

48 Preventie en gezondheidsvoorlichting

1 Inleiding

Gezondheid en welzijn zijn twee begrippen die met elkaar verband houden. Zo zou iemands welzijn worden bepaald door zijn ervaren geestelijke, sociale en lichamelijke gezondheid. Nog niet zo lang geleden werd alleen naar het lichamelijke aspect gekeken als er over gezondheid werd gesproken. Gezondheid werd gedefinieerd als de afwezigheid van ziekte. Tegenwoordig wordt hierbij duidelijk de mens als totaliteit betrokken, als het geheel van lichamelijke, geestelijke en sociale aspecten, die met elkaar verbonden zijn en elkaar beïnvloeden. De mens als biopsychosociale eenheid.

Gezondheid kan gezien worden als

een toestand van geestelijk, lichamelijk en sociaal welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of een handicap.

Preventie en de rol van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO) hebben te maken met gezondheid en gezondheidsgedrag. Het zijn aspecten die steeds meer aandacht krijgen. De overheid kent ook een belangrijke rol toe aan preventie en GVO om te komen tot gezond(er) gedrag van mensen. Preventie en GVO zullen ook deel uitmaken van je begeleiding aan cliënten. Het uitgangspunt bij preventie en GVO is dat het gedrag dat mensen vertonen hun gezondheid beïnvloedt. Hun gedrag draagt bij aan een goede gezondheid of het doet afbreuk aan hun gezondheid. Mensen veranderen niet zo gemakkelijk van gedrag. Dat weet je misschien wel uit eigen ervaring. Om preventie en GVO goed uit te kunnen voeren, is het nodig om te snappen hoe complex het gedrag is waar preventie en GVO zich op richten en hoe een cliënt tot gedragsverandering komt.

De inhoud van dit thema:

- 2 Gezondheidsgedrag
- 3 Het ASE-model
- 4 Preventie
- 5 Preventiebeleid
- 6 GVO
- 7 Gedragsverandering

1

Dit thema sluit aan op thema 7 (Informereren en adviseren) in het boek 'Methodisch begeleiden; SAW 3 & 4'.

2 Gezondheidsgedrag

Gezondheidsgedrag zijn gedragingen die op de een of andere manier je gezondheid in stand houden of bevorderen. Je zou het ook leefstijl kunnen noemen. Veel van wat je doet, zorgt ervoor dat je gezond blijft. Je eet goed met voldoende groenten en vitaminen, je zorgt voor de nodige beweging en ontspanning, je doucht met regelmaat. Als het koud is buiten trek je een warme trui aan en als je dan toch de griep te pakken hebt gekregen, weet je dat je veel moet rusten, drinken en paracetamol kunt nemen om de koorts te verlagen.

Gezondheidsgedrag:


gedragingen die je gezondheid in stand houden of

bevorderen

je kunt het ook leefstijl noemen

2

In de loop van je leven heb je deze gedragingen geleerd van je opvoeders, op school, van onderwijzers, van sportinstructeurs, landelijke campagnes en misschien ook van artsen. Je hebt gemerkt als je een gezonde leefstijl hebt, dat je je daar goed bij voelt. Gezondheidsgedrag is niet één bepaald gedrag maar bestaat uit verschillende gedragingen. Je leert die terwijl je opgroeit en je leert er dagelijks bij. Naarmate je ouder wordt, krijg je andere behoeften. Hoe je je gezondheid in stand houdt, is afhankelijk van een aantal factoren en die zijn voor iedereen verschillend.



Factoren instandhouding gezondheid:

- leeftijd
- vermogen om stress aan te kunnen
- wisselende omstandigheden
- omgeving waarin je verkeert
- sociale omgeving

3

Leeftijd

De mate waarin je beweegt, is voor een kind anders dan voor iemand op leeftijd. Het eten van een kind is anders samengesteld dan dat van een volwassene.

Het vermogen om stress aan te kunnen

Dit verschilt per leeftijd maar is ook verschillend per persoon

Wisselende omstandigheden

Als je bijvoorbeeld intensief sport, heb je meer water en energierijke voeding nodig om goed te blijven presteren.

De omgeving waarin je verkeert

Het maakt uit of je in een stad of op het platteland woont. In een stad is het vaak druk en is er minder frisse lucht. Maar veel voorzieningen als een sportschool, zwembad of ontspanningsfaciliteiten als een bioscoop zijn weer vlakbij. Op het platteland is dat weer anders. In je gedrag houd je daar rekening mee.

Sociale omgeving

Familie, vrienden, de school, buren, clubgenoten en collega's kunnen gezien worden als je sociale omgeving. Zij hebben invloed op je gezondheidsgedrag. De sociale omgeving kan bepaald gedrag stimuleren, waardoor je geneigd bent dat gedrag te vertonen. Als je jong bent en al je vriendinnen een scooter hebben en het suf vinden om te fietsen, dan wil jij toch ook het liefst die oude fiets inruilen voor een scooter?

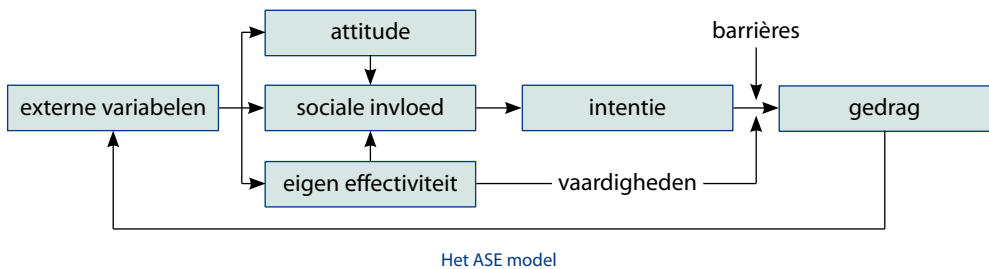


Je sociale omgeving

3 Het ASE-model

Het ASE-model (Damoiseaux en KOK) is een model waarmee gedrag verklaard en geanalyseerd kan worden. Het model geeft tevens een antwoord op de vraag hoe je gedrag kunt beïnvloeden. Vergelijk het maar met de PES-formule: als je de oorzaken en symptomen niet kent, is de kans groot dat je interventie mislukt.

ASE is een afkorting van attitude, sociale invloed en effectiviteit. Volgens het model zijn dit drie belangrijke factoren die van invloed zijn op gezondheidsgedrag. Het zijn factoren die zich zowel in de mens als in de omgeving bevinden. Op grond van deze factoren komt iemand tot gezondheidsgedrag. Iemand is zich doorgaans niet van al die factoren bewust. De factoren worden ook wel gedragsdeterminanten genoemd.



Het ASE-model:

- attitude
- sociale invloeden
- eigen effectiviteit
- externe variabelen
- gedragsintentie
- barrières

4

We leggen de begrippen uit die in het ASE-model vermeld staan. We doen dat aan de hand van een aantal voorbeelden.

Lesley is een schizofrene jongen van 22 jaar die in een gezinswoning verblijft samen met 3 andere mensen die psychiatrische ondersteuning nodig hebben. Je begeleidt Lesley in het zoeken naar een goede daginvulling en structuur, zodat Lesley zo zelfstandig mogelijk zal kunnen wonen. 'Zo', zegt Lesley tevreden, 'ik heb me lekker gedoucht na het sporten vanochtend, daar knap je van op.' Lesley vertelt je dat hij zich vorige week heeft aangemeld bij een sportschool. Je geeft aan dat je het een prima initiatief vindt om meer te bewegen.

'Kan ik die extra kilo's eraf trainen en het is ook nog eens lekker dichtbij', voegt Lesley eraan toe. Lesley is door het gebruik van een antipsychoticum in gewicht aangekomen en heeft weinig conditie. 'Wil je wat drinken soms?', vraagt hij aan je. Terwijl de koelkast open gaat zie je onder andere light frisdrank en halfvolle melk staan. Tegen het eind van je bezoek hoor je Lesley tegen een andere bewoner zeggen: 'Zet jij de frituurpan vast aan. Over een kwartiertje gaan we eten. De frietjes liggen in het vriesvak.' 'Woensdag ga ik met een vriend naar de sportschool. Hij heeft zich ook aangemeld', zegt Lesley. 'Ik haal hem op met de auto. Hij woont hier toch in de buurt.' Lesley geeft aan het gezellig te vinden om samen met iemand te gaan sporten. Dan drinken we na afloop nog een biertje samen in de kantine. 'Eentje maar hoor, want ik ben dan tenslotte de BOB', lacht hij. 'Heb jij een vuurtje voor me?', hoor je Lesley aan een medebewoner vragen die de keuken binnenkomt.

Attitude

Attitude betekent houding, in dit geval je houding ten opzichte van bepaald gedrag. Een attitude ontstaat door een afweging van voor- en nadelen die de persoon aan het gedrag verbindt. Hoe positief staat iemand ten opzichte van het gedrag. Die afwegingen van voor- en nadelen komen niet altijd voort uit logische redeneringen en verstandelijke overwegingen. Ze komen ook voort uit gewoonten en irrationele overtuigingen. Een attitude merk je aan het gedrag van een persoon.

Lesley heeft zich aangemeld voor een sportschool. Laten we ervan uitgaan dat hij bewegen en op gewicht blijven belangrijk vindt. Het is dan opmerkelijk dat hij met de auto naar de sportschool komt.

De verschillende gedragingen van Lesley komen in het voorbeeld tegenstrijdig over. Lesley weegt bewust en onbewust diverse gedragingen tegen elkaar af. Hij zegt ja tegen bewegen als het om sporten gaat. Hij zegt nee tegen bewegen als het om vervoer gaat. Lesley heeft ten aanzien van sport een andere attitude dan ten aanzien van vervoer.

Sociale invloeden

Er zijn verscheidene sociale invloeden:

- Subjectieve normen: verwachtingen die in een bepaalde sociale context leven ten aanzien van bepaald gedrag en de mate waarin je geneigd bent om je hier wat van aan te trekken.
- Sociale steun of sociale druk: meer directe invloeden van anderen. De term sociale druk wordt gebruikt als er sprake is van een negatieve invloed op het gewenste gedrag. Wanneer anderen steun bieden bij het nieuwe gedrag of de pogingen om gedrag te veranderen, noemen we dat sociale steun.
- Waargenomen gedrag van anderen: het overnemen van attitudes en gedrag van anderen door het observeren van andermans gedrag.

Na het sporten neemt Lesley een douche. Dat heeft te maken met de verwachting die er leeft ten opzichte van hygiëne. Namelijk dat je na transpireren of sporten dient te douchen om niet te stinken maar juist fris te ruiken. Lesley trekt zich iets aan van die norm (subjectieve norm). De andere 3 medebewoners in het huis waar Lesley woont roken, net als Lesley zelf. Lesley vindt het wel gezellig en ontspannend om samen een sigaretje te roken. (sociale steun, ten aanzien van het roken). Lesley beperkt het alcoholgebruik tot één biertje, omdat je niet met teveel alcohol achter het stuur moet gaan zitten. Lesley stemt in met die norm (sociale druk, om rijden en drinken niet te combineren). Lesley heeft een zus die flink wat kilo's is kwijtgeraakt door intensief te sporten. Voor Lesley was dit aanleiding om ook meer te bewegen en dus nam hij een abonnement bij de sportschool bij hem in de buurt (waargenomen gedrag).

Eigen effectiviteit

Met eigen effectiviteit wordt de inschatting bedoeld die iemand maakt van zijn eigen mogelijkheden om bepaald gedrag te vertonen. Er wordt onderscheid gemaakt naar drie niveaus:

- de inschatting van de benodigde vaardigheden;
- de inschatting van het gedrag in verschillende situaties, bijvoorbeeld de mogelijkheid om gedrag te kunnen blijven vertonen in situaties van spanning;
- de mate van zelfvertrouwen.

Over het stoppen met roken zegt Lesley dat hij met drie rokende medebewoners niet kan weerstaan aan de verleiding (inschatting van de benodigde vaardigheden). 'Als ze me er eentje aanbieden, kan ik echt geen nee zeggen.' (mate van zelfvertrouwen) Daarbij houd ik het niet vol als ik met mijn vrijwilligerswerk ga starten bij de fietsenmakerij straks (inschatting van gedrag in verschillende situaties).

Externe variabelen

Attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit zijn volgens het ASE-model belangrijke factoren die gedrag beïnvloeden. Maar daar blijft het niet bij. Leeftijd, sekse, demografische kenmerken als geloofsovertuiging, sociaal economische status en psychologische kenmerken als persoonlijkheids- en persoonskenmerken beïnvloeden de attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit. Ze worden externe variabelen genoemd.

Wat betreft sekse zijn er verschillen in attitude. Jongens willen misschien meer bewegen om fit te zijn en meisjes om af te vallen. Of denk met betrekking tot sociale invloed aan typische mannen- en vrouwensporten zoals respectievelijk rugby en ballet. Een meisje dat op rugby wil, kan te maken krijgen met een sociale omgeving die dit afkeurt en rugby als sport niet bij een meisje vindt horen.

Gedragintentie

Samen bepalen de externe variabelen en de determinanten attitude, sociale invloeden en eigen effectiviteit de intentie van een persoon om het gedrag te vertonen. In welke mate de persoon daadwerkelijk het gedrag zal vertonen, is afhankelijk van de praktische vaardigheden waarover iemand beschikt om het gedrag te realiseren en van eventuele barrières.

Barrières

Barrières kunnen de relatie tussen de intentie en het daadwerkelijke gedrag beïnvloeden. Er zijn drie factoren die barrières kunnen vormen bij het uitvoeren van de gedragsverandering:

- positieve intentie verandert in negatieve;
- voorwaarden die de cliënt eraan koppelt;
- externe omstandigheden waar iemand geen invloed op heeft.

Een eerste barrière is dat een positieve intentie in de loop van de tijd in een negatieve intentie kan veranderen.

Harold heeft een bipolaire stemmingsstoornis en is ingesteld op lithium tijdens een opname in een ggz-instelling. De behandelaar spreekt af dat Harold naar huis kan, maar dat hij de lithium-tabletten elke avond zal moeten blijven gebruiken om terugval te voorkomen. Harold vertrekt uit de ggz-instelling met een positieve intentie, maar in de thuissituatie wordt de positieve intentie sterk afgezwakt.

Ten tweede kan de omzetting van een positieve intentie in gedrag worden beïnvloed door allerlei voorwaarden die de cliënt aan de intentie koppelt.

Harold wil zich wel houden aan de medicatievoorschriften en de lithium blijven nemen, maar als zijn emoties en gevoelens afgevlakt raken door het lithiumgebruik, vindt Harold dat niet prettig voor zichzelf en voor zijn partner. Als dit het geval blijkt te zijn, stelt Harold zijn intentie bij in negatieve zin en zal hij mogelijk overwegen te stoppen met de lithium.

Als derde kunnen zich externe omstandigheden voordoen waarop een persoon geen invloed heeft. Deze omstandigheden kunnen een barrière vormen die de gedragsverandering in de weg staat.

In het geval van Harold die lithium gebruikt kan het zo zijn dat, aangezien hij nog maar kort geleden op het middel is ingesteld, hij een keer per twee weken naar het ziekenhuislaboratorium moet om bloed af te nemen. Harold woont in een dorp en moet een flink eind rijden om bij het ziekenhuis te komen. Het feit dat hij steeds tijd kwijt is om naar het ziekenhuis te reizen, kan door Harold als barrière gezien worden die het gewenste gedrag in de weg staat.

Het ASE-model laat zien dat gezondheidsgedrag complex gedrag is, dat niet zomaar ontstaat. Je kunt de verschillende factoren die het gedrag beïnvloeden onderscheiden maar niet van elkaar scheiden. Aan één soort gedrag kunnen dan ook meer gedragsdeterminanten ten grondslag liggen. Belangrijke determinanten van condoomgebruik onder jongeren zijn bijvoorbeeld: het onderschatten van de risico's, weerstanden tegen condoomgebruik, sociale druk, gebrek aan vaardigheden met betrekking tot de aanschaf en het gebruik van condooms en te weinig communicatie met de (vaste) seksuele partner over condoomgebruik.

Onderling oefenen de factoren ook weer invloed op elkaar uit. Wanneer je het gedrag wilt beïnvloeden is dat een complexe aangelegenheid. In de laatste paragraaf van dit thema komen we terug op het beïnvloeden van gedrag.



Gezondheidsgedrag is complex

4 Preventie

Preventie betekent niets meer en niets minder dan voorkomen. Voorkomen van ongewenste situaties voor de cliënt, op lichamelijk, geestelijk of sociaal gebied. Ziekte, eenzaamheid, verslaving of criminaliteit zijn voorbeelden van ongewenste situaties voor de cliënt. Maar voorkomen is slechts een deel van de inhoud van preventie. Preventie heeft ook tot doel gezondheid te verbeteren en goede gezondheid vast te houden.

Doelen van preventie:

- voorkomen van ongezondheid
- gezondheid verbeteren
- goede gezondheid vasthouden

5

Je komt zelf bijna dagelijks in aanraking met activiteiten die vanuit preventiebeleid gestart zijn. De waarschuwingen voor de risico's van roken die op de pakjes sigaretten staan, het televisiespotje over het meldpunt kindermishandeling en de landelijke campagne om rijden onder invloed te voorkomen door voor een BOB te kiezen, zijn slechts enkele voorbeelden van preventieactiviteiten.

Preventie:

- het Ministerie van VWS
- aspecten van de preventie
- maatschappelijke preventie
- drie vormen van preventie

6

4.1 Het Ministerie van VWS

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor de ontwikkeling en uitvoering van het algemene preventiebeleid in ons land. Het ministerie stelt vast welke onderwerpen prioriteit verdienen in het preventiebeleid en gaan daarbij uit van onderzoeksgegevens over gezondheid, ziekte en het beschikbare budget. Het ministerie stuurt voornamelijk de gemeenten aan. Die hebben dus een belangrijke taak in preventie. De taken die de gemeenten hebben, liggen vast in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Gemeenten hebben als taken om de collectieve preventie te bevorderen en de onderlinge samenhang tussen activiteiten te bewaken. De collectieve preventie en de curatieve zorg moeten op elkaar afgestemd zijn.

In het ontwikkelen van preventiebeleid in Nederland spelen tevens de visie op gezondheidsbevordering en de aanbevelingen van de World Health Organization (WHO) een rol. De WHO zegt dat de verantwoordelijkheid bij de individuele mensen zelf neergelegd wordt. De mensen worden zelf aangesproken om aan hun gezondheid te werken. De aanbevelingen van de WHO worden zoveel mogelijk vertaald in het Nederlandse beleid. Daarmee heeft de WHO invloed op het Nederlandse preventiebeleid. Belangrijke partners in preventie zijn naast het Ministerie van VWS en de gemeenten: gezondheidszorginstellingen, zorgverzekeraars, zorgverleners, onderzoeksinstituten en bedrijven.

In de tweede kabinetsnota 'Kiezen voor gezond leven' staan de belangrijkste prioriteiten van het preventiebeleid. De overheid richt zich op vijf speerpunten:

- overgewicht;
- roken;
- overmatig alcoholgebruik;
- diabetes;
- depressie.

Het accent ligt hierbij op 'bewegen'.

4.2 Aspecten van preventie

Preventie valt uiteen in drie aspecten.



Ziektepreventie

Hieronder vallen vaccinatie, screening en gerichte medicatie. Deze vorm van preventie omvat maatregelen om ziekten en gezondheidsproblemen te voorkomen of in een vroeg stadium te signaleren.

Gezondheidsbescherming

Door wet- en regelgeving en het handhaven daarvan worden mensen minder blootgesteld aan gezondheidsbedreigende factoren. Denk maar aan wetten op het gebied van roken in openbare ruimten of de Vleeskeuringswet en Warenwet.

Gezondheidsbevordering

Via gezondheidsvoorlichting of advies op maat kan een gezonde leefstijl worden bevorderd. Ook kan een goede sociale en fysieke omgeving gezond gedrag en gezondheid stimuleren. De nadruk ligt hier op actieve betrokkenheid van mensen.

4.3 Maatschappelijke preventie

We noemen de belangrijkste instellingen die aan maatschappelijke preventie doen. Je weet dan waarnaar je moet zoeken als je probeert uit te vinden of er in jouw werkveld instellingen zijn waar je voor informatie over preventie terecht kunt. Je kunt deze instellingen opnemen in je sociale kaart.

Instellingen die aan maatschappelijke preventie doen:

- GGD
- klinische zorginstellingen
- thuiszorg
- Arbodiensten

8

GGD

Ons land is verdeeld in regio's die elk hun eigen gezondheidsdienst (GGD) hebben. De taken van de GGD verschillen per regio. Dit heeft onder andere te maken met de specifieke problematiek van een stad of streek. Een stad als Amsterdam kent andere gezondheidsvraagstukken dan het platteland. De GGD voert gemeentelijke taken uit op het terrein van de gezondheidszorg en adviseert het gemeentelijke bestuur over zaken die met gezondheid, zorg en preventie te maken hebben.

Belangrijkste taken van de GGD:

- geven van gezondheidsvoorlichting
- verrichten van epidemiologisch onderzoek
- bevorderen van hygiëne en het bestrijden van infectieziekten
- vroegtijdig opsporen van ziekten en gezondheidsrisico's

9

Geven van gezondheidsvoorlichting

De GGD geeft voorlichting over gezondheid en het voorkomen van ziekten en ongevallen op een groot aantal gebieden. De dienst geeft bijvoorbeeld informatie over seksueel overdraagbare aandoeningen, ongevallen in en om het huis, infectieziekten, drugsgebruik en andere verslavingen, ongevallenrisico's bij ouderen, ziekten in verre landen en bijbehorende vaccinaties en jeugdgezondheidszorg.

Verrichten van epidemiologisch onderzoek

Epidemiologisch onderzoek is op de eerste plaats gericht op het in kaart brengen en bestrijden van epidemieën. Of meer in het bijzonder: het bestrijden van infectieziekten. Daarnaast verzamelt de GGD in een regio ook informatie over het aantal sterfgevallen in een periode en de oorzaken daarvan. In samenwerking met universiteiten vergelijkt de GGD de uitkomst met landelijke gegevens. Dan blijkt of een doodsoorzaak in een bepaalde regio vaker voorkomt dan elders. De uitkomst kan aanleiding zijn om in deze regio specifieke preventieve maatregelen tegen de doodsoorzaak te nemen of adviezen te geven.

Campagne: Hoesten of Niezen? Zakdoek kiezen!

Griep en verkoudheid zijn erg besmettelijk. Goede hygiëne kan verspreiding voorkomen. Was dus regelmatig uw handen, houd uw hand voor uw mond als u hoest of niest en gebruik papieren zakdoekjes.

Dit zijn de belangrijkste aanbevelingen uit de campagne over griep en verkoudheid. Het informatiemateriaal is ontwikkeld door de GGD.



De GGD geeft voorlichting over gezondheid

Bevorderen van hygiëne

Het voorkomen van ziekten begint bij een gezonde woon- en leefomgeving. De GGD geeft voorlichting over persoonlijke hygiëne en zorg voor woon- en leefomgeving. Hieronder vallen ook het bestrijden van ongedierte en het ontsmetten van vervuilde woningen. In sommige regio's is dat overigens een taak van de gemeente en niet van de GGD.

Vroegtijdig opsporen van ziekten en gezondheidsrisico's

Bij het vroegtijdig opsporen van ziekten en gezondheidsrisico's speelt de schoolarts een rol. Vroeger werden kinderen op de basisschool verschillende keren onderzocht door een schoolarts. Die probeerde vroegtijdig afwijkingen in de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling te ontdekken. Inmiddels is de frequentie teruggebracht tot één onderzoek tijdens de basisschoolleeftijd, omdat bleek dat in het algemeen de ontwikkeling zonder veel problemen verloopt. Een soortgelijke taak als die van de schoolarts is weggelegd voor de consultatiebureaus voor zuigelingen en peuters. Echter in veel regio's vallen de consultatiebureaus niet onder de GGD maar onder de thuiszorg.

Veel GGD's doen daarnaast speciaal onderzoek naar het vroegtijdig opsporen van afwijkingen van het gehoor en gezichtsvermogen. Een vorm van vroegtijdige opsporing is de hiepruk die pasgeboren baby's krijgen om te beoordelen of er sprake is van fenylketonurie (PKU). Dit is een ziekte die, mits vroegtijdig opgespoord, goed te behandelen is.

Klinische zorginstellingen

Klinische zorginstellingen als (psychiatrische) ziekenhuizen, verpleeghuizen en verslavingsklinieken hebben door het behandelen van cliënten een enorme ervaringskennis opgebouwd. De kennis over het verloop van ziekten en de behandeling kan ook benut worden voor preventie. De meeste GGD-instellingen hebben een eigen dienst Preventie met gespecialiseerde medewerkers. De preventiespecialisten van zorginstellingen zijn tegenwoordig ook bereikbaar voor mensen die niet in de zorginstelling werken.

Thuiszorg

De thuiszorginstellingen hebben van oudsher een taak op het gebied van gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO). Ze verzorgt GVO op een groot aantal gebieden in de vorm van spreekuren, brochures, informatie op internet en veel cursussen. GVO houdt in: ondersteuning van ouders bij de opvoeding, voorkomen van ziekten en ongevallen en ondersteuning bij omgaan met een ziekte of handicap. GVO is ook het werkterrein van de voedingsdeskundige die voorlichting en adviezen geeft over gezonde voeding.

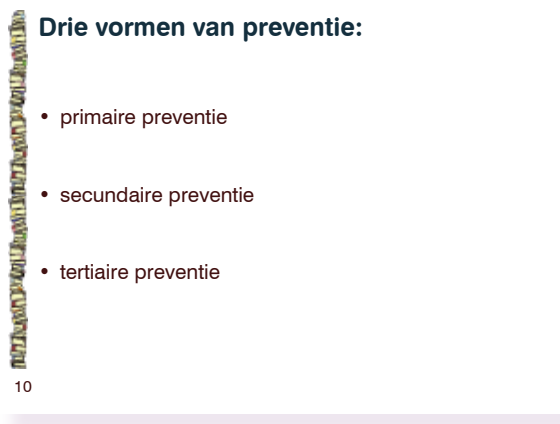
Wat GVO nu precies is en hoe het tot stand komt, wordt later in dit thema nader toegelicht.

Arbodiensten

Grote, vooral industriële ondernemingen hebben een eigen bedrijfskundige dienst als in de onderneming sprake is van een verhoogde kans op ziekten of ongevallen. In het algemeen wordt de bedrijfsgeneeskunde echter uitbesteed aan Arbodiensten. De belangrijkste taak van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde is preventie: het voorkomen van ziekten en ongevallen. De afdelingen arbeids- en bedrijfsgeneeskunde van de Arbodiensten doen met het oog op preventie veel onderzoek naar arbeid en arbeidsomstandigheden. Ook houden ze zich bezig met preventiebeleid, bijvoorbeeld in de vorm van bestrijding van ziekteverzuim en het vergroten van veiligheid op het werk.

4.4 Drie vormen van preventie

Preventie is een breed begrip waarbinnen diverse vormen worden onderscheiden naar de mate waarin ongezondheid voorkomen kan worden.



Primaire preventie

Primaire preventie richt zich op het voorkomen van ongezondheid en ziekte en ongezonde situaties. Preventieactiviteiten moeten verhinderen dat een ongewenste situatie ontstaat.

De volgende activiteiten zijn voorbeelden van primaire preventie:

- vaccineren van zuigelingen en jonge kinderen tegen mazelen en kinkhoest;
- voorkomen van seksueel geweld bij kinderen door middel van een onderwijsprogramma waarin de weerbaarheid van kinderen wordt vergroot;
- tegengaan van onveilig vrijen door campagnes om condoomgebruik te stimuleren;
- een veilige thuissituatie creëren als basis voor een goede opvoeding.

Mantelzorgers van mensen met dementie worden vaak zwaar belast door de zorg voor de dementerende. De zorg kan de eigen draagkracht makkelijk overstijgen. Voor deze mantelzorgers wordt in samenwerking met het Algemeen maatschappelijk werk een gespreksgroep gehouden. In deze periodiek terugkerende gespreksgroep is er ook ruimte voor lotgenotencontact. Voor familieleden en direct betrokkenen is dit als primaire preventie te zien. Met deze gespreksgroep draagt men eraan bij dat familieleden zo goed mogelijk hun naaste kunnen bijstaan zonder zichzelf te veel te belasten.

Met primaire preventie heb je in vrijwel alle begeleidingssettings te maken. Daar waar je cliënten leert om zo zelfstandig mogelijk te functioneren, leer je ze ook om ongezonde en ongewenste situaties te voorkomen. In je begeleiding ben je voor cliënten een factor die gezondheidsgedrag kan bevorderen. Jij hebt de mogelijkheid om mensen te beïnvloeden, onder andere door het geven van gezondheidsvoorlichting op allerlei gebieden. Denk aan voedingsadviezen, bevorderen van veiligheid voor de oudere cliënt en stimuleren tot bewegen.

Secundaire preventie

In algemene zin is secundaire preventie gericht op het vroegtijdig opsporen van ziekten of risico's om een ziekte te krijgen. De ziekte of andere ongewenste situatie is in aanleg aanwezig, maar door vroegtijdige opsporing kan voorkomen worden dat de ongewenste situatie echt ontstaat. Het gaat dus om het begunstigen van de prognose van een gezondheidsprobleem of een vermindering van de belasting van behandeling of vermindering van de restverschijnselen. Screening is een belangrijk hulpmiddel bij secundaire preventie. Door middel van screening wordt geprobeerd om in een vroeg stadium vast te stellen of sprake is van een ziekte of aandoening of van gezondheidsschadend gedrag.

Voorbeelden van secundaire preventie zijn:

- vroege opsporing van dementie en andere ouderdomsziekten;
- bevolkingsonderzoek naar het opsporen van borstkanker, bij vrouwen tussen de vijftig en zeventig jaar;
- zwangere vrouwen boven de zesendertig jaar worden tijdens prenataal onderzoek gescreend op het Downsyndroom bij hun ongeboren kind.

In contacten met cliënten krijg je ook te maken met secundaire preventie. Dan gaat het vooral om signaleren en observeren van de cliënt, om te zien hoe het met hem gaat. Secundaire preventie heeft dan tot doel om verergering van de ongewenste situatie van de cliënt

te voorkomen. Immers: een cliënt heeft een dreigend gezondheidsprobleem of verkeert in een ongewenste situatie.

Soorten signalen bij observaties:

- geïndiceerde symptomen
- niet-geïndiceerde symptomen
- verborgen signalen

11

Geïndiceerde symptomen

Bij secundaire preventie gaat het erom dat je in het contact met de cliënt goed observeert en signaleert. Je kunt symptomen en signalen observeren die je verwacht bij een bepaald ziektebeeld, behandeling of beperking. Dit noemen we de geïndiceerde symptomen. Bijvoorbeeld bij epilepsie kun je een insult verwachten (een geïndiceerd symptoom). Je bent dan extra alert op symptomen die kunnen wijzen op een naderend insult.

Niet-geïndiceerde symptomen

Je moet ook alert zijn op symptomen die je niet verwacht: de niet-geïndiceerde symptomen. Al werkend voer je deze secundaire preventie uit. Je verzamelt door observatie en in het contact met de cliënt voortdurend gegevens over veranderingen in de situatie van de cliënt en zijn hulpvraag.

Verborgen signalen

Soms zijn de signalen die een cliënt geeft heel duidelijk. Bijvoorbeeld wanneer hij alleen maar vet en veel eet of een sigaret opsteekt waar jij bij bent. Je wijst de cliënt dan op de gevaren voor zijn gezondheid of je maakt er samen met de cliënt een begeleidingsdoel van. Het probleem is dat je ook te maken krijgt met verborgen signalen die door hun aard veel lastiger te herkennen zijn. Hoe eerder je ze ontdekt, hoe groter de kans dat erger is te voorkomen. Een bekend voorbeeld van een verborgen signaal is verslaving. Meer hierover kun je lezen in het thema verslavingszorg in dit boek.

Tertiaire preventie

Tertiaire preventie is gericht op het voorkomen van verslechtering. Het heeft tot doel bij een al bestaande ziekte of aandoening de gezondheidssituatie te optimaliseren binnen de mogelijkheden en met de beperkingen die zijn ontstaan ten gevolge van de ziekte of aandoening. Voorbeelden van tertiaire preventie zijn:

- weer oppakken van de draad van het leven na een ernstige depressie;
- bij een oudere cliënt met dementie proberen te voorkomen dat de cliënt in een volledig sociaal isolement terechtkomt en vereenzaamt;
- revalideren na een herseninfarct;
- een infectieziekte behandelen met antibiotica om te voorkomen dat het hele lichaam door de infectie wordt aangetast.

Met tertiaire preventie heb je bijvoorbeeld te maken als je als begeleider in instellingen werkt. Ziekten, stoornissen en beperkingen hebben grote gevolgen voor het leven van mensen. Door de (psychiatrische) ziekte of stoornis komt de cliënt praktische beperkingen tegen en kan hij afhankelijk zijn van hulp. Ook zijn eigen reactie op het gezondheidsprobleem of een ongewenste situatie speelt mee: kan iemand het aan, of juist niet? Je begeleiding is erop gericht de negatieve effecten van een gezondheidsprobleem zoveel mogelijk te voorkomen om het leven van de cliënt zo aangenaam mogelijk te houden. Je kunt bijvoorbeeld ook te maken krijgen met hospitalisering als gevolg van opname in een instelling en bijvoorbeeld met zingeving. Door juiste informatie te geven, kunnen cliënten wellicht nog lang onafhankelijk zijn van hulp of met hulp van partner en familie verlies van zelfstandigheid tegenhouden.

Vooraf de combinatie van preventieve activiteiten - van primaire, secundaire en tertiaire preventie - geeft de beste resultaten. De drie vormen liggen in elkaars verlengde.

Cliënten die door de ernst van hun psychiatrische ziekte vaak lang opgenomen zijn, trainen hun gezonde (rest)vermogens om zodoende weer zelfstandiger te kunnen wonen, bijvoorbeeld in een sociowoning.

Als het gaat over depressies bij ouderen is het, naast screening en behandeling van depressies, ook van belang om geschikte copingstrategieën aan te leren om depressies op langere termijn te voorkomen.

5 Preventiebeleid

Preventieactiviteiten zijn – of het nu gaat om primaire, secundaire of tertiaire preventie – geen incidentele activiteiten. Er ligt een zeer beleidsmatige aanpak aan ten grondslag. We leggen in deze paragraaf uit hoe een dergelijke aanpak werkt. We splitsen preventiebeleid op in drie onderwerpen.



Preventiebeleid:

- onderzoek en ontwikkeling van preventieprogramma's
- uitvoeren van preventieprogramma's
- evalueren van preventieprogramma's

12

5.1 Onderzoek en de ontwikkeling van preventieprogramma's

Preventiebeleid begint met gedegen onderzoek naar:

- aard en omvang van het probleem;
- doelgroep;
- verschijningsvormen/gedrag.

Onderzoeken worden in principe in de vorm van een project op landelijk niveau gestart. Als ze op regionaal niveau worden gestart, vindt altijd afstemming plaats met andere regio's. Dit om dubbel werk te voorkomen en krachten (en geld) te bundelen. Als onderzoek heeft aangetoond dat er sprake is van een probleem dat om preventieve maatregelen vraagt, wordt het probleem verder uitgewerkt. Er wordt dan een antwoord gezocht op de volgende vragen:

- Wat zijn de risicogroepen?
- Wat zijn de risicofactoren?
- Welke factoren werken beschermend (preventief)?
- Hoe kunnen de risico's worden teruggedrongen?

Risicogroepen

Risicogroepen zijn, zoals de naam al zegt, groepen in de samenleving die het risico lopen een ziekte te krijgen of ongewenst gedrag te vertonen. Bij een preventieonderzoek naar bijvoorbeeld eenzaamheid onder ouderen zullen de onderzoekers inventariseren welke doelgroepen een verhoogd risico lopen ermee in aanraking te komen. Zo kunnen ze bijvoorbeeld vaststellen dat ouderen die alleenwonend zijn een groter risico lopen gevoelens van eenzaamheid te ontwikkelen dan echtparen van dezelfde leeftijd. Hiermee is als voorbeeld een risicogroep vastgesteld. Maar die is te globaal om er gericht preventiebeleid voor te ontwikkelen. Immers niet elke alleenwonende oudere heeft te kampen met gevoelens van eenzaamheid. Daarom worden vervolgens de risicofactoren binnen de doelgroep onderzocht.

Risicofactoren

Risicofactoren zijn factoren die de kans vergroten dat iemand een ziekte krijgt of ongewenst gedrag gaat vertonen. Als we bij het voorbeeld van eenzaamheid onder ouderen blijven, zouden we de volgende risicofactoren kunnen vinden:

- het hebben van weinig sociale contacten of relaties;
- verlies van zelfredzaamheid en autonomie, door ouderdomsvervalscheijnselen als slecht ter been zijn of een (chronische) ziekte;
- verlies van initiatief en sociale vaardigheden.



Enzaam, weinig contacten

Beschermende factoren

Beschermende factoren zijn factoren die de kans op ziekte of ongewenst gedrag verkleinen. Aandachtspunt voor preventie zijn de beïnvloedbare beschermende factoren. Opgroeien met een of twee ouders met een psychische stoornis of verslaving kan bijvoorbeeld grote consequenties hebben tijdens de jeugd maar ook in de volwassenheid. Kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen hebben in hun leven anderhalf keer meer kans op het ontwikkelen van een psychische stoornis. Of zich daadwerkelijk problemen ontwikkelen, is afhankelijk van een samenspel tussen risicofactoren en beschermende factoren in het leven van een kind. Hierbij kunnen de volgende beschermende factoren een rol spelen:

- een goede ouder-kind relatie;
- ondersteuning van het kind door de gezonde ouder;
- goed sociaal netwerk;
- voldoende copingvaardigheden en sociale redzaamheid.

Terugdringen van risico's

Wanneer de risicogroep, risicofactoren en beschermende factoren voldoende duidelijk zijn, kan een preventieprogramma worden ontwikkeld. Dit gebeurt meestal in de vorm van een project onder leiding van een preventiespecialist. Bij het ontwikkelen van het programma worden andere deskundigen en bij voorkeur ook mensen uit de doelgroep betrokken.

Het instituut richt zich op de volgende taken:

- Ontwikkelen van nieuwe behandelmethoden, opstellen van richtlijnen en preventieprogramma's.
- Signaleren en monitoren van psychische problemen en verslavingsproblemen.
- Onderzoek en evaluatie van de GGz- en verslavingszorg: organisatie, toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit.
- Informeren van beleidsmakers, politici en professionals over de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking.
- Ontwikkelen en opzetten van cursussen en trainingen voor professionals in de GGz en verslavingszorg.
- Voorlichting geven over psychische problematiek, middelengebruik en verslaving.
Organiseren van landelijke preventiecampagnes.

5.2 Het uitvoeren van preventieprogramma's

Als het preventieprogramma is opgesteld en goedgekeurd kan het worden uitgevoerd. Het programma wordt ook uitgevoerd in de vorm van een project waarbij verscheidene betrokkenen vertegenwoordigd zijn. De uitvoering van een preventieprogramma bestaat uit verschillende onderdelen. Een preventieproject duurt gemiddeld één tot twee jaar. Bij een kortere periode zijn de resultaten niet goed te meten. Onderdelen van de uitvoering van een preventieprogramma zijn:

- uitvoeren van preventieactiviteiten volgens plan;
- geven van voorlichting aan doelgroep en hulpverleners;
- verzorgen van gerichte scholing (deskundigheidsbevordering);
- bevorderen afstemming tussen hulpverleners en instellingen;
- opbouwen en onderhouden van netwerken om ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren.

5.3 Het evalueren van preventieprogramma's

In de derde fase wordt het preventieprogramma geëvalueerd. Dit gebeurt na een grondige inventarisatie van de resultaten en gesprekken en interviews met alle betrokkenen. Er wordt niet alleen gesproken met de hulpverleners, maar uiteraard ook met de doelgroep. Daar waar het project niet tot de gewenste resultaten heeft geleid, moeten de oorzaken daarvoor onderzocht worden.

De evaluatie van een programma kan tot vier afspraken leiden:

- De resultaten zijn nog onvoldoende betrouwbaar en het project wordt op een af te spreken tijd voortgezet.
- Het project wordt nog een tijd voortgezet met aanpassingen.
- Het project heeft het gewenste resultaat opgeleverd en kan worden afgesloten. Dit gebeurt alleen bij kleinschalige preventieprogramma's;
- Het project wordt beëindigd en het preventieprogramma wordt geïmplementeerd in de reguliere organisatie en beroepsuitoefening.

De laatstgenoemde afspraak is meestal het doel van het project. Het project wordt dan afgesloten. Alle beroepsbeoefenaren die ermee te maken hebben, voeren nu de preventieactiviteiten en voorlichting uit vanuit hun eigen beroep.

Cliënten die bekend zijn met manisch-depressieve perioden kunnen problemen voorkomen en zelfstandiger leven als ze tijdig de signalen onderkennen van het begin van de manische periode. Als ze die signalen voelen, moeten ze zich direct melden bij de behandelaar zodat medicatie kan worden aangepast. Ook het cliëntsysteem wordt geïnformeerd over het vroegtijdig onderkennen van de signalen, in een zogenoemd signaleringsplan.

Aanvankelijk is deze benadering gestart als een preventieprogramma. Nu weet iedere hulpverlener dat hij de cliënt moet wijzen op vroegtijdige signalen. Dat hij moet vertellen wat de signalen zijn en moet uitleggen wat de cliënt bij die signalen moet doen. Het preventief handelen bij manisch-depressieve psychoses is geïmplementeerd in de beroepsuitoefening.

We hebben slechts enkele voorbeelden genoemd van preventieprogramma's. Er bestaan echter wel duizenden programma's op allerlei niveaus voor veel verschillende doelgroepen en op allerlei gebieden.



Ben je manisch-depressief en ken je de signalen, dan kun je direct aan een behandeling beginnen

6 Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)

GVO is een belangrijk deel van je begeleiding aan cliënten. De afkorting GVO staat voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en werd voor het eerst gebruikt in 1962. Tegenwoordig spreken we van gezondheidsvoorlichting en laten we de 'opvoeding' achterwege. We hanteren voor dit begrip de ingeburgerde afkorting GVO.

Preventie is het brede overkoepelende begrip waarbinnen GVO als middel kan worden ingezet. Met andere woorden: preventie en GVO horen bij elkaar. GVO is een specifieke vorm van preventie en is vooral gericht op voorlichting en educatie. Bij GVO gaat het om beïnvloeding met als doel gezonder gedrag te bewerkstelligen. GVO gebeurt op vrijwillige basis. Dat beïnvloeding van gedrag door GVO op vrijwillige basis gebeurt, heeft in de eerste plaats te maken met het feit dat iedereen recht heeft op vrijheid. Je kunt iemand niet dwingen om ongezonde gewoonten op te geven. Ten tweede is het zo dat als iemand zelf besluit om zijn gewoonten te veranderen de motivatie veel sterker is en de kans dat hij het veranderde gedrag vasthoudt veel groter. Het eigene van GVO zit in de motivering tot ander en gezonder gedrag.



Gezonder leven betekent dat mensen zich bewust zijn van gezondheidsrisico's. Denk maar aan roken, te weinig lichaamsbeweging, stress en dergelijke. Bewustmaken van gezondheidsrisico's is een van de onderdelen van GVO. Daarnaast heeft GVO het doel om ziekte of ongewenste situaties te voorkomen. Denk aan voorlichting op het gebied van hygiëne of voorlichtingsbijeenkomsten over effecten van drugsgebruik voor scholieren of opvoedingsvoorlichting voor aanstaande ouderparen.

GVO-interventies worden in de verschillende werkvelden onder verschillende namen uitgevoerd. In de thuiszorg en binnen de GGD wordt gesproken over GVO, binnen de ggz en de verslavingszorg noemt men het preventiewerk. De klinische gezondheidszorg spreekt over patiëntenvoorlichting. Het basisonderwijs spreekt over bevordering van gezond gedrag en het voortgezet onderwijs over verzorging.

Intentionele en faciliterende GVO

We kennen twee vormen van GVO.



Intentionele GVO

De intentionele GVO heeft de intentie of bedoeling om gedrag te veranderen. Er wordt niet alleen kennisvermeerdering nagestreefd maar ook doelgericht een blijvende gedragsverandering. Het karakter van deze voorlichting is sturend. Vaak wordt deze vorm van GVO gegeven zonder dat er een directe vraag naar bepaalde informatie is. Bijvoorbeeld de campagne met de slogan ‘Roken, dood en doodzonde’.

Faciliterende GVO

Bij faciliterende GVO is het doel kennisoverdracht of kennisvermeerdering bij de leden van de doelgroep. Die kennisvermeerdering wordt door informatieoverdracht bereikt: toelichtingen op regels, verklaring voor verschijnselen, verheldering van verbanden tussen verschillende fenomenen, enzovoort. Het karakter van deze vorm van GVO is vrijblijvend.

7 Gedragsverandering

De verandering van gedrag kan een doel zijn van GVO met als einddoel gedragsbehoud. Hiermee wordt bedoeld dat de gedragsverandering gehandhaafd blijft. Maar voordat je tot de beïnvloeding en het behoud van gedrag kunt komen bij een cliënt is het nodig een aantal fasen te doorlopen in je voorlichting.

Fasen gedragsverandering door voorlichting:

- aandacht
- begripsverbetering
- attitudeverandering
- hanteren sociale invloed
- toename eigen-effectiviteit
- gedragsverandering
- gedragsbehoud

15

Deze fasen van gedragsverandering door voorlichting zijn ontleend aan het model van professor Kok uit 1996. Parallel lopend aan deze fasen zou de cliënt de volgende stappen moeten doorlopen:



We bespreken de fasen van gedragsverandering door voorlichting in onderdelen, waarbij inzichtelijk zal worden gemaakt hoe gedragsverandering en gedragsbehoud bij de doelgroep bereikt kan worden. De doelgroep kan bestaan uit een grotere groep mensen of een individuele cliënt. Je zult zien dat er een verband bestaat tussen de fasen van gedragsverandering door voorlichting en het eerder beschreven ASE-model.

Aandacht

Je moet de aandacht van een persoon of een groep zien te vangen. Denk na over hoe je de aandacht kunt krijgen van degene die je wilt voorlichten. Uiteraard moet je het nut van de voorlichting duidelijk maken. Mensen krijgen vanuit veel hoeken gezondheidsinformatie op zich afgevuurd. Het bepalen van wat wel en niet van toepassing is op de eigen situatie is voor veel mensen een hele opgave. Het krijgen van aandacht van een individuele cliënt is veelal eenvoudiger. Het uiteindelijke doel van de fase van aandacht is dat de leden van de doelgroep of de individuele cliënt aandacht hebben voor het onderwerp van jouw voorlichting en open staan voor het vervolg ervan.

Begripsverbetering

Als je eenmaal de aandacht hebt, kun je overgaan tot het krijgen van begrip. Je taalgebruik zal moeten aansluiten op het taalgebruik van de ander. Ook moet je vanuit de belevingswereld van de ander kunnen praten. Je moet dus een goed beeld hebben van de leefwereld van de ander, zijn leeftijd en normen en waarden. De cliënt moet de essentie van je boodschap begrijpen en onthouden. Je zult dingen moeten herhalen en je kunt bijvoorbeeld een foldertje meegeven waarin de informatie nog eens vermeld staat.

Actief laten meedoen tijdens de voorlichting is heel belangrijk bij vrijwel iedere persoon of doelgroep. Het over en weer vragen stellen is hier een voorbeeld van. Het doel van deze fase is dat het voorlichtingsbericht wordt begrepen door de cliënt. Het gaat erom dat de cliënt het verband begrijpt tussen bepaalde gedragingen en het (op termijn) ontstaan van gezondheidsproblemen of gezondheidsschade. De voorlichting zal door de cliënt als juist moeten worden gezien en moeten worden onthouden.

Attitudeverandering

Van belang is dat je de voor- en nadelen die de cliënt ervaart van bepaald gedrag gaat beïnvloeden. Daarnaast geef je een juiste afspiegeling van de werkelijkheid en beloningen. Als er meer nadelen zijn dan voordelen en er staat niets positiefs tegenover, dan zal de cliënt zijn gedrag waarschijnlijk niet veranderen. Het gewenste gedrag moet eigenlijk andere

of nieuwe beloningen met zich meebrengen. Als een cliënt zou stoppen met roken is het nadeel bijvoorbeeld dat hij het voor hem ontspannende effect mist. Maar het voordeel is dat hij geld bespaart waar hij andere leuke dingen mee kan doen. Het doel van de fase van attitudeverandering is dat de cliënt de voordelen van de gedragsverandering vindt opwegen tegen de nadelen. De cliënt moet een realistisch beeld krijgen van de nadelen, waarbij hij moet begrijpen welke positieve effecten de gedragsverandering voor hem zullen opleveren.

Hanteren van sociale invloed

Van de omgeving van iemand kan zowel een stimulerende als een remmende invloed uitgaan. Houd daar rekening mee en spreek erover met de mensen die je voorlichting geeft. Door er rekening mee te houden maak je mensen weerbaar tegen negatieve sociale invloeden. Dit aspect speelt bijvoorbeeld heel sterk als je iemand helpt van een verslaving af te komen. Meestal verkeert iemand in een omgeving waarin verslaving gewoon is.

Toename eigen-effectiviteit

De eigen-effectiviteit is de inschatting die een persoon maakt van zijn mogelijkheden om bepaald gedrag te vertonen onder specifieke omstandigheden. Een verhoging van de eigen-effectiviteit wordt vooral bereikt via het oefenen van de ontbrekende (veelal praktische) vaardigheden, waarna de cliënt het gezondheidsprobleem beter toegerust kan aanpakken. Bijvoorbeeld assertieve vaardigheden voor een depressieve cliënt. De cliënt moet erin geloven dat hij in staat is de vaardigheid uit te voeren. Hij moet daarin zelfvertrouwen krijgen.



De omgeving oefent invloed uit op het gedrag

Gedragsverandering

Als alle voorgaande fasen doorlopen zijn, kan worden overgegaan naar de fase van gedragsverandering. In deze fase zijn barrières van invloed. Dit kunnen allerlei onvoorziene omstandigheden zijn die maken dat de cliënt niet tot gedragsverandering komt. Deze barrières dienen in samenspraak met de cliënt te worden opgeruimd. Het belangrijkste middel dat je als voorlichter in handen hebt, is het geven van positieve feedback. De positieve feedback dient voor de cliënt zo stimulerend te zijn dat hij de ingezette gedragsverandering volhoudt. Daarnaast stel je samen met de cliënt uitdagende maar haalbare doelen. Zonder doelen raakt de cliënt snel de richting van de gedragsverandering kwijt.

Gedragsbehoud

Een proces om te komen tot gedragsverandering start je niet om in de fase van gedragsverandering aangekomen het proces te stoppen en af te wachten of de cliënt het veranderde gedrag ook vasthoudt. De fase van gedragsverandering moet eerst overgaan in gedragsbehoud, voordat je het voorlichtingsproces met de cliënt kunt afsluiten. In de fase van gedragsbehoud gaat het er vooral om cliënten te leren omgaan met negatieve ervaringen met de gedragsverandering. Hiermee probeer je een terugval te voorkomen. Terugval overkomt veel mensen. Cliënten moet je hierop voorbereiden. Je moet ze leren hoe ze met een terugval kunnen omgaan en met de gevoelens die daarmee gepaard gaan. Het is belangrijk herhalingsmomenten in te bouwen totdat er een bepaalde stabilisatie is opgetreden en de cliënt gedragsbehoud laat zien.

Bij gedragsverandering door voorlichting is het nodig een plan op te stellen. Bij voorkeur een plan waarbij niet alleen de cliënt maar ook mensen uit zijn directe sociale omgeving betrokken zijn. Naast de fasen die je in je voorlichting doorloopt, besteed je aandacht aan de probleemverkenning, doelen, afspraken, mijlpalen, de manier van evaluatie en dergelijke. Bedenk echter wel dat de cliënt eigenaar van het probleem en van de oplossing is en blijft.