je doen door de 3 psychologische basisbehoeften van mensen te ondersteunen, namelijk **autonomie, verbondenheid en competentie.**”

Autonomie-ondersteunend communiceren kan je doen door niet dwingend, maar open en erkentelijk te zijn voor de mogelijkheden en wensen van de doelgroep. Door toestemming te vragen om gezondheidsadvies te geven, uit te leggen waarom je bepaalde gedragsveranderingen voorstelt, of de persoon zelf voor hem/haar relevante en betekenisvolle doelstellingen te laten vooropstellen.

Verbondenheid kan je creëren door de persoon in contact te brengen met anderen (vb. lotgenoten) en te stimuleren om steun te verlenen aan anderen, en door op een waarderende en betrokken manier te communiceren, of rolmodellen in te schakelen waarmee de doelgroep een zekere connectie voelt.

De behoefte aan competentie kan ondersteund worden door uitdagende maar haalbare doelstellingen voorop te stellen, die in te delen in meerdere kleine doelen, minisucceservaringen te benoemen en duidelijke (niet-chaotische) feedback te geven over de voortgang van de gedragsverandering.

Hoe meer je de behoefte aan autonomie, verbondenheid en competentie van mensen ondersteunt, hoe meer je hun vrijwillige motivatie triggert. En dat geeft aanleiding tot duurzame gedragsverandering. Ondersteun je het abc van mensen niet, dan krijg je een MOETivatie of zelfs demotivatie.

Lees meer over **motiveren volgens het abc van de zelfdeterminatietheorie.**



Automatische en reflectieve drijfveren

“Een andere manier om naar drijfveren te kijken, heeft te maken met de mate waarin we controle hebben over onze eigen drijfveren”, vertelt Lien Van der Biest nog. “Hoewel we het zelf zo aanvoelen dat we bewust keuzes maken (met betrekking tot gezondheid) en we daar rationele argumenten voor hebben, heeft onderzoek aangetoond dat **veel van ons gedrag eerder impulsief en automatisch tot stand komt**. Iemand rookt bijvoorbeeld omdat hij of zij zenuwachtig is, omdat het een gewoonte is om na elke maaltijd een sigaret op te steken, of omdat men bij vrienden is die het ook doen. Onderzoek toonde zelfs aan dat we meer geneigd zijn om voedingsmiddelen te kopen wanneer we blootgesteld worden aan de geur van brood in de supermarkt.”

Kahneman ontving in 2002 de Nobelprijs voor onderzoek dat aantoont dat er grofweg 2 systemen zijn in het menselijke denken: systeem 1 en systeem 2 (zie ook: dual systems theory en Kahnemans boek ‘Thinking, fast and slow’ uit 2011). Het **systeem 2** gebruiken we om bijvoorbeeld een rekenoefening te maken. Je pakt dat stapsgewijs en bewust redenerend aan, het kost inspanning en je houdt het maar voor een beperkte tijd vol. Dat systeem maakt gebruik van de – evolutionair gezien – meer ontwikkelde delen van onze hersenen.

Hoewel het **systeem 2** erg zinvol is om complexe taken aan te vatten, zorgt het systeem 1 ervoor dat we moeiteloos doorheen de dag kunnen laveren. Het systeem 1 is primitiever en maakt gebruik van allerlei eenvoudige vuistregels om vlotter te kunnen denken en doen. Denk maar aan het vormen van een eerste indruk over iemand die je leert kennen. Je doet dat niet bewust, het kost geen moeite, en het verloopt niet volgens procedures of stappen. Onderzoek heeft aangetoond dat ons gedrag in een veel grotere mate bepaald wordt door het automatische systeem 1 dan het reflectieve systeem 2.

Wat heeft dit alles te maken met onze gezondheid? Wel, de vuistregels waar dat systeem 1 gebruik van maakt (gewoonten, schattingen, stereotypen ...) zijn handig en tot op zekere hoogte accuraat, maar ze kunnen ons soms in richtingen sturen die niet in lijn liggen met wat we bewust willen nastreven. Zo kan het systeem 1 ervoor zorgen dat we in de supermarkt gelokt worden tot die aantrekkelijke, makkelijk grijpbare en vaak ongezonde voedingsmiddelen; dat we onze kans om een virus te krijgen onderschatten wanneer wij of onze naasten er nog niet eerder mee in aanraking kwamen; of dat we impulsief een overnachting boeken wanneer de boekingsite ons nerveus maakt over de ‘laatste kamer!’ die nog ‘net bekeken werd door 5 anderen!’ en die ‘nog 17 minuten te boeken is aan het voordeeltarief!’.

De verschillende soorten drijfveren op een rij

Zowel de zelfdeterminatietheorie als de dual systems theory (systeem 1 en 2) schuiven verschillende soorten drijfveren naar voor: hetzij reflectief of automatisch, hetzij autonoom of gecontroleerd. Onderstaande tabel toont via enkele voorbeelden aan hoe deze soorten drijfveren zich verhouden ten opzichte van elkaar.

Voorbeelden van soorten drijfveren voor gedragsverandering

	REFLECTIEF	AUTOMATISCH
AUTONOOM “IK WIL ...”	Geert schrijft zich in voor een wandelclub omdat hij op zoek is naar een manier om terug mobiel te worden en sociaal contact te hebben na een langdurige revalidatie.	Petra neemt uit gewoonte een groenteslaatje en een stuk fruit bij haar lunch. Hoewel ze hier niet telkens meer bij stilstaat, is gezonde voeding iets wat zij wel belangrijk vindt.
GECONTROLEERD “IK MOET ...”	Wim klopt bijna dagelijks overuren omdat hij ervan overtuigd is dat dit verwacht wordt van een leidinggevende en hij het ook verschuldigd is aan zijn collega’s die ook overwerkt zijn.	Carla kan het huis niet verlaten zonder het gasfornuis en alle deuren 3 keer te controleren. Ze vindt dit erg vervelend, maar moet dit doen van zichzelf.

Waar Geert en Wim hun gedrag stellen om een weloverwogen reden, komt het gedrag van Petra en Carla vrijwel automatisch tot stand. Geert en Petra stellen hun gedrag (inschrijven voor een wandelclub en groenten en fruit opscheppen) vanuit autonome drijfveren, wat hun motivatie en welzijn ten goede komt en perspectief biedt voor gedragsbehoud. Maar Wim en Carla voelen zich niet ‘vrij’ in hun gedrag en ervaren stress, spanningen en negatieve gevoelens ten aanzien van zichzelf. Daarbij voelt Wim ook dat anderen hem onder druk zetten. Hoewel beiden er alles aan doen om hun gedrag (overuren kloppen, het huis overmatig controleren) vol te houden, is de kans reëel dat Carla en Wim op termijn

minder goed zullen functioneren omwille van de mentale energie die het volhouden van hen vraagt.

Drijfveren komen er dus in alle soorten en maten, en ze beïnvloeden onze kwaliteit van motivatie én ons gedrag zelf op verschillende manieren. Hoewel meerdere soorten drijfveren uiteraard aan de basis kunnen liggen van een gedrag, loont het om hier als gezondheidsbevorderaar inzicht te hebben in de drijfveren van de doelgroep. Zowel de drijfveren om gezond gedrag te stellen als om dat niet te doen, of om andere doelen na te streven die mogelijk haaks staan op het aanbevolen gezondheidsgedrag.

Inspelen op de verschillende soorten drijfveren

Met het Gedragswiel streven we ernaar om gezondheidsprofessionals eraan te herinneren stil te staan bij drijfveren en deze actief te gaan bevragen of onderzoeken bij de doelgroep. Gewapend met die inzichten kunnen zij gericht en onderbouwd vorm geven aan communicatieboodschappen, gezondheidscoaching, lokale acties of brede preventiemethodieken.

In dit artikel las je over **automatische drijfveren** (emoties, gewoonten, triggers) die **reflectieve drijfveren** (rationele en logische argumenten, doelen en intenties) kunnen dwarsbomen en iemand kunnen gaan (ver)leiden richting ongezond gedrag. Het Gedragswiel belicht dit verschil in automatische en reflectieve drijfveren, zodat gezondheidsprofessionals daar bewuster (systeem 2 dus!) rekening mee kunnen houden. Door hun doelgroep te informeren over de manier waarop hun gedrag onbewust beïnvloed wordt door de omgeving, of manieren aan te reiken om dat zelf – in positieve zin – te gaan doen (vb. fruit en wandelschoenen in het zicht plaatsen). Maar ook om zulke ongezonde omgevingsinvloeden te gaan bestrijden via pleitbezorging of via acties die net het gezonde gedrag gaan uitlokken.

Denk maar aan **gezonde nudges** die aanzetten tot het nemen van de trap, het eten van fruit, het rechtstaan tijdens de werkdag.

De zelfdeterminatietheorie leert ons ook dat **gezondheidscommunicatie en preventiemethodieken best een vrijwillige motivatie aanspreken**. Of deze boodschappen en methodieken nu inspelen op reflectieve of op automatische drijfveren, het aanbevolen gedrag ligt best in lijn met de persoon die het zal uitvoeren en met zijn of haar persoonlijke drijfveren. Misschien geeft iemand die meer zou moeten bewegen weinig om de eigen gezondheidstoestand, maar wel om zijn hond, die wat vaker buiten zou willen zijn. Of is het meer bewegen een manier om uit de eenzaamheid te geraken en zich terug verbonden te voelen met anderen. Een advies aan gezondheidsbevorderaars die methodieken ontwikkelen en gezondheidsaanbevelingen communiceren is dus om telkens te zoeken naar autonome drijfveren en die te versterken, door behoefte-ondersteunend te communiceren. Lien Van der Biest: “Ontwikkelaars van campagnes en materialen moeten durven afstappen van het idee dat het uitgangspunt van preventieboodschappen ‘omdat het gezond is’ moet zijn. Zoek naar wat jouw doelgroep interesseert en belangrijk vindt, en speel daarop in. Alleen zo kan je de interesse opwekken van je doelgroep en oplossingen bieden die op maat zijn.”

EEN BREDE KIJK OP GEZONDHEIDS- ONGELIJKHEID

Over het belang van de context en gezondheidsvaardigheden

De context staat niet voor niets zo centraal in het Gedragswiel. De impact van de fysieke, sociaal-culturele, economische en politieke context op gedrag en gezondheid wordt nog te vaak onderschat. Maar ook gezondheidsvaardigheden zijn cruciaal om keuzes te kunnen maken die de gezondheid bevorderen of beschermen. “Het is een kwestie van prioriteiten stellen” of “het is de mensen hun eigen verantwoordelijkheid” zijn nog veel gehoorde reacties wanneer gehoopte resultaten niet behaald worden bij bepaalde doelgroepen. We gingen op pad en interviewden Veerle Vyncke. Zij werkt bij de Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC) rond sociale ongelijkheid, gezondheidspromotie en de studiedienst van de VWGC.

Veerle, fijn dat je de tijd neemt om een aantal ervaringen en verhalen met ons te delen. Kan je ons eerst wat meer vertellen over wat jij en je collega's proberen te bereiken binnen de Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)?



We werken hiervoor samen met andere partners op de eerste lijn. Onze voornaamste opdrachten zijn ondersteuning, belangenbehartiging en vertegenwoordiging van de wijkgezondheidscentra.

Wat is jouw rol daarin?

Jazeker. Als koepelorganisatie van 35 wijkgezondheidscentra wensen we bij te dragen aan een toegankelijke, toekomstgerichte en kwaliteitsvolle gezondheidszorg in Vlaanderen en Brussel. Ons doel is te streven naar **het realiseren van gezondheid als basisrecht voor allen en aan het verkleinen van sociale ongelijkheid in gezondheid.**

Mijn eigen takenpakket is breed en wisselt nogal op basis van de noden. Maar twee vaste waarden zijn: 1) het verzamelen en analyseren van data uit onze sector (vb. verband tussen het aantal consultaties en sociodemografische of gezondheidskenmerken van patiënten) en 2) het organiseren van thematische interviews omtrent gezondheidspromotie.

Wie kan er terecht in de verschillen- de wijkgezondheidscentra en wat bieden jullie precies aan?

Iedereen uit de buurt is bij ons welkom. Buurtbewoners kunnen bij ons terecht voor een 1-op-1-contact bij de huisarts, de verpleegkundige en enkele andere zorgverleners nadat zij zijn ingeschreven in het centrum. Daarnaast organiseren we projecten rond gezondheidspromotie (vb. laagdrempelige beweeglessen, groepswerking rond opvoeding van jonge kinderen) die zich richten op de hele buurt, dus ook op wie niet bij ons ingeschreven is. Wel zijn de meeste wijkgezondheidscentra actief in buurten waar meer mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie leven, dus we zien meer dan gemiddeld deze doelgroep.

Het verkleinen van gezondheidsongelijkheid staat centraal in jullie werking. Maar wat is gezondheidsongelijkheid precies?

Het zijn onrechtvaardige verschillen tussen groepen in de samenleving op het vlak van gezondheid, gezondheidsgedrag en levensverwachting. Die verschillen hangen samen met socio-economische kenmerken. Wie in een maatschappelijk kwetsbare positie verkeert, heeft minder kansen op gezondheidsvlak en zal vaker ongezond gedrag vertonen.

Hoe groot zijn deze verschillen?

De verschillen zijn enorm! We zien in België tot 20 jaren verschil in gezonde levensverwachting, vooral bij vrouwen. Die verschillen manifesteren zich in diverse leefstijlthema's. Zo is het risico op depressie 3 keer hoger bij laagopgeleiden dan bij hoogopgeleiden.

Er wordt beduidend minder gerookt bij de hoogstopgeleiden, wat geleidelijk stijgt naargelang het opleidingsniveau daalt. En in 2018 leden laag opgeleiden meer aan obesitas, in vergelijking met hoogopgeleiden (22% t.o.v. 12%). Ook algemeen komen chronische aandoeningen 2 keer zoveel voor bij laaggeschoolde mannen dan bij hooggeschoolde mannen en sterven zij gemiddeld 6 jaar eerder. (Bron: de gezondheidsenquête van 2018 van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid)

Hoe komen deze verschillen tot stand? Hoe komt het dat de ene persoon meer kansen heeft op een gezond leven dan iemand anders?

Deze verschillen zijn er al vanaf de geboorte. En ze worden door veel meer veroorzaakt dan eventueel ongezond gedrag. Er zijn sowieso de directe **blootstellingseffecten** van ongezonde omgevingen op de gezondheid, zowel wat betreft binnenmilieu (vb. schimmels, passief roken ...) als buitenmilieu (hitte, luchtverontreiniging, weinig groen ...), die mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties meer dan gemiddeld treffen.

Bovendien toont onderzoek aan dat **keuzes rond gezondheidsgedrag niet 'vrij' zijn**: ze worden niet gemaakt in een vacuüm, maar binnen een bepaalde context die het stellen van (gezondheids)gedrag stuurt en mee bepaalt. Voor personen in een maatschappelijk kwetsbare situatie gaat die context vaker gepaard met ongezond gedrag of gezondheidsrisico's. Denk bijvoorbeeld aan een persoon die perfect weet wat gezonde voeding is en ook gezond kán koken, maar woont in een huis zonder ingerichte keuken, onvoldoende financiële draagkracht heeft voor gezonde ingrediënten en/of energiekosten gelinkt aan koken ... **Daarom vind ik het heel positief dat deze contextfactoren een prominente plaats krijgen, bovenaan in het Gedragswiel.**

“De ongelijke kansen gaan voorbij aan de individuele verantwoordelijkheid van mensen, maar zijn echt een uiting van een maatschappelijk fenomeen.”

Veerle Vyncke - Vereniging van Wijkgezondheidscentra

Gezondheidsongelijkheid is dus een complex probleem. Misschien voor velen vrij abstract. Kan je iets meer vertellen over de problemen waarmee jullie bezoekers te kampen hebben?

Absoluut. Ik denk bijvoorbeeld aan **het verhaal van Ahmed**, een 49-jarige bouwvakker, en zijn vrouw en 4 kinderen (5, 10, 17 en 20 jaar oud) die in ons WGC in Kuregem terechtkwamen nadat Ahmed een beenbreuk opliep op het werk.

Ahmed werd door de ambulance van het werk naar spoed gestuurd, waar hij niet vermeldde – wegens beperkt taalgebruik – dat het om een arbeidsongeval ging. Ahmed verloor zijn job en kreeg niet de uitkering waar hij recht op had tijdens zijn ziekteverlof. Bovendien waren er vochtproblemen in zijn huis, dat nog moest afbetaald worden, maar door de opstapelende financiële druk bleef de noodzakelijke dakherstelling uit.

Wat later werd via het CLB longtuberculose ontdekt bij de zoon van 17 jaar. Na een korte opname in het ziekenhuis werd deze met een klassieke antibioticatherapie naar huis gestuurd. Een tijd nadien kwam een verpleegster langs van de VRGT (Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculose) voor opvolging, maar de patiënt was niet thuis. Hij had begrepen dat hij niet meer naar school moest gaan, en dat de vochtigheid in zijn ouderlijk huis de oorzaak was van zijn ziekte (en niet de blootstelling aan een bacterie).

Dit alles als gevolg van een tekort aan gezondheidsgeletterdheid (health literacy). De zoon leefde meer en meer op straat en kwam in een jeugdbende terecht.

Het is op dat moment dat de VRGT één van mijn collega's in het wijkgezondheidscentrum opbelde met de vraag of wij deze familie konden inschrijven. Het werd een lange weg waarbij de broer van 10 jaar ook besmet geraakte.

Het hele gezin was gedestabiliseerd: de moeder vertoonde tekenen van depressie, de vader begon tegen islamitische gewoonten in te drinken en het kleine zusje van 5 jaar werd naar het Bijzonder Onderwijs verwezen omdat de ouders gedacht hadden dat zij door televisie te kijken het Frans voldoende machtig zou zijn en niet naar de kleuterschool hoefde te gaan. De maatschappelijk assistente had 2 jaar nodig om samen met de huisarts de situatie enigszins te verbeteren, maar de toekomstperspectieven van alle kinderen waren grondig verstoord.

Veerle Vyncke vertelt het verhaal van Ahmed en zijn gezin. Een verhaal dat op een schrijnende manier blootlegt dat gezondheid voor de ene persoon veel toegankelijker is dan voor de andere. Hoewel gezondheid een basisrecht is voor ons allemaal, is de weg ernaartoe voor velen veel hobbeliger en met meer drempels bezaaid dan voor de anderen.



Hoe komt het dat het voor Ahmed en zijn gezin zo afliep, terwijl het voor anderen lang niet zo ver zou komen?

Dat komt door een samenloop van factoren die we ook terugvinden in het Gedragswiel. Er zijn enerzijds de beperkte **gezondheidsvaardigheden**: de taalkennis of geletterdheid, maar ook kennis over terugbetaling van medische kosten en vaardigheden die nodig zijn voor het aanvragen van een uitkering. Weten waar je terecht kan met bepaalde problemen en wie hulp of ondersteuning kan bieden. Dat noemen we gezondheidsvaardigheden, die vallen onder '**competenties**' in het Gedragswiel.

Maar het is meer dan dat. Je merkt duidelijk in het verhaal van Ahmed dat er verschillende **contextfactoren** zijn die de bal aan het rollen brengen. Er zijn de onvoorziene omstandigheden of tegenslagen, zoals in zijn geval het arbeidsongeval. Maar ook de woonkwaliteit, de financiële situatie en het sociale vangnet van de familie boden weinig kansen voor het gezin om hun gezondheid (en welzijn) te beschermen en te verbeteren.

Wat drijfveren betreft, zie je dat Ahmed, net zoals anderen, alles op alles wil zetten om zijn eigen gezondheid en die van zijn gezinsleden te beschermen. Maar door alle moeilijkheden die hij ervaart, maakt hij niet altijd de juiste keuze of kan hij die juiste keuze ook gewoonweg niet maken.

Zo had Ahmed destijds nog geen huisarts en ging hij telkens naar spoed wanneer hij of zijn gezin ziek waren. Vanuit het perspectief van Ahmed is een spoedopname interessanter dan een consultatie bij de huisarts. Want bij spoed moet je niet meteen betalen en heb je alle specialisten in de buurt. Daarin werd geen rekening gehouden met de gedeeltelijke terugbetaling van een consultatie bij de huisarts, net omdat mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie, zoals Ahmed, een kortetermijnperspectief hanteren. Vandaag overleven is de prioriteit, toekomstplannen op lange termijn zijn een onhaalbare luxe.

Het is ook moeilijk om de juiste zorg te vinden als je weinig of geen aanknopingspunten hebt met de medische wereld. De huisarts had bijvoorbeeld een essentiële rol kunnen spelen om het gezin te informeren in het voorkomen van verdere verspreiding van de infectie, en het eerder banale gezondheidsprobleem van Ahmed (simpele beenbreuk) verder op te volgen, met de financiële voordelen van het terugbetalingssysteem.

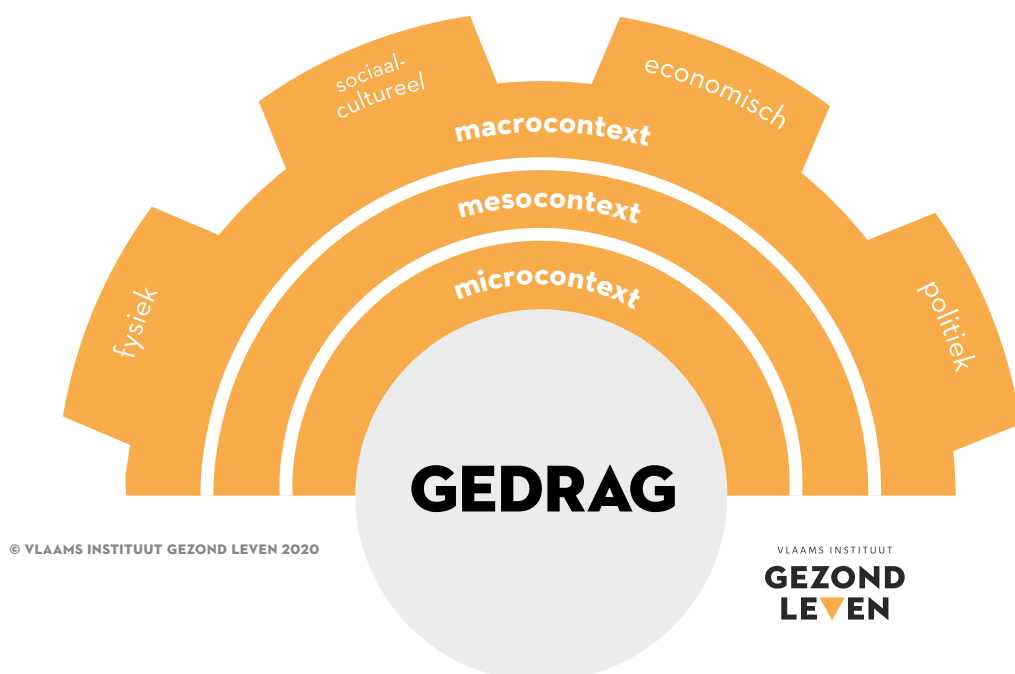
“Het Gedragswiel toont de complexiteit van gezonde keuzes en kan dus helpen om op zoek te gaan naar ‘de oorzaak achter de oorzaken’.”

Veerle Vyncke

- Vereniging van Wijkgezondheidscentra

Wat kunnen gezondheidsprofessionals doen om de kansen op gezondheid voor mensen zoals Ahmed te vergroten?

Het begint bij het erkennen van de verschillende gezondheidsdeterminanten die een rol spelen in de problematiek van gezondheidsongelijkheid. De gezondheidsvaardigheden en drijfveren, maar zeker ook de waaier aan contextfactoren (fysiek, sociaal-cultureel, economisch, politiek) die maken dat het stellen van gezondheidsgerelateerd gedrag vaak veel minder evident is. Die omgevingsinvloeden kunnen op een microniveau (vb. wat leeft in de vriendengroep) zitten, maar ook op een mesoniveau (vb. hoe de school omgaat met bepaalde problematieken) of een macroniveau (vb. betaalbaarheid van gezonde keuzes, politieke keuzes). Zie figuur hieronder.



Hulpverleners – zowel in curatieve als preventieve gezondheidszorg – vervullen hier natuurlijk een essentiële rol in. Zij kunnen **gezondheidsvaardigheden van mensen proberen te versterken** én hun communicatie aanpassen aan mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie. Bovendien moeten we die **contextfactoren zoveel mogelijk proberen aan te pakken**. Hetzij via kleinschalige lokale acties, zoals het organiseren van informatiesessies over een gezond binnenmilieu. Hetzij via grootschalige projecten waarin samengewerkt wordt met andere sectoren zoals woonbeleid, armoedebestrijding, werk enz. om bijvoorbeeld de woonkwaliteit in een buurt structureel te verbeteren (**Health in All Policies**). **Pleitbezorging** (naar de overheid) is een derde spoor, waarbij je knelpunten signaleert, middelen aanvraagt om projecten te kunnen opstarten en concrete aanbevelingen voor het beleid aanlevert. Maar de basis is toch om steeds het perspectief proberen in te nemen van mensen in een maatschappelijk kwetsbare situatie en vanuit hun leefwereld te zoeken naar haalbare oplossingen. Die brede kijk (en aanpak) zorgt ervoor dat je voor velen iets kan betekenen, maar ook dat mensen zich erkend voelen. Want het is enorm frustrerend om telkens aangesproken te worden op gedragsverandering als er tal van contextfactoren zijn die een ongezonde leefstijl uitlokken of in stand houden.

Wat doen de WGC om gezondheidsongelijkheid aan te pakken?

Gezien elk wijkgezondheidscentrum een specifiek werkingsgebied heeft, en ook een lijst met patiënten die zijn ingeschreven, is het duidelijk voor welke patiënten en buurt ze verantwoordelijkheid dragen. De medewerkers van elk centrum kennen de buurt dan ook door en door.

Een Wijkgezondheidscentrum in Gent merkte bijvoorbeeld dat hun patiënten meer dan gemiddeld met luchtwegklachten kampten. Op huisbezoeken kwamen ze vaak terecht in woningen in heel slechte staat, met veel vocht. **Gemeenschapsgericht werken** helpt ons omdat het scherp stelt welke problemen acuut zijn in onze buurt. Die aanpak vraagt vaak **samenwerkingen met lokale partners**: vzw's, stadsdiensten, buurtwerkers ... We investeren veel in deze samenwerkingen, en proberen bij te dragen aan een gedeelde visie op gezondheid in een buurt. Een visie die ook oog heeft voor de context van personen, en hoe die – direct of indirect – gezondheid soms schaadt.

Daarnaast zit **toegankelijkheid** echt in het DNA van een wijkgezondheidscentrum. Ons financieringsmodel (forfaitaire financiering) maakt dat patiënten gratis gebruik kunnen maken van zorgen van bv. de huisarts. De betaling voor de hulpverleners wordt rechtstreeks met het RIZIV geregeld. Medewerkers van de centra hebben ook veel expertise in laagdrempelig communiceren, het gebruik van tolken, en soms is er een intercultureel bemiddelaar om ondersteuning te bieden.

Ten slotte is het essentieel voor ons om **gezondheid ook echt integraal aan te pakken**.

Een stuk van onze financiering wordt bewust vrijgehouden voor maatschappelijk werk en we maken de keuze om een interdisciplinair team onder één dak – in één centrum – te vormen.

Wanneer een arts bv. zo'n complex probleem zoals dat van Ahmed tegenkomt, dan kan een collega met de nodige expertise de tijd nemen om samen met de patiënt te kijken naar de onderliggende oorzaken en hiervoor oplossingen proberen te zoeken. Zowel voor de patiënten als voor de medewerkers van het centrum is het een voordeel dat dit kan binnen één centrum, het zorgt ervoor dat je een persoon integraal kan benaderen (vanuit de verschillende levensdomeinen die een invloed hebben op zijn/haar gezondheid).

Hoe zie jij de toekomst, Veerle, wat gezondheidsongelijkheid betreft?

Eigenlijk wel hoopvol. Ik voel een grote gedrevenheid in het werkveld. Meer en meer worden kennis en expertise samengebracht en wordt er samengewerkt vanuit verschillende domeinen en tussen verschillende instanties. Dat is goed én nodig om verandering te kunnen brengen in de complexe problematiek van gezondheidsongelijkheid. Er gaat daar ook steeds meer aandacht naar sociale ongelijkheid, gezondheidsvaardigheden enz. Het Vlaams Instituut Gezond Leven capteert deze tendensen terecht. Zo worden **gezondheidsvaardigheden expliciet opgenomen in het Gedragswiel** en werden de **contextfactoren duidelijker in de kijker gezet** in het model.

Een aantal politieke en economische ontwikkelingen stemmen me minder hoopvol. Dat de huidige corona-epidemie disproportioneel mensen in een kwetsbare positie treft, is duidelijk. In beleidsvisies en de bijhorende financieringsstromen zie ik de laatste jaren ook eerder een tendens richting individuele responsabilisering en kortetermijnfinanciering. Ik hoop dat de dynamiek op het terrein verder kan worden gezet in de toekomst, en politieke keuzes en budgetten het werkveld ook verder zullen ondersteunen om op een geïntegreerde en structurele manier te werken aan het verkleinen van sociale ongelijkheid in gezondheid.

Ons heb je alvast warm gemaakt, Veerle. Bedankt!

BENIEUWD NAAR MEER?

Meer weten over...

- ... het verschil tussen risicogroepen en maatschappelijk kwetsbare groepen?
- ... hoe gezondheidsongelijkheid tot stand komt?
- ... de sociale determinanten van gezondheid?
- ... hoe je gezondheidsongelijkheid kan bestrijden via proportioneel universalisme?

Check de webpagina's.

Bekijk de infographics.

MEER WETEN?

Je vindt alle info over het Gedragswiel op www.gedragswiel.be.

Materialen

- **Overzicht gedragsdeterminanten uit het Gedragswiel (pdf)**: lees meer over de verschillende gedragsdeterminanten binnen het Gedragswiel.
- **Overzicht gedragsveranderingstechnieken (pdf)**: bekijk verschillende soorten gedragsveranderingstechnieken, zoals samengevat door Kok et al. (2016).
- Figuren voor print en webtoepassingen

Vormingsaanbod

- Het Gedragswiel is opgenomen binnen verschillende vormen uit het **vaste aanbod** van Gezond Leven, o.a. de basisopleiding gezondheidsbevordering. Bekijk het actuele aanbod op gezondleven.be/opleidingen.
- Graag een **vorming op maat** van jouw organisatie of project? Contacteer ons via opleiding@gezondleven.be.

Consultancy

- Benieuwd hoe jouw organisatie aan de slag kan met het Gedragswiel? Nood aan ideeën of advies bij de ontwikkeling of implementatie van je methodiek? Of graag een second opinion over een gedragsanalyse?
- Gezond Leven helpt je graag. Bij ons kan je terecht voor een traject op maat. Contacteer Gedragswiel@gezondleven.be voor meer informatie.

WIL JE DE FIGUREN VAN HET GEDRAGSWIEL GRAAG GEBRUIKEN IN EEN (ONLINE) PUBLICATIE?

Dat kan! Vul hiervoor dit [aanvraagformulier](#) in en mail het naar Gedragswiel@gezondleven.be. Voeg de publicatie als bijlage toe. Een medewerker van Gezond Leven behandelt je aanvraag zo snel mogelijk. Ben je student? Dan mag je de materialen vrij gebruiken.

Contact

- Gedragswiel@gezondleven.be

COLOFON

INSPIRATIEGIDS GEDRAGSWIEL

Deze publicatie is een realisatie van het Vlaams Instituut Gezond Leven met steun van de Vlaamse overheid.

www.gedragswiel.be

MET DANK AAN

Astrid Luypaert

(CM)

Aurélië Lampaert

(Diabetes Liga)

Dries Vandenbempt

(Vlaams Instituut Gezond Leven)

Elke Ghyllebert

(CM)

Evelien Bossuyt

(Mobiël 21)

Evelyne Lagrou

(Howest hogeschool)

Geert Peeters

(Thomas More hogeschool)

Hanne Messely

(Arteveldehogeschool)

Inge Paesbrughe

(Vives hogeschool)

Jan Steyaert

(Expertisecentrum Dementie Vlaanderen)

Jolien Plaete

(Vlaams Instituut Gezond Leven)

Laura Vandeweghe

(Vlaams Instituut Gezond Leven)

Lize Van Dyck

(Vlaams Instituut Gezond Leven)

Maarten Vansteenkiste

(Universiteit Gent)

Merel Ophoff

(Socialistische ziekenfondsen)

Ragnar Van Acker

(Vlaams Instituut Gezond Leven)

Sara Depotter

(Artevelde hogeschool)

Silke Hoefkens

(Socialistische ziekenfondsen)

Veerle Vyncke

(Vereniging van Wijkgezondheidscentra)

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Vlaams Instituut Gezond Leven vzw

Linda De Boeck

Gustave Schildknechtstraat 9

1020 Brussel

© 2020, Vlaams Instituut Gezond Leven vzw, All rights reserved

Niets uit deze uitgave mag veeleelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor educatieve, pedagogische en sociale doeleinden die geen commercieel oogmerk hebben, mag al het materiaal vrij gebruikt worden mits correcte bronvermelding van deze publicatie.

www.gezondleven.be

VLAAMS INSTITUUT

GEZOND LEVEN



howest

