

IBO Gezonde leefstijl

Eindrapportage van de werkgroep "IBO Gezonde leefstijl"

April 2016

Colofon

Titel	IBO Gezonde leefstijl
Bijlage(n)	8 bijlagen
Inlichtingen	Ministerie van Financiën Inspectie der Rijksfinanciën – Bureau Strategische Analyse

Inhoudsopgave

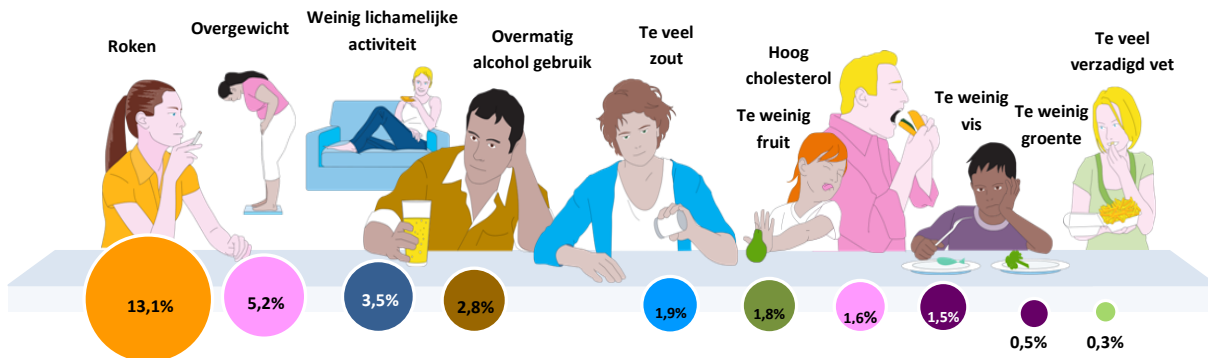
Samenvatting	5
1. Inleiding	11
1.1 <i>Achtergrond</i>	11
1.2 <i>Taakopdracht</i>	11
1.3 <i>Afbakening</i>	12
1.4 <i>Leeswijzer</i>	12
2. Beleidsdoel en probleemschets	13
2.1 <i>Doel leefstijlbeleid</i>	13
2.2 <i>Probleemschets</i>	14
2.3 <i>Interventieladder</i>	15
2.4 <i>Het huidige leefstijlbeleid</i>	16
3. Effectiviteit van beleid	17
3.1 <i>Effectiviteitsmeting</i>	17
3.2 <i>Effectiviteit van beleidsinstrumenten</i>	19
3.3 <i>Effectiviteit van het huidige beleid</i>	22
4. Bouwstenen voor beleid	26
4.1 <i>Bewezen effectief</i>	26
4.2 <i>Bepaalde evidentie/potentieel effectief</i>	27
4.3 <i>Effectiviteit plausibel</i>	28
5. Beleidsvarianten	29
5.1 <i>Inrichting beleidsvarianten</i>	29
5.2 <i>Beleidsvariant "Eigen verantwoordelijkheid"</i>	30
5.3 <i>Beleidsvariant "Gezonde keuzes faciliteren"</i>	32
5.4 <i>Beleidsvariant "Gezondheid voorop"</i>	35
6. Aanbevelingen voor meer "evidence based" beleid	38
Geraadpleegde literatuur	40
Bijlage 1. Taakopdracht	44
Bijlage 2. Internationale vergelijking	46
Bijlage 3. Cijfers en trends	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 4. Huidig beleid	47
Bijlage 5. Arbeidsmarkteffecten (CPB)	64
Bijlage 6. Literatuuronderzoek (RIVM)	70
Bijlage 7. Samenstelling werkgroep	86
Bijlage 8. Betrokken experts	87

Samenvatting

Nederlanders leven steeds langer, en steeds langer gezond. Dat danken we niet alleen aan de zorg, maar ook aan het verbeteren van onze leefstijl. Steeds minder mensen roken, en steeds minder mensen zijn zware drinkers. Ook onze jeugd rookt en drinkt steeds minder. De opwaartse trend in overgewicht lijkt te stabiliseren. Mede hierdoor worden Nederlanders steeds ouder en gezonder.

Ondanks de overwegend positieve trends, is er nog altijd een wereld te winnen. De ziektelast als gevolg van ongezond gedrag is nog steeds groot. Ook blijft de jeugd kwetsbaar, omdat voor hen de schadelijke gevolgen van alcohol, tabak en overgewicht groter zijn. Daarnaast zijn er grote verschillen in leefstijl en levensverwachting onder de bevolking. In algemene zin geldt dat naarmate groepen een lagere sociaaleconomische status (SES) hebben, het aandeel roken, zwaar alcoholgebruik en overgewicht binnen de groep toeneemt. Maar vooral het grote verschil tussen de leefstijl van groepen met de laagste SES en de rest van de bevolking springt in het oog. Ook zijn de trends binnen deze groep minder gunstig.

Ziektelast* als gevolg van ongezond gedrag



De percentages drukken uit welk deel van de totale ziektelast het gevolg is van het type ongezond gedrag
*Ziektelast is het aantal verloren levensjaren en het aantal levensjaren doorgebracht met beperkingen veroorzaakt door ziekte.

Achtergrond IBO Gezonde leefstijl

Roken, alcohol en overgewicht zijn al lange tijd speerpunten van de overheid bij het bevorderen van een gezondere leefstijl. Deze factoren veroorzaken immers een groot deel van onze ziektelast: het aantal verloren levensjaren en het aantal levensjaren doorgebracht met beperkingen veroorzaakt door ziekte. In 2007 stelde het IBO "Gezond gedrag bevorderd" dat de kennis over de (kosten)effectiviteit van beleid gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl nog beperkt was. In het voorjaar van 2015 publiceerde het CPB in samenwerking met het Ministerie van Financiën en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het rapport "Zorgkeuzes in Kaart", waarin wordt geconstateerd dat de kennis over de effecten van leefstijlbeleid nog te beperkt is om deze te kunnen kwantificeren. Het kabinet heeft de werkgroep "IBO Gezonde leefstijl" ingesteld om zich te buigen over de effectiviteit van het leefstijlbeleid gericht op tabak, alcohol en overgewicht. Dit eindrapport van de werkgroep schetst wat er bekend is over de effectiviteit van het leefstijlbeleid, waar en hoe deze kennis beter kan, en welke mogelijkheden er zijn om de invulling van het leefstijlbeleid te verbeteren.

De rol van de overheid bij leefstijlbeleid

Er zijn verschillende redenen waarom de overheid een gezonde leefstijl wil bevorderen. Zo kan zij het wenselijk vinden dat er duidelijke informatie beschikbaar is over de gevolgen van ongezonde leefstijlkeuzes. Daarnaast kan de overheid het mensen gemakkelijker maken om die informatie te

verkrijgen, interpreteren en toe te passen bij het maken van hun eigen keuzes. Ook kan de overheid een gezonde leefstijl bevorderen om iets te doen aan de negatieve gevolgen van ongezond gedrag voor anderen (bijvoorbeeld passief roken), of de ongelijke verdeling van gezondheid over de bevolking. Al deze aspecten kunnen een reden zijn voor de overheid om met beleid een gezondere leefstijl te bevorderen.

De overheid kan leefstijlbeleid in allerlei varianten uitvoeren, van informatie verstrekken tot aan iets verbieden. Een aantal zaken weegt mee bij de keuze welke instrumenten de overheid gebruikt. Bijvoorbeeld in hoeverre het acceptabel is om de keuzevrijheid in te perken. Daarnaast kan beleid dat voor de gehele bevolking geldt, nuttig zijn voor sommige groepen, maar overbodig voor anderen. Dat geldt bijvoorbeeld voor verboden. Ook is er de vraag in hoeverre de overheid zelf in staat is om te bepalen wat betere leefstijlkeuzes zijn, en om deze te verbeteren. De afweging die de overheid maakt hangt dus sterk samen met voorkeuren voor keuzevrijheid, solidariteit en paternalisme. Deze komen aan bod wanneer het rapport beleidsvarianten schetst, die uitgaan van verschillende invalshoeken voor de rol van de overheid bij leefstijlbeleid. In de analyse van de effectiviteit van beleid spelen deze voorkeuren nog geen rol.

De analyse in dit rapport richt zich vooral op de vraag welke beleidsinstrumenten het meest effectief zijn bij het bevorderen van de publieke gezondheid. Dat wordt gemeten in extra gezonde levensjaren (quality-adjusted life years/ Qaly's). Het verdient de voorkeur om ook naar de bredere maatschappelijke welvaartseffecten van leefstijlbeleid te kijken. Verboden en accijnzen kunnen bijvoorbeeld leiden tot maatschappelijke kosten door meer illegale handel en criminaliteit. Anderzijds kent een betere gezondheid mogelijk bredere maatschappelijke baten, zoals betere onderwijsprestaties en meer productiviteit. Er is helaas nog te weinig bekend over de omvang van deze maatschappelijke welvaartseffecten om te oordelen of instrumenten die de gezonde leefstijl bevorderen positief of negatief uitpakken voor de bredere maatschappelijke welvaart. Daarom gaan uitspraken over effectiviteit van beleid in dit rapport, tenzij anders is aangegeven, steeds over gezondheidseffecten en niet over welvaartseffecten.

Effectiviteit van beleid

In algemene zin geldt dat de meest ingrijpende instrumenten vaak het meest effectief de publieke gezondheid bevorderen. De onderbouwing van de effectiviteit van deze instrumenten is ook het sterkst. Het bewijs voor de effectiviteit van andere instrumenten is minder sterk. Dat komt doordat die instrumenten minder effectief zijn, of doordat de effectiviteit nog niet, of beperkt, is onderzocht. Daarom is er grote behoefte aan meer onderzoek naar effectiviteit, en meer coördinatie bij de uitvoering van onderzoek. Beleidskeuzes kunnen dan steviger op bewijs gestoeld worden.

Bewezen effectief beleid

Instrumenten waarvan de effectiviteit is aangetoond, zijn vaak relatief ingrijpend van aard. Specifiek gaat het om rookverboden, beperkingen van de leeftijd, de locatie en de tijd van de verkoop van alcohol en tabak, maar ook om accijnzen op alcohol en tabaksproducten. Campagnes zijn van groot belang om het beleid te ondersteunen, want dit zorgt voor draagvlak onder de bevolking. En als er draagvlak is, hebben verboden en beperkingen meer effect. Bij het inzetten van accijnzen om gebruik van alcohol en tabak terug te dringen, zijn vooral grote accijnsverhogingen effectief. Daarnaast is voor roken en alcohol aangetoond dat intensieve persoonlijke begeleiding bij gedragsverandering effectief is.

Potentieel effectief beleid met beperkte evidentie

Voor enkele andere beleidsinstrumenten staat de effectiviteit nog niet afdoende vast, maar er is wel onderzoek dat beperkte evidentie levert voor effectiviteit. Deze instrumenten zijn kandidaten voor uitbreiding van bewezen effectief beleid, maar nader onderzoek is nodig. Voor de speerpunten alcohol en tabak is er al beperkte evidentie voor de effectiviteit van schoolprogramma's, waarbij bijzondere aandacht is voor sociale competenties en weerbaarheid. Daarnaast is er beperkte evidentie voor de effectiviteit van reclameverboden voor tabak.

Er is nog geen bewezen effectief beleid gericht op de aanpak van overgewicht. Een aantal vormen van (nog niet bestaande) wet- en regelgeving op dit terrein zijn potentieel effectief, zoals het wettelijk herformuleren van de samenstelling van voedingsproducten (toegestane hoeveelheid suiker en verzadigde vetten). Of de beperking van het aanbod van ongezonde producten. Een andere potentieel effectieve route is het zodanig veranderen van de omgeving, dat de gezondere keuze meer voor de hand ligt. Denk aan meer fietspaden, kleinere verpakkingen, een aangepaste plaatsing van producten op verkooplocaties zoals de supermarkt, en lokaal (bijvoorbeeld in kantines) ook door het variëren van prijzen van gezonde en ongezonde producten. Ten slotte zijn gerichte programma's tegen overgewicht op scholen, of met persoonlijke begeleiding, potentieel effectief. Daarbij is essentieel is dat programma's zowel op voeding als op beweging gericht zijn. Al deze instrumenten zijn nog niet bewezen effectief, maar eerste onderzoeken bieden hoopgevende signalen.

Beleid met plausibele effectiviteit

Er zijn enkele beleidsinstrumenten waarvan de effectiviteit nog helemaal niet met onderzoek is aangetoond, maar waarvan de IBO-werkgroep heeft geconstateerd dat theoretische onderbouwing de effectiviteit plausibel maakt. Zo is er geen onderzoek naar de effectiviteit van reclameverboden of -beperkingen voor alcohol en ongezonde voeding. Er is wel onderzoek dat een verband aantoonde tussen *blootstelling* aan reclame en de consumptie van alcohol en ongezonde voeding. Het is dus plausibel dat reclameverboden en -beperkingen, die de blootstelling aan reclame verminderen, effectief het gebruik van alcoholgebruik kunnen terugdringen, alsook inname van ongezonde voeding, wat kan bijdragen aan vermindering van overgewicht.

Het wettelijk verplichte eigen risico in de Zorgverzekeringswet beoogt een beter afgewogen keuze voor zorggebruik te bevorderen, maar kan ook leiden tot ongewenste zorgmijding. Wellicht is dit effect groter onder groepen met een lage SES, omdat het eigen risico een groter beslag legt op het inkomen van deze groep. Er is geen onderzoek naar zorgmijding specifiek gericht op zwangere vrouwen binnen groepen met een lage SES. Maar het is plausibel dat deze vrouwen eerder hulp zoeken bij het stoppen met roken, en daarmee minder roken, als dit is uitgezonderd van het eigen risico. Dit komt ook ten goede aan de gezondheid van het ongeboren kind.

De opvatting dat het leefstijlbeleid effectiever wordt door verschillende beleidsinstrumenten in samenhang in te zetten, waarbij ook meerdere actoren gezamenlijk betrokken zijn, wordt breed gedeeld onder zowel wetenschappers als beleidsexperts. Maar het daadwerkelijk bewijzen van een grotere effectiviteit van gecombineerde instrumenten, die in samenhang worden gericht op een specifieke groep, of op een specifiek type ongezond gedrag, is aan vele praktische problemen gebonden. Gezien de brede steun voor deze visie vindt de werkgroep het plausibel dat beleid bestaande uit samenhangende instrumenten effectiever is, dan de toepassing van losstaande instrumenten. Een concreet voorbeeld zijn lokale multidisciplinaire programma's gericht op overgewicht, met aandacht voor voeding en beweging, zoals het programma JOGG (Jongeren Op Gezond Gewicht).

Doelgroepen: jeugd en lage SES

In de effectiviteitsanalyse is ook bekeken of de bevindingen verschillen tussen specifieke doelgroepen. De algemene conclusies over welke instrumenten het meest effectief zijn, verschillen over het algemeen niet. Ook voor jeugd en groepen met een lage SES zijn regulering en accijnzen het meest effectief. Accijnzen blijken wel effectiever te zijn voor het verbeteren van de gezondheid van jeugd en groepen met een lage SES, dan voor andere groepen binnen de samenleving.

Ongezond gedrag is lastig te veranderen op latere leeftijd, zeker wanneer verslaving meespeelt. Een ongezonde leefstijl op jonge leeftijd betekent daarom vaak een ongezondere leefstijl gedurende de rest van het leven. Bij beleid gericht op jeugd is de betrokkenheid van de ouders cruciaal.

Van bijzonder belang bij groepen met een lage SES, is dat de gemiddeld ongezondere leefstijl samen gaat met andere problemen die vaker voorkomen onder deze groepen. Denk aan werkloosheid, armoede, ontbrekende startkwalificaties en schulden. Het is plausibel dat bij mensen binnen deze groep meer te bereiken valt door leefstijlbeleid te combineren met beleid gericht op de overige problematiek.

Mogelijkheden voor effectiever beleid

Er zijn mogelijkheden om het effect van het leefstijlbeleid op de publieke gezondheid te vergroten. De negatieve gevolgen van alcohol kunnen verminderen door strengere regulering. Dat kan bijvoorbeeld door de locaties en de tijden waarop alcohol verkocht mag worden te beperken. Ook een verdere verhoging van de drinkgerechtigde leeftijd kan de negatieve gezondheidseffecten van alcohol verminderen. Een andere mogelijkheid is een substantiële accijnsverhoging.

Ook de gezondheidsschade door roken is op verschillende manieren verder terug te dringen. Bijvoorbeeld door strengere regels op te stellen voor de verkoop van tabaksproducten. Andere mogelijkheden zijn een substantiële accijnsverhoging, of het verbieden van roken op meer plekken. Zo zou er een rookverbod kunnen gelden voor terrassen van horecagelegenheden, of kunnen rookruimtes worden verboden.

Er zijn geen bewezen effectieve instrumenten om overgewicht terug te dringen. Mogelijkheden om het huidige beleid uit te breiden met potentieel effectieve instrumenten tegen overgewicht zijn (her)formulering van de samenstelling van voedingsproducten, het reguleren van de beschikbaarheid van bepaalde ongezonde producten, of het aanpassen van de omgeving om gezonde keuzes makkelijker te maken. Dit moet dan wel gepaard gaan met verder onderzoek naar de effectiviteit.

Sommige instrumenten waarvan de evidentie nog beperkt is, of waarvan de effectiviteit plausibel is, worden al toegepast in het huidige beleid. Het is wenselijk om van deze instrumenten waar mogelijk de effectiviteit nader te onderzoeken. Wanneer onderzoek de effectiviteit van een beleidsinstrument aantoont, moet ook de brede implementatie gewaarborgd te zijn. Vooral voor lokaal beleid is het belangrijk om mechanismen te ontwikkelen waarmee lokale overheden kennis kunnen delen, en om effectieve implementatie van instrumenten te bevorderen. Er is op lokaal niveau nog veel te winnen met betere onderlinge benutting van kennis en ervaringen.

Indien onderzoek aantoont dat bepaalde instrumenten gericht op gezond gedrag niet effectief zijn, dan is het omgekeerd ook wenselijk om deze kennis te delen en niet door te gaan met de aanpak. Zo zijn schoolprogramma's gericht op alcohol en tabak die uitsluitend informeren, zonder extra aandacht voor sociale competenties en weerbaarheid, niet effectief bij het tegengaan van roken en alcoholgebruik. Voor schoolprogramma's en individuele interventies gericht op overgewicht, waarbij alleen aandacht is voor voeding óf bewegen, is bewezen dat zij overgewicht van deelnemers niet effectief tegengaan. Ook losstaande massamediale campagnes, die niet bedoeld zijn ter ondersteuning van andere beleidsinstrumenten, zijn niet effectief.

De overheid maakt geen gebruik (meer) van instrumenten waarvan bewezen is dat zij niet effectief zijn. De overheid maakt wel gebruik van instrumenten waarbij onderzoek (nog) niet heeft aangetoond of het wel of niet werkt. Zo is van waarschuwingen en afschrikwekkende plaatjes op sigarettenpakjes niet aangetoond dat het roken terugdringt. Ook is niet aangetoond dat er een effect is op overgewicht bij steun aan zelfregulering door bedrijven. Vormen van zelfregulering zijn afspraken om producten gezonder te maken, etiketten inzichtelijker te maken ("het groene vinkje"), of om jeugd te ontzien bij reclame voor ongezonde producten. Voortzetting van dit beleid vraagt om nader onderzoek.

Beleidsvarianten

De IBO-werkgroep heeft op basis van haar bevindingen, en gezien de verschillende perspectieven die bestaan op de aspecten keuzevrijheid, solidariteit en paternalisme, een aantal beleidsvarianten geschetst. Elke beleidsvariant bestaat uit een pakket van zo effectief mogelijke beleidsinstrumenten die passen binnen een bepaalde combinatie van keuzevrijheid, solidariteit en paternalisme. Deze beleidsvarianten zijn hieronder samengevat. Ze zijn integraal terug te vinden in hoofdstuk 5.

Variant a: Eigen verantwoordelijkheid

De keuzevrijheid van de burger staat in deze variant voorop. Regulering beperkt zich tot het beschermen van de jeugd door middel van een minimumleeftijd van 18 jaar voor alcohol en tabak, plus accijnzen die de schadelijke gevolgen van ongezond gedrag voor anderen beprijsen. Een verhoging van de accijnzen op alcoholische drank met een lager alcoholpercentage (bier en wijn) kan daartoe wenselijk zijn. Er is in deze variant weinig behoefte aan solidariteit, en weinig vertrouwen in de mogelijkheden van de overheid om te bepalen wat voor haar burgers de beste keuze is.

Eventueel kan de overheid er binnen deze variant voor kiezen om de jeugd tot 18 jaar, aanvullend op de regulering, extra te beschermen tegen alcohol, tabak en overgewicht, omdat deze groep nog te jong is om een afdoende afgewogen keuze te maken. Potentieel effectieve maatregelen zijn daarbij schoolprogramma's gericht op alcohol en tabak, met aandacht voor sociale competenties en weerbaarheid, en daarnaast een gezond aanbod van voeding en voldoende beweging op school.

Variant b: Gezonde keuzes faciliteren

In deze variant is de overheid bereid om de keuzevrijheid van de burger enigszins te beperken als het gaat om tabak. Specifiek tabak, omdat dit zeer schadelijk is voor de gezondheid van zowel het individu als anderen, en omdat de verslavingseffecten de mogelijkheid om een weloverwogen keuze te maken beperken. Er gelden daarom rookverboden op de werkplek, in de horeca, en in openbare ruimtes. Voor tabak en alcohol geldt een leeftijdbeperking van 18 jaar. Ook worden accijnzen op tabaksproducten met minimaal 10 procent verhoogd om gebruik te ontmoedigen.

Er is in deze variant enig vertrouwen in de mate waarin de overheid voor mensen kan bepalen wat de gezonde keuze is. Die gezonde keuze wil de overheid gemakkelijker maken. Voor alcohol en tabak kan dat effectief door persoonlijke begeleiding bij stoppen met roken of bij alcoholverslaving binnen het verzekerde pakket. Voor overgewicht zijn potentieel effectieve instrumenten het aanpassen van de omgeving, en, via wetgeving, het aanpassen van de samenstelling van voedingsmiddelen.

De overheid heeft behoefte aan een zekere mate van solidariteit waar het de gezondheidsachterstanden van groepen met een lage SES betreft. Zij kiest daarbij voor gericht beleid op deze groep, omdat zij bij regulering en accijnzen andere groepen niet kan ontzien. Het is plausibel dat de gezondheid van deze groep baat heeft bij een multidisciplinaire aanpak van leefstijl, in samenhang met de aanpak van andere problemen die relatief vaak voorkomen binnen deze groep, zoals werkloosheid, ontbrekende startkwalificaties en schulden. Ook in deze variant kan de overheid kiezen voor extra bescherming van de jeugd door de onder variant a) genoemde schoolprogramma's gericht op gezonde voeding en voldoende beweging op school.

Variant c: Gezondheid voorop

In deze variant staat het bevorderen van de publieke gezondheid voorop. De overheid maakt maximaal gebruik van de beleidsruimte die zij heeft om dit te bereiken. Er is veel vertrouwen in de mogelijkheden van de overheid om te bepalen wat de beste keuze voor haar burgers is. Bovendien is er in deze variant veel behoefte aan solidariteit en geeft de overheid daarom prioriteit aan het verbeteren van de gezondheid van groepen met een lage SES. Regulering is, ook voor groepen met een lage SES, het meest effectieve instrument, gevolgd door accijnsverhogingen. Voor zowel alcohol als tabak wordt daarom niet alleen de leeftijd gereguleerd, maar ook de locaties en de

tijden waarop deze producten verkocht mogen worden. Ook worden de accijnzen op zowel alcohol als tabaksproducten met minimaal 10% (extra) verhoogd om gebruik terug te dringen. Persoonlijke begeleiding bij stoppen met roken of bij alcoholverslaving is onderdeel van het verzekerde pakket, om dit toegankelijk te houden voor iedereen.

Optioneel kan de overheid dit beleid aanvullen met potentieel effectieve maatregelen gericht op overgewicht, door het aanpassen van de omgeving en het met wetgeving aanpassen van de samenstelling van voedingsmiddelen. Ook in deze variant kan de overheid kiezen voor extra bescherming van de jeugd met de onder variant a) genoemde potentieel effectieve maatregelen. Gezonder gedrag onder jeugd leidt namelijk tot een betere gezondheid over de gehele levensloop. Ook kan de overheid extra inzetten op de gezondheid van groepen met een lage SES met een multidisciplinaire aanpak zoals genoemd onder variant b). In deze variant is ten slotte ook ruimte om te kiezen voor aanvullende maatregelen, namelijk het beperken of verbieden van reclame voor alcohol en ongezonde voeding, en het afschaffen van het eigen risico bij stopbegeleiding voor zwangere vrouwen, waarvan de effectiviteit plausibel is.

Aanbevelingen

De IBO-werkgroep vindt het belangrijk dat de kennis over de effecten van leefstijlbeleid wordt vergroot. Het gaat daarbij zowel om de effecten van het beleid op gezondheid, als om de bredere maatschappelijke welvaartseffecten. Ook vindt de werkgroep van belang dat kennis beter gedeeld wordt, en dat die kennis leidt tot toepassing van meer "evidence based" leefstijlbeleid. De werkgroep doet daartoe de volgende aanbevelingen:

1. *Gebruik langdurige onderzoeksprogramma's (minimaal 10 jaar):* De lange termijn waarop effecten van leefstijlbeleid zich voordoen, vereisen een lange doorlooptijd van onderzoek. Van belang is daarbij om de dynamiek van de maatschappelijke omgeving, en innovatiekracht van betrokken partijen in het oog te houden.
2. *Stel eisen aan beschikbaarheid en compatibiliteit van publiek gefinancierde data en onderzoek:* Data van publiek gefinancierd onderzoek moeten (onder voorwaarden) openbaar beschikbaar zijn. Bovendien moeten de data van verschillende onderzoeken onderling koppelbaar zijn.
3. *Zoek internationale samenwerking:* Terwijl de nationale context van belang is voor onderzoek naar het effect van beleid op gedrag, is het effect van gedrag op gezondheid in elk land vergelijkbaar. Ook kunnen internationale best practices inspiratie bieden voor nieuw beleid.
4. *Stel richtlijnen op voor kennisdeling op lokaal niveau:* Er is een scala aan lokale initiatieven op het gebied van leefstijl, maar breed georganiseerde deling van kennis ontbreekt. Centraal opgestelde richtlijnen kunnen deze kennisdeling vergroten.
5. *Waarborg de brede implementatie van bewezen effectief beleid:* Vooral voor lokaal beleid is de brede implementatie van effectieve maatregelen een uitdaging. Centrale registratie en deling van informatie over effectieve implementatie bevordert de uitrol van effectief beleid.
6. *Onderzoek en kwantificeer het effect van leefstijl op de arbeidsmarkt:* Het is plausibel dat een betere publieke gezondheid goed is voor o.a. participatie en productiviteit, maar dit is nog niet aangetoond en gekwantificeerd.
7. *Onderzoek en kwantificeer het effect van leefstijl op onderwijsprestaties:* Het is plausibel dat een betere publieke gezondheid goed is voor onderwijsprestaties, maar ook dit is nog niet aangetoond en gekwantificeerd.
8. *Onderzoek overige maatschappelijke kosten en baten van leefstijlbeleid:* Mogelijk kent leefstijlbeleid nog meer maatschappelijke welvaartseffecten, zowel positief (baten) als negatief (kosten). Deze zijn nog beperkt met wetenschappelijk onderzoek in kaart gebracht.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

De levensverwachting en het aantal jaren dat Nederlanders gezond leven stijgen. Dit is onder andere te danken aan de verworvenheden van de moderne gezondheidszorg. Maar niet alleen een betere zorg verlengt onze levensduur en gezondheid. Een gezonde leefstijl kan eveneens bijdragen aan een langer en gezonder leven. Bovendien verbeteren we zo onze gezondheid tegen lagere kosten voor de maatschappij. De overheid tracht door middel van leefstijlbeleid hier aan bij te dragen.

In 2007 stelde het IBO "Gezond gedrag bevordert" dat de kennis over de (kosten)effectiviteit van beleid gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl nog beperkt was. In het voorjaar van 2015 publiceerde het CPB in samenwerking met het Ministerie van Financiën en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het rapport "Zorgkeuzes in Kaart", waarin wordt geconstateerd dat de kennis over de effecten van leefstijlbeleid nog te beperkt is om deze te kunnen kwantificeren. Het kabinet heeft de werkgroep IBO Gezonde leefstijl gevraagd om, voortbouwend op het IBO uit 2007 en Zorgkeuzes in Kaart, een gedetailleerder beeld te schetsen van de kennis over de effectiviteit van het leefstijlbeleid, in het bijzonder voor de thema's alcohol, tabak en overgewicht. In de periode van september 2015 tot en met april 2016 heeft de werkgroep zich over deze opdracht gebogen. De werkgroep heeft diverse experts geconsulteerd, en intensief gebruik gemaakt van de kennis over leefstijl en effectiviteitonderzoeken van het RIVM en het CPB. Ten slotte zijn de resultaten van het IBO besproken met enkele belanghebbende organisaties in een stakeholdersessie. Dit rapport is het resultaat van deze werkzaamheden van de werkgroep.

1.2 Taakopdracht

De volledige tekst van de taakopdracht aan de werkgroep IBO Gezonde leefstijl is te vinden in bijlage 1. Deze paragraaf beschrijft de wijze waarop het rapport antwoord geeft op de kernvragen.

1. *Welke interventievormen zijn effectief in de leefstijlbeïnvloeding en daarmee in het stimuleren van gezond gedrag en het voorkomen van ziekten? Wat valt er te zeggen over de (kosten)effectiviteit ervan?*

Hoofdstuk 3 beschrijft de bevindingen van de werkgroep over de effectiviteit van beleidsmaatregelen bij het stimuleren van gezond gedrag, voor zover hiertoe kennis beschikbaar is. Wanneer beleid effectief leidt tot gedragsverandering, betekent dit eveneens een verlaging van ziekterisico's. Over kosteneffectiviteit van leefstijlbeleid is weinig bekend. Wel geldt in algemene zin dat het budgettaire beslag van leefstijlmaatregelen vaak dermate beperkt is, dat beleid dat effectief gezond gedrag bevordert al snel ook kosteneffectief is.

2. *Zijn de huidige methoden om de (kosten)effectiviteit van preventiemaatregelen te meten en te kwantificeren toereikend en eenduidig?*

Hoofdstuk 3 omschrijft de beschikbare methoden om de effectiviteit van leefstijlbeleid in kaart te brengen. Waar informatie over de effectiviteit van leefstijlbeleid ontbreekt, komt dat doorgaans doordat gegevens ontbreken om dit onderzoek uit te voeren. Hoofdstuk 3 signaleert deze obstakels. Hoofdstuk 6 doet aanbevelingen voor verbetering van onderzoek, waar dit haalbaar is.

3. *Hoe ziet het huidige instrumentarium op het gebied van gezondheidsbevordering/ gedragsbeïnvloeding eruit? Is de instrumentenmix voldoende effectief? Is deze voldoende samenhangend, gezien vanuit het rijksbrede beleidsperspectief? Zijn de verantwoordelijkheden op het juiste niveau belegd (rijk, andere overheden, privaat)? Welke instrumentenmix is het meest effectief bij preventie op de terreinen alcohol, tabak en overgewicht?*

Hoofdstuk 2 en bijlage 4 bevatten een omschrijving van het huidige beleid op hoofdlijnen. Over de mate waarin beleidsinstrumenten elkaar beïnvloeden is weinig bekend. Wel is er algemene consensus dat beleidsmaatregelen elkaar kunnen versterken en in samenhang het meest effectief zijn. Op basis van beschikbaar onderzoek valt ook weinig te zeggen over de meest effectieve verdeling van verantwoordelijkheden. Ook hier is er consensus dat decentrale overheden de aangewezen partij zijn voor leefstijlbeleid dat zich uitsluitend richt op specifieke doelgroepen binnen de samenleving. Daarnaast is het heffen van belastingen een verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid. Deze plausibele uitgangspunten worden toegepast bij de vormgeving van de beleidsvarianten in hoofdstuk 5.

1.3 Afbakening

De termen 'gezonde leefstijl' en 'preventie' worden vaak door elkaar gebruikt. Preventie omvat het gehele beleidsterrein dat gericht is op het bevorderen en beschermen van gezondheid. Leefstijl omvat uitsluitend het preventiebeleid dat gericht is op het beïnvloeden van gedrag. Zo zijn vaccinaties en bevolkingsonderzoeken ook vormen van preventie, omdat zij beogen de gezondheid te beschermen, maar ze zijn niet gericht op het beïnvloeden van gedrag. Ook beperkt het IBO zich tot het beleid dat gericht is op het bevorderen van gezond gedrag alvorens er sprake is van ziektebeelden die het gevolg kunnen zijn van leefstijl. De rol van de curatieve medische sector blijft buiten beschouwing. De focus ligt bovendien op het Rijksbeleid. Het beleid van lokale overheden en de effectiviteit van het instrumentarium op lokaal niveau komt beperkt aan bod. Voor de verdere afbakening van het IBO is gekozen voor drie onderdelen van het van het leefstijlbeleid, waarvan bekend is dat de onderliggende gedragingen aanzienlijke gevolgen hebben voor het ziekterisico, namelijk het gebruik van alcohol, van tabak (hieronder valt ook de e-sigaret), en overgewicht veroorzaakt door een ongezond voedingspatroon en/of een gebrek aan beweging.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 omschrijft het doel van leefstijlbeleid (2.1) en schetst de problemen waar het beleid op aanhaakt (2.2). Vervolgens bevat het hoofdstuk een illustratie van de mate van overheidsingrijpen aan de hand van de interventieladder (2.3) en een beknopte omschrijving van het huidige beleid (2.4). Hoofdstuk 3 omschrijft de wijze waarop de effectiviteit van leefstijlbeleid wordt gemeten (3.1) en beschouwt vervolgens de bevindingen van de IBO-werkgroep over de effectiviteit van instrumenten binnen het leefstijlbeleid in algemene zin (3.2) en de effectiviteit van het bestaande leefstijlbeleid (3.3). Hoofdstuk 4 schetst wat op basis van de bestaande kennis over effectiviteit de bouwstenen zijn voor beleid (4.1 t/m 4.3). Hoofdstuk 5 beschrijft aan de hand van deze bouwstenen, uitgaande van verschillende politieke perspectieven op leefstijlbeleid, enkele beleidsvarianten. Daarbij omschrijft het hoofdstuk eerst hoe deze varianten zijn opgebouwd (5.1), alvorens in te gaan op de individuele varianten (5.2 t/m 5.4). Hoofdstuk 6 doet ten slotte aanbevelingen voor nader onderzoek naar de effectiviteit van leefstijlbeleid.

2. Beleidsdoel en probleemschets

2.1 Doel leefstijlbeleid

Het leefstijlbeleid beoogt de publieke gezondheid te bevorderen. De overheid zal daarbij waar mogelijk ook de bredere maatschappelijke welvaartseffecten van het leefstijlbeleid mee in overweging nemen. Het bevorderen van een gezonde leefstijl kan immers bredere baten hebben dan alleen gezondheidswinst, zoals een grotere participatie op de arbeidsmarkt en in de maatschappij. Overheidsingrijpen kan echter ook gepaard gaan met maatschappelijke kosten, zoals het beperken van genot dat gepaard gaat met ongezond gedrag, of een toename van illegale handel bij een verbod op bepaalde ongezonde producten.

Zowel een betere publieke gezondheid als meer maatschappelijke welvaart komt vooral ten goede aan het individu en de samenleving in den brede. Voor private partijen, zoals werkgevers en zorgverzekeraars, lijkt het weinig interessant om te investeren in gezond gedrag, omdat het vaak pas op de lange termijn iets oplevert, en omdat de baten vaak ook bij andere partijen terecht komen. Er lijkt dus een legitieme rol voor de overheid te bestaan om ervoor te zorgen dat beleid gericht op leefstijl, waar dat nodig is, van de grond komt. Dit kan zowel om de Rijksoverheid als om lokale overheden (zoals gemeenten) gaan.

Er zijn verschillende redenen waarom het wenselijk kan zijn dat de overheid beleid voert gericht op verbetering van de leefstijl:

- Ten eerste zijn mensen niet altijd in staat de juiste informatie te verkrijgen en deze te interpreteren. Informatie is soms moeilijk te verkrijgen, maar er kan ook een enorme hoeveelheid informatie van wisselende kwaliteit beschikbaar zijn. Dat maakt het lastig voor burgers te bepalen wat gezonde keuzes zijn.
- Ten tweede zijn burgers, zelfs wanneer zij weten wat de gezonde keuze is, niet altijd in staat om daar ook naar te handelen. Dat kan leiden tot voorspelbare spijt van bepaalde keuzes. Verslaving kan hier een grote rol spelen.
- Ten derde kan het ongezonde gedrag van de één negatieve effecten hebben op anderen, waardoor de maatschappij wordt geconfronteerd met kosten.
- Ten slotte kan de overheid leefstijlbeleid voeren uit solidariteitsoverwegingen. De overheid beschouwt dan het bestaan van gezondheidsverschillen tussen groepen binnen de samenleving als een probleem, en streeft naar een meer evenwichtige verdeling.

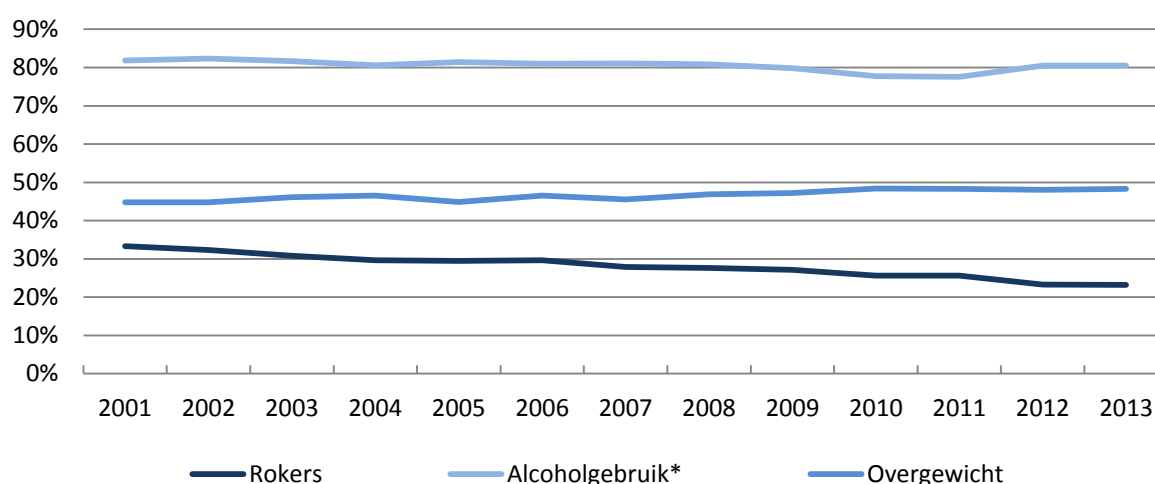
Of bovengenoemde redenen ook daadwerkelijk tot overheidsingrijpen leiden, hangt af van een aantal overwegingen:

- Keuzevrijheid: leefstijlbeleid kan de keuzevrijheid van burgers beïnvloeden. De overheid moet overwegen of de doelen die zij met het beleid nastreeft opwegen tegen de inperking van de keuzevrijheid die daar tegenover staat.
- Verschillen binnen de samenleving: de genoemde redenen voor overheidsingrijpen kunnen voor bepaalde groepen binnen de samenleving zwaarder of minder zwaar wegen. Daardoor kan het bij de ene groep wenselijker zijn om in te grijpen dan bij de andere. Zo is de jeugd kwetsbaarder voor de schadelijke gevolgen van ongezond gedrag, en minder in staat bewuste keuzes te maken. Hoger opgeleiden zijn gemiddeld beter in staat om gezonde keuzes te maken dan lager opgeleiden. Sommige beleidsinstrumenten, zoals verboden en accijnzen, kunnen echter alleen op iedereen of op niemand toegepast worden.
- Beperkingen van de overheid: niet alleen de mogelijkheid van mensen zelf om gezonde keuzes te maken kan beperkt zijn, ook de overheid is beperkt in haar mogelijkheden om in te grijpen. Zo kan de overheid niet altijd overzien wat de optimale leefstijlkeuze is, en heeft de overheid beperkte macht in het beïnvloeden van het gedrag van burgers. Nieuwe ontwikkelingen spelen daarin een rol, zoals de opkomst van sociale media, die zowel nieuwe kansen als beperkingen betekenen voor de positie van de overheid.

2.2 Probleemschets

In algemene zin zijn in Nederland de trends voor het gebruik van alcohol en tabak en voor overgewicht dalend of vrij stabiel (figuur 1). Bijlage 2 toont een vergelijking met andere EU-landen. Daaruit blijkt dat Nederland het qua leefstijl op de meeste vlakken relatief goed doet vergeleken met de rest van de EU. Dat wil niet zeggen dat er geen redenen zijn tot zorg. Zo veroorzaakt roken ondanks de dalende trend nog altijd 13,1% van de totale ziektelast (zie figuur 2). De totale ziektelast bestaat uit het aantal verloren levensjaren en het aantal jaren geleefd met beperkingen, als gevolg van ziekte binnen de Nederlandse bevolking. Het effectief terugdringen van rookgedrag levert dus relatief de meeste gezondheidswinst op. Overgewicht en inactiviteit staan, met afstand, op de tweede en derde plek (5,2% en 3,5%). Overgewicht is het gevolg van inactiviteit samen met ongezonde voeding. Overmatig alcoholgebruik, volgens de definitie die gold voor 2016¹ is veroorzaker nummer 4 (2,8%). Sinds 2015 adviseert de Gezondheidsraad in het geheel geen alcohol meer te gebruiken.

Figuur 1. Algemene trend rokers, alcoholgebruik en overgewicht



Gebruikte definities:

- Rokers: Mensen van 12 jaar en ouder die weleens roken
- Alcoholgebruik: Mensen van 12 jaar en ouder die in het afgelopen jaar alcohol geconsumeerd hebben
- Overgewicht: Mensen van 20 jaar en ouder met een BMI hoger dan 25

* Voor alcoholgebruik is vanaf 2012 de vraagstelling gewijzigd, wat de stijging kan verklaren.

Bron: CBS Statline

Onder de algemene trends liggen cijfers en trends voor specifieke groepen die opvallen (zie ook bijlage 3 voor uitgebreidere cijfers en trends per thema):

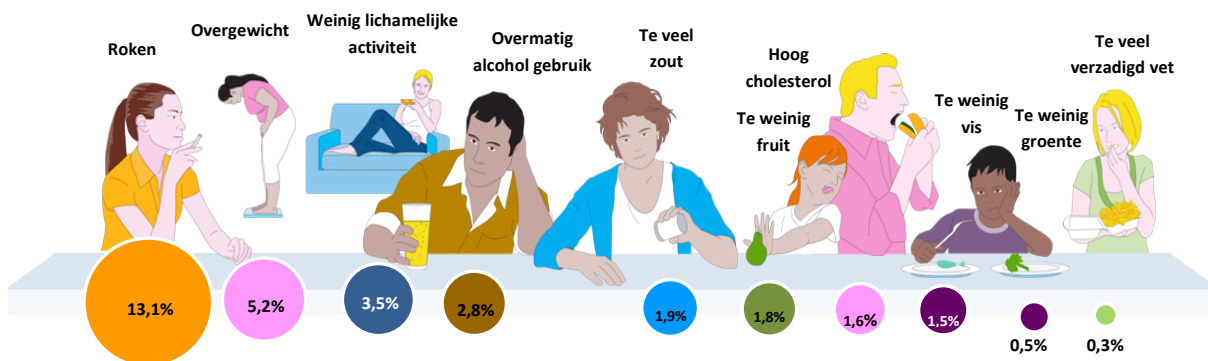
- Roken, zwaar alcoholgebruik² en overgewicht zijn gerelateerd aan de sociaaleconomische status, waarbij groepen met een lagere SES vaker ongezond gedrag vertonen. Maar vooral het verschil tussen groepen met de laagste SES en de rest van de bevolking springt in het oog. Ook zijn de trends binnen deze groep minder gunstig. De gezondheidsverschillen tussen groepen met een lage SES en de rest van de bevolking zijn daardoor groot en worden bovendien niet kleiner.
- Roken, overgewicht en alcoholgebruik komen nog altijd veel voor onder jongeren. Ongezond gedrag op jonge leeftijd leidt tot meer ongezond gedrag en meer gezondheidsschade over de gehele levensloop. Dat geldt vooral voor roken en overgewicht, factoren die lastig te veranderen zijn op latere leeftijd. Hoewel de algemene trend voor alcoholgebruik onder jongeren gestaag daalt, is er een kleine maar groeiende groep jongeren die zeer veel alcohol in één keer consumeert.

¹ De oude definitie (voor 2016) van overmatig alcoholgebruik betrof meer dan 14 glazen per week (2 per dag) voor vrouwen, en meer dan 21 glazen per week (3 per dag) voor mannen.

² Zwaar alcoholgebruik betekent minstens 1 keer per week meer dan 6 glazen voor mannen, en meer dan 4 glazen voor vrouwen.

De overheid beschouwt vanuit een maatschappelijk welvaarts perspectief wellicht niet elke vorm van gedrag die leidt tot gezondheidsschade als een probleem. Bij matig gebruik van alcohol en tabak, of weinig overgewicht, kunnen de maatschappelijke baten van bijvoorbeeld genot namelijk de maatschappelijke kosten van ingrijpen overstijgen. Voorzichtigheid bij het gebruik van genot als maatschappelijke baat van ongezond gedrag is echter geboden. Genot kan namelijk het gevolg zijn van gewenning en zelfs verslaving. Of genot dat puur voortvloeit uit gewenning of het bevredigen van een verslavingsbehoefte ook als baat te bestempelen valt, is een legitieme vraag.

Figuur 2. Ziektelast als gevolg van ongezond gedrag

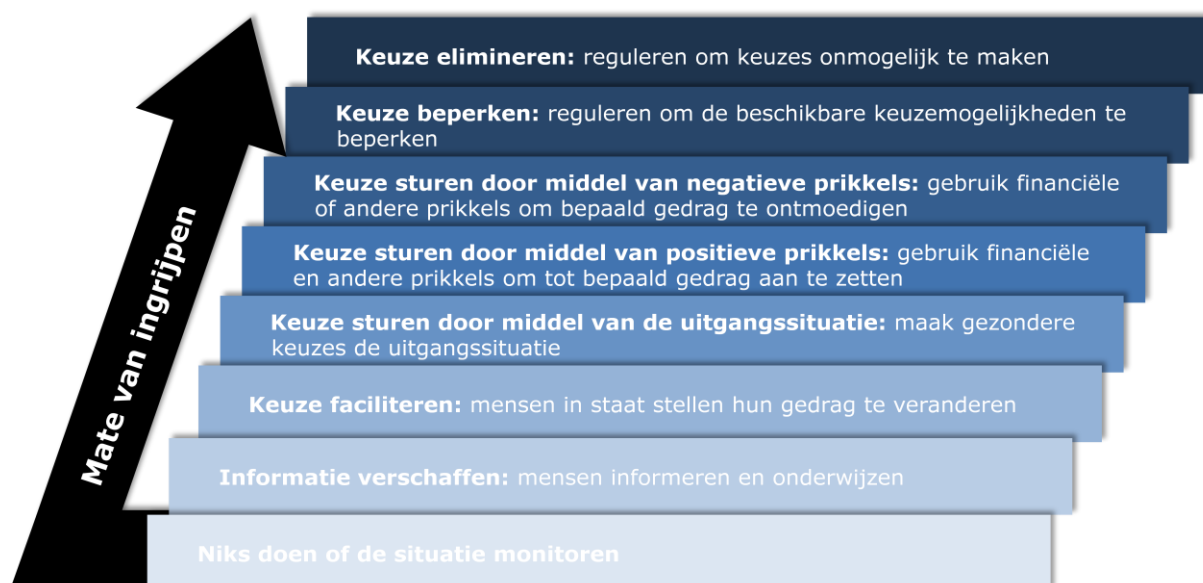


Groepen met een lage SES en de jeugd kennen een grotere leefstijlproblematiek dan andere groepen binnen de samenleving. De minder gezonde leefstijl bij lage SES-groepen hangt meestal samen met andere problematiek, zoals werkloosheid, armoede, gebrekkige scholing en schulden. Ongezond gedrag van de jeugd hangt samen met de leefstijl van de ouders, de houding van ouders ten aanzien van de leefstijlkeuzes van de kinderen en het nog niet goed in staat zijn om verstandige keuzes voor de lange termijn te maken.

2.3 Interventieladder

De mate waarin de overheid kan ingrijpen wordt in figuur 3 weergegeven met een zogenaamde interventieladder. Deze interventieladder illustreert hoe sterk beleid ingrijpt, en welke mogelijkheden er zijn om sterker of juist minder sterk in te grijpen. De positie van het huidige beleid op de interventieladder is het hoogst voor tabak en alcohol, terwijl deze positie veel lager is voor overgewicht. Dit is te verklaren vanuit de hoge ziektelast die roken veroorzaakt, de negatieve effecten van tabak- en overmatig alcoholgebruik op anderen, het verslavingseffect, en de grote gevoeligheid van jeugd voor zowel tabak als alcohol. De lagere positie van overgewicht is gerelateerd aan het feit dat het lastiger is beleid te richten op de onderliggende gedragsvormen, namelijk voedingspatronen en beweging. Voeding is niet in algemene zin slecht en ingrediënten zijn lastig te reguleren of te beprijzen. Beweging valt beperkt te reguleren of beprijzen. De positie op de interventieladder is niet gerelateerd aan de wenselijkheid of de effectiviteit van het beleid. Wel schetst de interventieladder de mogelijkheden voor aanvullingen op het huidige beleid. Een hogere positie op de interventieladder sluit niet uit dat ook instrumenten lager op de ladder effectief kunnen zijn.

Figuur 3. Interventieladder



Bron: Nuffield Council on Bioethics

2.4 Het huidige leefstijlbeleid

Het leefstijlbeleid is op rijksniveau primair belegd bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het ministerie besteedt veel aandacht aan de thema's alcohol, tabak en overgewicht. Het richt zich er vooral op mensen in staat te stellen gezonde keuzes te maken, en om gezonde keuzes te stimuleren. Dit gebeurt door onder andere landelijke voorlichtingscampagnes, stimuleringsprogramma's en door actieve begeleiding op lokaal niveau. Hardere instrumenten, zoals regulering, worden vooral ingezet op gebruik van tabak en alcohol onder de jeugd en op gebruik van tabak in de nabijheid van anderen.

Een aantal andere departementen voert ook beleid gericht op leefstijl, en specifiek de thema's alcohol, tabak en overgewicht. Zo bepaalt het ministerie van Financiën het accijnsbeleid. Dit is primair gericht op het genereren van inkomsten voor de schatkist, maar kan daarnaast het gebruik van tabak³ en alcohol ontmoedigen. Verder speelt het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) samen met VWS een belangrijke rol in leefstijlbeleid door het gezamenlijk stimuleren van de aanpak "Gezonde School". Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) draagt bij aan het leefstijlbeleid met onder meer het bevorderen van duurzame inzetbaarheid, het vergroten van arbeidsparticipatie, en het stimuleren van de aanpak "Gezonde Kinderopvang". Verder is het Ministerie van Economische Zaken (EZ) betrokken door voeding- en natuurbeleid, het Ministerie van Infrastructuur en Milieu (I&M) door beleid voor inrichting van de fysieke leefomgeving, en het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) door het lokale leefstijlbeleid van gemeenten.

Ook gemeenten en decentrale partijen als GGD'en voeren leefstijlbeleid om de publieke gezondheid te bevorderen. Zorgverzekeraars zijn betrokken bij geïndiceerde preventie-instrumenten, zoals persoonlijke begeleiding bij stoppen met roken, die onderdeel zijn van het verzekerde pakket. Een uitgebreidere beschrijving van het huidige leefstijlbeleid is te vinden in bijlage 4.

³ Accijnzen zijn gericht op tabaksproducten als sigaretten en sigaren, en niet op de grondstof tabak zelf. Bij alcohol geldt wel dat de accijns op alcohol als zodanig wordt geheven.

3. Effectiviteit van beleid

3.1 Effectiviteitsmeting

De analyse van de effectiviteit van leefstijlbeleid beziet in hoeverre diverse beleidsinstrumenten erin slagen de gestelde doelen te bereiken. Het meest effectieve leefstijlbeleid haakt niet per se aan bij de grootste problemen. Roken veroorzaakt bijvoorbeeld de meeste ziektelast, maar kent eveneens hardnekkige verslavingseffecten. Dat kan betekenen dat gezondheidswinst of welvaartswinst gemakkelijker te behalen is door andere problemen aan te pakken. Ook de constatering dat ongezond gedrag vaker voorkomt onder groepen met een lage SES, betekent niet dat leefstijlbeleid gericht op deze groep daarom het meest opportuun is. Het bevorderen van de gezondheid en welvaart van andere groepen kan uiteindelijk meer gezondheidswinst opleveren, omdat zij hun gedrag makkelijker aanpassen.

Leefstijlbeleid is gericht op het bevorderen van de publieke gezondheid. De effectiviteitsanalyse heeft daarom primair betrekking op de mate waarin leefstijlbeleid deze doelstelling bereikt. Zoals gezegd, is het voor de overheid waar mogelijk wenselijk ook de bredere maatschappelijke welvaartseffecten van het leefstijlbeleid te bezien. Het afwegen van de totale maatschappelijke kosten en baten van leefstijlbeleid kan tot andere conclusies over de beleidskeuzes leiden dan conclusies op basis van effectiviteit bij het bevorderen van publieke gezondheid. Zo kan een algeheel alcoholverbod (drooglegging) de totale publieke gezondheid verbeteren, maar ook leiden tot hogere maatschappelijke kosten door illegale handel en criminaliteit. Ten slotte kan de verdeling van de beleidseffecten van belang zijn voor de keuzes die de overheid maakt. Wanneer de overheid een evenwichtige verdeling van de gezondheid over de bevolking beoogt, kan gezondheidswinst onder groepen met een lagere SES belangrijker zijn dan een vergelijkbare of zelfs hogere gezondheidswinst onder groepen met een hogere SES.

De effectiviteit van leefstijlbeleid in het bevorderen van de publieke gezondheid wordt doorgaans gemeten in quality-adjusted life years (Qaly's). Dit is een maat voor het aantal voor gezondheid gecorrigeerde levensjaren. De kosteneffectiviteit van leefstijlbeleid wordt bepaald door de kosten per Qaly. De bredere maatschappelijke welvaartseffecten kunnen in beginsel voorafgaand aan de invoering van een nieuw beleidsinstrument in kaart worden gebracht met een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA). Tabel 1 illustreert de maatschappelijke kosten en baten die in een dergelijke analyse van leefstijlbeleid aan bod kunnen komen.

Tabel 1. Maatschappelijke kosten en baten leefstijlinterventies

Effecten in de markt voor het "ongezonde product"
Consumentensurplus en producentensurplus Accijnsopbrengst
Effecten zorg en gezondheid
Kosten gezondheidszorg Kosten mantelzorg Gezondheidswinst Welvaartswinst
Effecten op andere "markten"
Betere onderwijsprestaties Hogere arbeidsproductiviteit en arbeidsparticipatie
Ongeprijsde (externe) effecten
Extra effecten op collectieve uitgaven en inkomsten Hogere veiligheid Verminderde overlast voor derden

Bron: adaptatie uit Koopmans et al. (2016)

De mogelijkheden een MKBA uit te voeren voor (nieuwe) leefstijlinstrumenten zijn beperkt. Dit komt onder andere doordat er nog weinig bekend is over de relatie tussen roken, alcohol en overgewicht en een aantal van de genoemde kosten en baten, zoals het effect op

onderwijsprestaties, productiviteit en veiligheid. Het CPB heeft voor dit IBO een literatuuronderzoek uitgevoerd naar wat er bekend is over de arbeidsmarkteffecten van alcohol, tabak en overgewicht. In algemene zin is er nog weinig bewijs voor het bestaan van causale verbanden tussen alcohol- en tabaksconsumptie en overgewicht, en arbeidsmarktindicatoren als participatie, loon en ziekteverzuim. Wel lijken studies die een negatief effect van alcohol op participatie vinden van betere kwaliteit te zijn dan studies die geen effect vinden. Er is geen eenduidig bewijs voor een relatie tussen tabaksgebruik en de genoemde arbeidsmarktindicatoren. Met betrekking tot overgewicht is een effect aangetoond van overgewicht op het loon van vrouwen, maar voor mannen is dit effect niet gevonden. Bijlage 5 bevat een uitgebreidere omschrijving van de bevindingen van het CPB.

Box 1: SEO-rapport "Kosten van roken"

SEO Economisch Onderzoek (SEO) heeft dit voorjaar, in opdracht van de Stichting Eindspel Tabak, het rapport "Kosten van roken" gepubliceerd. SEO vergelijkt in het rapport de huidige situatie met de hypothetische situatie waarin in het geheel niet gerookt wordt of gerookt is, en berekent het verschil voor de maatschappelijke welvaart. SEO noemt deze berekeningen een MKBA, maar volgens de algemene leidraad (Romijn en Renes, 2013), waar ook SEO naar verwijst, betreft een MKBA een ex ante toetsing van de maatschappelijke kosten en baten van beleidsmaatregelen. De berekening van SEO heeft echter geen direct verband met beleid.

Daarmee is ook de relevantie voor dit IBO beperkt, omdat het IBO juist de effectiviteit van beleidsmaatregelen beziet. Beleidsmaatregelen om roken terug te dringen kunnen gepaard gaan met negatieve neveneffecten zoals illegale handel en productie. Dergelijke effecten blijven in de hypothetische vergelijking van SEO buiten beschouwing. Ook zeggen de berekeningen van SEO niets over de vraag of en hoe de hypothetische situatie met beleidsmaatregelen bereikt kan worden. Daarnaast maakt SEO gebruik van aannames over causale relaties tussen roken en arbeidsmarktindicatoren, waarvan het bestaan niet wetenschappelijk is aangetoond.

Gezien deze beperkte beschikbare kennis richt de effectiviteitsanalyse van het leefstijlbeleid in dit IBO zich voornamelijk op de effectiviteit van het bevorderen van de publieke gezondheid, gemeten in Qaly's. Waar nodig worden kwalitatieve kanttekeningen geplaatst bij mogelijke maatschappelijke kosten en baten, omdat deze effecten wel relevant zijn voor de politieke besluitvorming, vooral wanneer het gaat om ingrijpende beleidsinstrumenten zoals verboden. Hoofdstuk 6 bevat aanbevelingen om de kennis over de maatschappelijke welvaartseffecten van leefstijl en leefstijlbeleid te verbeteren.

De effectiviteit van leefstijlbeleid in het bevorderen van de publieke gezondheid is afhankelijk van de mate waarin het beleid in staat is om het gedrag van een persoon te veranderen, en het aantal mensen dat bereikt wordt met het beleid. Een instrument dat bij veel mensen een kleine gedragsverandering tot gevolg heeft kan dus even effectief zijn als een instrument dat een grotere gedragsverandering bij een kleine groep mensen bereikt. Voor de effectiviteit van het leefstijlbeleid is daarnaast cruciaal dat de gedragsverandering blijvend is.

Het meten van de effectiviteit van leefstijlbeleid kent een aantal knelpunten. Deze hangen voornamelijk samen met de benodigde lange periode die nodig is om de directe effecten van leefstijlbeleid op gezondheid te meten. Alleen met een lange follow-uptermijn is vast te stellen of een bereikte gedragsverandering permanent is en tot de beoogde gezondheidsverbetering leidt. Door de lange tijdsduur is het vaak moeilijk om een experimentele opzet vol te houden en groepen te volgen. Ook leidt een langere tijdsduur tot meer uitval van deelnemers en bestaat er een grote invloed van andere factoren buiten de beleidsinstrumenten of het experiment. Hoofdstuk 6 bevat aanbevelingen voor mogelijke verbeteringen van de effectiviteitsmeting van leefstijlbeleid.

Box 2: Leefstijlbeleid en collectieve financiën

Er zijn veel medische aandoeningen waarvan bekend is dat zij (deels) het gevolg zijn van ongezonde leefstijl. Hieraan wordt regelmatig de conclusie verbonden dat een gezondere leefstijl tot een verlaging van de collectieve zorgkosten of de totale collectieve uitgaven kan leiden. Het RIVM publiceerde in 2013 het rapport "Zorgkosten van ongezond gedrag", waarin wordt geconcludeerd dat gezond gedrag uiteindelijk tot een stijging van de zorgkosten leidt, omdat mensen langer leven en andere ziektes krijgen.

Wat betreft de totale collectieve financiën kan een grotere publieke gezondheid leiden tot meer afdracht van belastingen en premies door een grotere participatie op de arbeidsmarkt. Anderzijds stijgen de kosten van pensioenuitkeringen, en wordt meer uitgegeven aan zorg. In algemene zin valt niet te zeggen of de totale collectieve financiën verbeteren of verslechteren door een gezondere leefstijl. Bovendien spelen hierbij de medische behandelmogelijkheden van leefstijlgerelateerde ziekten en het draagvlak dit collectief te financieren een grote rol.

De voornaamste notie is echter dat de vraag of leefstijlbeleid al dan niet bijdraagt aan een verbetering van de collectieve financiën, niets zegt over de wenselijkheid van het beleid. Een langere (gezonde) levensverwachting heeft op zichzelf een grote waarde. Daarbij verdient het wel de voorkeur om deze winst op een zo kosteneffectief mogelijke wijze te bereiken. Mogelijk leidt leefstijlbeleid op kosteneffectievere wijze tot meer (gezonde) levensjaren dan curatieve

3.2 Effectiviteit van beleidsinstrumenten

Deze paragraaf bevat de bevindingen over de effectiviteit van diverse instrumenten voor leefstijlbeleid, die beogen de publieke gezondheid te bevorderen. De basis is een literatuuronderzoek van het RIVM, dat als bijlage 6 is toegevoegd aan het rapport, aangevuld met input verkregen uit gesprekken met experts.

In algemene zin is het aantal beleidsinstrumenten waarvan de effectiviteit is aangetoond beperkt. Wel bestaat er voor een aantal instrumenten onderzoek dat lijkt te wijzen op de aanwezigheid van effecten, alleen is dit nog niet voldoende hard aangetoond. Daarnaast geldt voor sommige instrumenten dat de effectiviteit nog niet is onderzocht, maar valt de werking van het instrument theoretisch dermate overtuigend te onderbouwen dat de effectiviteit plausibel is. Deze effectiviteitsanalyse maakt gebruik van drie kwalificaties van de mate waarin de effectiviteit van instrumenten is aangetoond:

- Bewezen effectief: De effectiviteit van het instrument is aangetoond.
- Beperkte evidentie (potentieel effectief): Onderzoek geeft positieve signalen over de effectiviteit van het instrument, maar dit onderzoek is nog onvoldoende hard.
- Plausibel: De effectiviteit is (nog) niet met onderzoek vastgesteld, of kan niet vastgesteld worden, maar valt theoretisch op basis van gerelateerde kennis te onderbouwen.

Voor een aantal onderzochte instrumenten is er geen bewijs voor de effectiviteit. Voor sommige van deze instrumenten is bewezen is dat ze niet werken. Voor andere is de effectiviteit (nog) niet onderzocht, of kan de effectiviteit niet onderzocht worden.

Algemeen beeld

De bewezen effectiviteit is het grootst bij regulering ondersteund door massamediale campagnes. Campagnes zijn van belang om het benodigde draagvlak voor regulering te creëren. De noodzaak van draagvlak neemt toe naarmate regulering moeilijker te handhaven is. Onder regulering vallen zowel verboden/beperkingen als aanbodregulering. Alleenstaand gebruik van massamediale campagnes is niet effectief bevonden. Of massamediale campagnes de effectiviteit van ander beleid ook ten goede komen is niet voldoende onderzocht, maar wel plausibel. Het gebruik van prijsprikkels is bewezen effectief en vooral voor tabak (accijnzen op tabaksproducten) goed onderzocht. Prijsprikkels zijn vooral effectief bij de jeugd en personen met lagere inkomens, omdat de bedragen voor deze groepen relatief hoger zijn.

Voor de effectiviteit van leefstijlbeleid in algemene zin geldt dat het plausibel is dat er samenhang moet zijn tussen de verschillende instrumenten, zodat deze elkaar onderling ondersteunen en versterken. Dit geldt ook voor de samenhang van het leefstijlbeleid met overig beleid. In hoeverre beleidsinstrumenten binnen en buiten het leefstijlbeleid elkaar effectief versterken is beperkt aantoonbaar aan de hand van onderzoek. Men moet dan vergelijken met situaties waarin de instrumenten niet of los van elkaar worden toegepast. Voor beleid dat op lokaal niveau wordt toegepast valt wellicht te experimenteren met de effectiviteit van verschillende combinaties van instrumenten.

Eveneens is het plausibel dat er aandacht moet zijn voor het bestuurlijk niveau waarop beleid belegd wordt. Beleid voor specifieke doelgroepen past waarschijnlijk beter op het niveau van lokale overheden, omdat zij deze groepen beter kunnen identificeren en bereiken. Ook verschil in effectiviteit van beleid dat op verschillende niveaus is belegd, is beperkt aantoonbaar aan de hand van wetenschappelijk onderzoek.

Wanneer we naar de effectiviteit van beleidsinstrumenten kijken, wordt doorgaans in de literatuur alleen de effectiviteit van de maatregel op de gedragsverandering of gewichtsverandering beschreven, en wordt niet meegenomen hoe groot de groep is die met de maatregel bereikt wordt. Met andere woorden, er wordt gemeten of iets werkt, maar het is niet duidelijk wat de (uiteindelijke) impact op de publieke gezondheid is (bijv. in QALY's). Als dit wordt berekend, dan wordt dit meestal gemodelleerd. De meest effectieve beleidsinstrumenten zoals regulering en prijsprikkels bereiken in principe iedereen. Dit geldt echter niet voor voorlichting of andere communicatieve boodschappen, die doorgaans vaker hoger opgeleide Nederlanders bereiken.

Naast deze algemene bevindingen over de effectiviteit van beleidsinstrumenten, geldt voor de specifieke thema's alcohol, tabak en overgewicht het volgende:

Alcohol

Het is aangetoond dat intensieve persoonlijke begeleiding bij zwaar alcoholgebruik effectief is. Het is bij regulering gericht op jongeren verder van belang dat hun ouders achter het instrument staan. De prijselasticiteit van alcoholgebruik verschilt per type drank en varieert van -0,5 (bier) tot -0,8 (sterke drank). Dat betekent dat een accijnsverhoging die de prijs met 10 procent doet stijgen, leidt tot een daling van de consumptie met 5 tot 8 procent. In de Verenigde Staten is het aansprakelijk stellen van de verkoper voor schade aangericht door mensen onder invloed bewezen effectief in het terugdringen van alcoholgerelateerde verkeersincidenten. Het is onbekend in hoeverre dit instrument ook alcoholgebruik effectief terugdringt. De effectiviteit van reclamebeperkingen is nog onvoldoende onderzocht, maar het is aangetoond dat blootstelling aan reclame alcoholconsumptie doet toenemen. Daarmee is effectiviteit van reclamebeperkingen plausibel. Daarbij is het nodig om alle mogelijk mediakanalen mee te nemen, zoals ook sluitreclame in films en series, en reclame via social media.

Tabak

Voor tabak geldt, meer dan voor alcohol, dat vooral grote accijnsverhogingen effectiever zijn in het tegengaan van rookgedrag dan een stapeling van opeenvolgende kleine verhogingen. De accijnsverhogingen die onderzocht zijn, betroffen prijsverhogingen tussen de 10 en 20 procent. Grote accijnsverhogingen leiden tegelijkertijd ook tot meer negatieve neveneffecten als illegale handel en consumptie. Voor tabak is eveneens aangetoond dat intensieve begeleiding, individueel of in groepsverband, in combinatie met farmacologische ondersteuning, effectief is. De prijselasticiteit van tabaksgebruik ligt tussen de -0,3 en -0,5. Dat betekent dat een accijnsverhoging die de prijs met 10 procent doet stijgen, leidt tot een daling van de consumptie met 3 tot 5 procent. Voor de effectiviteit van een verbod op tabakreclames is beperkte evidentie. Daarnaast is er een verband aangetoond tussen blootstelling aan reclame en gebruik van tabak. Daarbij geldt dat de aanwijzingen dat een reclameverbod effectief is sterker zijn wanneer het verbod breder wordt. Er is dus meer evidentie voor een verbod dat niet alleen voor geldt voor reclamespots, maar ook voor displays. Een maximaal reclameverbod heeft ook betrekking op

sluikreclame in films en series, en via social media. De effectiviteit van waarschuwingen en afschrikwekkende plaatjes op verpakkingen bij het terugdringen van rookgedrag is niet aangetoond.

Overgewicht

Relatief minder is bekend over effectief beleid gericht op overgewicht. Er is beperkte evidentie voor effectiviteit van regulering en prijsprikkels bij het terugdringen van overgewicht. Bij regulering gaat het om het herformuleren (anders samenstellen) van voedingsproducten met wetgeving, waarbij de hoeveelheidsuikers en verzadigde vetten wordt verminderd, en om het beperken van het aanbod van ongezonde producten. Dit beleid heeft de meeste potentie in combinatie met ondersteunende campagnes.

Bij het toepassen van prijsprikkels bestaat een risico op onvoorziene substitutie-effecten. Gezonde en ongezonde voeding zijn namelijk veel lastiger af te bakken als productcategorie dan alcohol en tabak. Accijnzen zijn bewezen effectief in het reduceren van de consumptie van producten met accijns, maar het is niet bewezen dat ze ook leiden tot een lagere energie-inname over de gehele dagelijkse consumptie. Het toepassen van prijsprikkels heeft daarom de meeste potentie op lokaal niveau in een gecontroleerde omgeving, zoals in een kantine, en bij een combinatie van prijsverhoging van ongezonde producten en prijsverlaging van gezonde producten.

Voor de effectiviteit van het met convenanten en zelfregulering herformuleren van producten is geen bewijs gevonden. Wat betreft aanpassing van de fysieke omgeving is beperkte evidentie voor het effect van kleinere porties en verpakkingen op de voedselinname, en het effect van de aanwezigheid van infrastructuur, zoals fietspaden, op de hoeveelheid beweging. Er is eveneens beperkte evidentie voor de effectiviteit van persoonlijke begeleiding gericht op zowel beweging als voeding. Evenals voor alcohol en tabak is er een verband aangetoond tussen reclames voor ongezonde voeding en de consumptie daarvan. Hoewel er nog onvoldoende onderzoek is naar het effect van reclamebeperkingen en -verboden op voedselinname, is het daarmee wel plausibel dat dergelijke instrumenten de voedselinname effectief terug kunnen dringen, wat bij kan dragen aan het terugdringen van overgewicht. Eveneens stijgt de plausibiliteit wanneer de verboden en beperkingen breder zijn, door displays, sluikreclames en social media mee te nemen.

Doelgroepen: jeugd en lage SES

De algemene conclusies met betrekking tot de effectiviteit van beleidsinstrumenten wijken niet af wanneer men zich uitsluitend richt op jeugd of groepen met een lage SES. Ook voor deze groepen geldt dat regulering in combinatie met massamediale campagnes het meest effectieve beleid vormt, en dat prijsprikkels eveneens bewezen effectief zijn. Ook voor beleid waarvan is geconcludeerd dat er beperkte evidentie is, of dat de effectiviteit plausibel is, geldt dat deze conclusies niet afwijken voor jeugd en groepen met een lage SES.

Omdat jeugd over het algemeen extra beschermd wordt door leefstijlbeleid, is de leeftijdsgrens die wordt gekozen tussen jeugd en volwassenen relevant. De medische wetenschap toont aan dat de hersenen op een leeftijd van ca. 24 jaar volgroeid zijn. Dit betekent dat het gebruik van alcohol en tabak tot die leeftijd de ontwikkeling kan schaden. Een leeftijdsgrens tot 24 jaar valt dus te verantwoorden als zijnde extra bescherming voor de jeugd.

Sommige beleidsinstrumenten, vooral die gericht op scholen, zijn specifiek toegepast en onderzocht bij de jeugd. Zo is er beperkte evidentie voor de effectiviteit van een gezond productaanbod in de schoolkantine, in combinatie met meer beweging op school. Dit heeft volgens onderzoek een klein positief effect op het terugdringen van overgewicht. Daarnaast is er beperkte evidentie voor de effectiviteit van schoolprogramma's gericht op alcohol en tabak. Cruciaal voor de effectiviteit van schoolprogramma's gericht op alcohol is dat de ouders worden betrokken, en dat er aandacht is voor sociale vaardigheden en competenties. Bij schoolprogramma's gericht op tabak moet er aandacht zijn voor sociale weerbaarheid en sociale invloed, en moet er een follow-up zijn die langer is dan een jaar.

Hoewel de algemene analyse niet afwijkt voor specifieke doelgroepen, hebben de meeste instrumenten een minder groot effect op de gezondheid van groepen met een lage SES, vergeleken bij andere groepen. Dit kan veroorzaakt worden doordat de bereikte gedragsverandering kleiner is, of doordat instrumenten minder personen binnen deze groep bereiken. Dat betekent niet noodzakelijkerwijs dat de instrumenten in algemene zin minder effectief zijn voor deze groep. Mogelijk kan inhoudelijke aanpassing van de instrumenten, bijvoorbeeld een andere wijze van communiceren bij informatiecampagnes ter ondersteuning van regulering, ervoor zorgen dat de impact of het bereik van de instrumenten onder deze groep wordt vergroot. Culturele factoren, zoals een andere houding ten aanzien van het belang van een gezonde leefstijl, of afwijkende voedingspatronen, kunnen daarbij een rol spelen, maar er is nog onvoldoende bekend wat daarvan de consequenties zijn voor de effectiviteit van beleid. Als uitzondering blijken accijnzen juist wel effectiever onder groepen met een lage SES dan onder andere groepen. Ook voor de jeugd blijken accijnzen effectiever dan voor andere groepen. Met het oog op de bestaande verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen kan het voor de overheid wenselijk zijn om juist in te zetten op gezondheidswinst bij groepen met een lage SES.

De lagere effectiviteit binnen deze groep van een aantal instrumenten kan een reden zijn waarom de gezondheid van deze groep achterblijft bij die van de rest van de bevolking. De groepen met een lage SES kenmerken zich door een bredere problematiek dan alleen een ongezonde leefstijl. Factoren die hier ook veel meer voorkomen zijn werkloosheid, het ontbreken van een startkwalificatie en schulden. De verhoogde stress die dit met zich meebrengt vormt een ander belangrijk deel van de verklaring van gezondheidsachterstanden. Het is plausibel dat de effectiviteit van leefstijlbeleid binnen deze groepen groter is wanneer het wordt uitgevoerd in samenhang met de aanpak gericht op de overige problematiek.

Samenwerking van de actoren op deze verschillende vlakken is daarbij essentieel, zoals scholen, maatschappelijke hulpverlening, werkgevers, lokale overheden en schuldhulpverlening. Er is nog weinig bekend over hoe de effectiviteit van leefstijlbeleid via deze integrale aanpak het beste vergroot kan worden. Daarom is het belangrijk lokale initiatieven met een integrale aanpak goed te monitoren en de proces- en effectmeting daarbij centraal te stellen. De Rijksoverheid kan de gegevens van deze initiatieven verzamelen om zo vast te stellen wat de best practices zijn. Het verbeteren van de gezondheid van de groepen met een lage SES staat meestal niet los van de bredere problematiek binnen deze groepen.

Ook op het niveau van de Rijksoverheid is het plausibel dat het nodig is om het bevorderen van een gezonde leefstijl bij groepen met een lage SES in samenhang te bezien met ander beleid gericht op deze groepen. Gezien de schaal van het beleid is het echter lastig om het effect van een grotere samenhang tussen instrumenten met onderzoek te onderbouwen. Dit vereist namelijk dat de toepassing van instrumenten in samenhang wordt vergeleken met een situatie waarin de instrumenten niet of afzonderlijk worden toegepast.

Kosteneffectiviteit

De budgettaire omvang van beleidsinstrumenten binnen het leefstijlbeleid is meestal relatief beperkt. Wanneer instrumenten effectief zijn in het bevorderen van de publieke gezondheid, zijn zij daarom al snel ook kosteneffectief in termen van de kosten per Qaly. Dit hangt vooral af van de duurzaamheid van de gedragsverandering op de lange termijn. Studies over de effecten van leefstijlbeleid hebben echter nog vaak een relatief beperkte tijdsduur, zodat over die duurzaamheid nog weinig bekend is.

3.3 Effectiviteit van het huidige beleid

Deze paragraaf beoogt op hoofdlijnen te beschrijven wat bekend is over de effectiviteit van het huidige beleid. Bevindingen over (potentieel) effectief beleid dat nu nog niet wordt toegepast of effectief beleid dat in andere landen wordt toegepast, bieden aanknopingspunten voor nieuwe bouwstenen voor de inrichting van het leefstijlbeleid. Daarbij past de kanttekening dat voor

verdergaande en ingrijpende vormen van interventie, zoals hogere accijnzen en strengere regulering, niet bekend is wat de omvang van eventuele maatschappelijke kosten is, als gevolg van bijvoorbeeld een toename van criminaliteit, of het beperken van het genot dat aan deze middelen wordt ontleend. Beleid dat een gezonde leefstijl bevordert, kan anderzijds ook gepaard gaan met bredere maatschappelijke baten dan gezondheid alleen, zoals effecten op onderwijsprestaties en productiviteit.

Het huidige leefstijlbeleid maakt gebruik van een variëteit aan instrumenten. In welke mate de gewenste samenhang daarbij afdoende is, valt moeilijk te beoordelen. Experts spreken wel van versnippering, maar de kennis van de effectiviteit van de instrumenten afzonderlijk en vooral de effectiviteit van de instrumenten in samenhang met elkaar, is beperkt. Wel is er een brede consensus dat vooral het samenspel van beleidsinstrumenten van belang is om effectief leefstijlbeleid te voeren, waarbij de interactie tussen de verschillende instrumenten niet contraproductief moet uitwerken. Het verdient prioriteit om de samenhang van het huidige beleid te verduidelijken en het onderzoek naar de effectiviteit te verbeteren.

Alcohol

Op het gebied van alcoholgebruik is allereerst de Drank- en Horecawet van toepassing. Ten behoeve van verantwoorde verstrekking is onder meer alcoholverstrekking aan minderjarigen verboden. Daarnaast wordt over alcoholische drank accijns betaald. Ter ondersteuning zijn er verschillende informatiecampagnes, zoals de NIX18-campagne en programma's op school. Verder is persoonlijke begeleiding voor geïndiceerde preventie verzekerd via de Zorgverzekeringswet. Op een deel van de flessen met alcoholhoudende drank wordt op eigen initiatief van producenten een logo getoond om alcoholgebruik bij zwangerschap tegen te gaan. Tot slot voedt onder meer het Trimbos-instituut gemeenten met kennis over lokaal beleid.

Er is bewijs voor effectiviteit van de vermindering van het aantal verkooppunten en vermindering van het aantal verkoopuren. Ook is het reguleren van de alcoholleeftijd effectief. Het beprijzen van alcohol via accijns is effectief, net als persoonlijke begeleiding op indicatie. De bewijskracht voor voorlichting en educatie op scholen is beperkt. Van (massamediale) campagnes is niet bekend of deze op zichzelf effectief zijn, omdat ze meestal worden gecombineerd met een wijziging van wet- en regelgeving. Wel is bekend dat de losstaande "Drank maakt meer kapot dan je lief is"-campagne niet effectief was. De NIX18-campagne was bedoeld ter versterking van de verhoging van de leeftijdsbeperking voor alcohol en tabak naar 18 jaar. Hoewel nog niet bekend is of deze campagne specifiek effectief was, is op basis van onderzoek naar vergelijkbaar beleid wel aannemelijk dat het de effectiviteit van de gewijzigde regulering positief heeft beïnvloed. Voor het logo tegen alcoholgebruik bij zwangerschap is niet aangetoond dat dit tot lager alcoholgebruik onder zwangere vrouwen leidt. Tot slot is het plausibel dat gemeenten met kennisondersteuning beter in staat zijn om effectief lokaal beleid te realiseren.

Het Nederlandse beleid voor alcoholontmoediging is in lijn met wat op Europees niveau gebruikelijk is. Voorbeelden van strengere regulering die in andere landen effectief alcoholgebruik tegengaat, zijn het beperken van het aantal verkooppunten en de toegestane verkooptijden. Een andere vorm van strenger beleid die voorkomt in andere landen, is hogere alcoholaccijnzen.

Tabak

In de Tabakswet staan de beperkingen met betrekking tot de verkoop, aanduiding en samenstelling van tabaksproducten. Daarnaast bevat de wet reclamebeperkingen en worden rookverboden geregeld. Over de aanschaf van tabaksproducten wordt accijns betaald. Naast de wet- en regelgeving en accijnzen wordt met partijen samengewerkt om tabaksgebruik te ontmoedigen en een rookvrije omgeving te creëren voor bijvoorbeeld jongeren. Ook worden voorlichting en campagnes ingezet. Tot slot wordt stoppen met roken ondersteund in het basispakket in de Zorgverzekeringswet.

De evidentie voor wet- en regelgeving is over het algemeen sterk. Van verkoopbeperkingen en leeftijdsgrenzen is bekend dat deze effectief zijn. Voor de effectiviteit van beperkingen van

reclame is beperkte evidentie. Accijnzen op de aanschaf van tabaksproducten zijn effectief in het beïnvloeden van rookgedrag. Ook bij roken geldt dat van voorlichting en campagnes niet bekend is of deze effectief zijn, mede omdat deze vaak met andere interventies worden ingezet. Voor de effectiviteit van stopondersteuning, individueel of in groepsverband, in combinatie met farmacologische ondersteuning, is sterk bewijs.

De aanpak van tabak in Nederland is in vergelijking met andere EU-landen enigszins aan de milde kant. Het aantal plekken waar rookverboden gelden is in Nederland beperkter. Een ander voorbeeld van strenger beleid, is (fors) hogere accijnzen op tabaksproducten. In Nederland is persoonlijke begeleiding bij stoppen met roken wel zeer toegankelijk. Een mogelijkheid om het tabaksbeleid effectiever te maken, is door rookverboden uit te breiden, en dit te ondersteunen door middel van massamediale campagnes om het benodigde draagvlak te verstevigen. Hierbij valt te denken aan een algeheel rookverbod in de horeca, inclusief terrassen en rookruimtes, of een verbod op rookplekken op de werkvloer. Accijnzen beogen op dit moment vooral inkomsten te genereren, maar wanneer de overheid het instrument effectiever in wil zetten ten bate van de publieke gezondheid kan dit door middel van substantiële verhoging. Reclameverboden kunnen mogelijk effectiever zijn door deze te verbreden naar (sluik)reclame in films en via social media, maar dit vereist internationale coördinatie van wetgeving.

Op basis van de Europese Tabaksproducten Richtlijn is de Nederlandse Tabakswet vanaf 20 mei 2016 aangepast, en komen er ook afschrikwekkende plaatjes op Nederlandse verpakkingen van tabaksproducten. De effectiviteit van afschrikwekkende plaatjes op pakjes bij het terugdringen van tabaksgebruik is (nog) niet aangetoond. Nederland heeft minder losse informatiecampagnes gericht op het tegengaan van tabaksgebruik. Het intensiveren van massamediale campagnes die niet expliciet bedoeld zijn ter ondersteuning van overige beleidsinstrumenten lijkt echter niet opportuun.

Overgewicht

Voor de aanpak van overgewicht wordt vooral ingezet op de jeugd. De Rijksoverheid ondersteunt gemeenten bij de wettelijke verplichting om preventieprogramma's uit te voeren. Specifiek wordt ingezet op het programma Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG). Vanuit een samenwerkingsverband wordt gewerkt aan de concrete inzet op lokaal niveau. Ook zet de overheid in op samenwerking met de voedingsmiddelenindustrie, horeca en scholen. Gezondere keuzes binnen productcategorieën worden zichtbaar gemaakt met zelfregulering door het vinkje op verpakkingen. Met een akkoord maakt de overheid afspraken over het terugdringen van suikers en verzadigde vetten in voedingsmiddelen. Ook bij overgewicht is geïndiceerde preventie mogelijk vanuit de Zorgverzekeringswet. De Rijksoverheid borgt verder objectieve informatievoorziening via onder meer het Voedingscentrum. Tot slot vindt zelfregulering plaats door de voedingsindustrie en mediapartijen om kinderen bij reclame-uitingen te ontzien.

De effectiviteit van programma's als JOGG en Sportimpuls Kinderen op Sportief Gewicht (KSG) bij het blijvend terugdringen van overgewicht is nog niet aangetoond, maar het is wel plausibel dat deze multidisciplinaire aanpak effectief is. Er is beperkte evidentie dat de aanpak via scholen zoals het programma "Gezonde school" ertoe leidt dat jongeren gezonder eten, maar een effect op overgewicht is niet aangetoond. Wat het effect is van de ondersteuning van het Rijk door informatievoorziening aan gemeenten, is niet bekend. Objectieve informatievoorziening over gezonde voeding is een noodzakelijke voorwaarde, maar heeft op zichzelf geen bewezen gedragseffect. Voor de effectiviteit van zelfregulering door producenten van voedingsmiddelen bij het terugdringen van energie-inname of overgewicht, zoals "het groene vinkje" en de afspraken om kinderen te ontzien bij reclame-uitingen, is geen bewijs. Bij afspraken met de industrie om voedingsmiddelen gezonder te maken is nog geen effect op overgewicht aangetoond.

Het Nederlandse beleid gericht op overgewicht bevat een combinatie van beleid gericht op voeding en beweging, en is vooral gericht op de jeugd. Regulering beperkt zich tot bijvoorbeeld informatieverplichtingen op etiketten, en wordt voornamelijk geïnitieerd door Europese

regelgeving. Dit is vergeleken bij andere EU-landen niet ongebruikelijk. Een mogelijkheid om potentieel effectief nieuw beleid in te zetten, is om met regulering ingrediënten in producten te herformuleren, in plaats van door middel van afspraken met de industrie. De mogelijkheden voor Nederland om afzonderlijk van de rest van Europa regels te stellen zijn beperkt, maar Nederland kan een voortrekkersrol spelen binnen Europa. Accijnzen gericht op ongezonde producten zijn in andere landen lastig uitvoerbaar gebleken en niet bewezen effectief bij het terugdringen van energie-inname of overgewicht. Wel is er beperkte evidentie voor de effectiviteit van lokale aanpassing van de prijzen van gezond of ongezonde producten, bijvoorbeeld in kantines. Een ander nieuw beleidsinstrument met beperkte evidentie om overgewicht tegen te gaan is om bij de ruimtelijke ordening rekening te houden met de mogelijkheden tot beweging die de omgeving biedt. Het is plausibel dat de effectiviteit van reclamebeperkingen groter wordt door dit wettelijk te regelen en ook zo breed mogelijk toe te passen, waarbij internationale coördinatie van wetgeving nodig kan zijn.

Kosteneffectiviteit

De kosteneffectiviteit van leefstijlbeleid wordt vooral bepaald door de kosten per gewonnen Qaly. Over het algemeen wordt een bedrag van minder dan €20.000 per gewonnen Qaly bij leefstijlbeleid als kosteneffectief gekwalificeerd. In het geval van curatieve zorg ligt die grens meestal hoger, tot €80.000 per Qaly. Deze lagere waarde voor gewonnen Qaly's binnen het leefstijlbeleid is vooral te wijten aan het feit dat gewonnen levensjaren vaak ver in de toekomst liggen, en daarom verdisconteerd worden tot een lagere huidige waarde.

Er is een toenemend aantal modelstudies waarin de kosteneffectiviteit van maatregelen of interventies wordt geschat. Daarbij wordt, wanneer het effect van een instrument op gedrag bekend is, modelmatig een winst in termen van Qaly's aan het instrument gekoppeld. De verhouding tussen gewonnen Qaly's en de kosten van het instrument bepaalt dan de kosteneffectiviteit. In algemene zin constateert het RIVM dat het budgettaire beslag van instrumenten binnen leefstijlbeleid vaak zo beperkt is, dat instrumenten die effectief gedrag veranderen of overgewicht terugdringen vrijwel altijd ook kosteneffectief zijn. Daarom kan worden verondersteld dat alle instrumenten in dit IBO waarvan de effectiviteit is vastgesteld, ook kosteneffectief zijn in termen van kosten per gewonnen Qaly. Er is nog onvoldoende kennis beschikbaar om bij de behandelde instrumenten een exacte winst in termen van Qaly's te schatten.

4. Bouwstenen voor beleid

Op basis van de analyse in het voorgaande hoofdstuk is het mogelijk de beschouwde instrumenten te verdelen naar de mate waarin de effectiviteit is onderzocht en aangetoond. Dit leidt tot bouwstenen voor beleid, waarop in het volgende hoofdstuk de beleidsvarianten zijn gebaseerd.

Allereerst zijn er instrumenten waarvan de effectiviteit is onderzocht, en waarvan is vastgesteld dat deze niet effectief zijn bij het terugdringen van gebruik van alcohol, tabak en van overgewicht.

Bewezen niet-effectief

Aandachtsgebied	Beleidsinstrumenten
Alcohol	Schoolprogramma's met alleen voorlichting
	Alleenstaande massamediale campagnes
Tabak	Schoolprogramma's met alleen voorlichting
	Alleenstaande massamediale campagnes
Overgewicht	Schoolprogramma's gericht op alleen voeding of alleen beweging
	Interventies gericht op alleen beweging of alleen voeding*

* Meer bewegen verlaagt op zichzelf wel ziekterisico's.

Daarnaast zijn er instrumenten waarvan de effectiviteit niet of nauwelijks is onderzocht, en waarbij ook op basis van overige informatie niet valt te zeggen of de effectiviteit waarschijnlijk is.

Effectiviteit (nog) niet aangetoond

Aandachtsgebied	Beleidsinstrumenten
Algemeen	Ondersteuning Rijksoverheid bij lokaal beleid
Alcohol	Aansprakelijk stellen verkoper
Tabak	Waarschuwingen en afschrikwekkende plaatjes op verpakkingen
Overgewicht	Herformulering voedingsmiddelen door middel van convenanten en zelfregulering
	Zelfregulering om producten gezonder te maken, bijvoorbeeld met afspraken over het reduceren van suikers en verzadigde vet, of "het groene vinkje"
	Accijnzen op ongezonde voedingsproducten

Instrumenten die onder bovenstaande categorieën vallen worden buiten beschouwing gelaten bij het construeren van de beleidsvarianten in het volgende hoofdstuk.

4.1 Bewezen effectief

De instrumenten die volgen worden wel toegepast bij het construeren van beleidsvarianten, maar verschillen onderling in de mate waarin onderzoek de effectiviteit ondersteunt.

De effectiviteit van de eerste categorie instrumenten is op basis van onderzoek bewezen. Effectief leefstijlbeleid is daarom allereerst gestoeld op een selectie uit deze instrumenten.

Bewezen effectief

Aandachtsgebied	Beleidsinstrumenten
Alcohol	Aanbodregulering op basis van leeftijdsbeperking
	Aanbodbeperking door verkooplocaties te beperken
	Aanbodbeperking door verkooptijden te beperken
	Alcoholaccijnzen ter compensatie van schade aan derden
	Additionele alcoholaccijnzen om gebruik terug te dringen
	Massamediale campagnes ter ondersteuning van aanbodbeperking
	Persoonlijke begeleiding probleemdrinkers
Tabak	Rookverbod op scholen en schoolpleinen
	Rookverbod op de werkplek, in openbare ruimtes en in de horeca
	Rookverbod op terrassen, verbod op rookruimtes op werkplek en in horeca
	Aanbodregulering op basis van leeftijdsbeperking
	Aanbodbeperking door verkooplocaties te beperken
	Aanbodbeperking door verkooptijden te beperken
	Massamediale campagnes ter ondersteuning rookverboden
	Massamediale campagnes ter ondersteuning aanbodbeperking
	Accijnzen op tabaksproducten ter compensatie van schade aan derden
	Additionele tabaksaccijnzen om gebruik terug te dringen
	Stopondersteuning met gedragstherapie en farmacologische ondersteuning

4.2 Beperkte evidentie/potentieel effectief

Vooraf voor beleidsinstrumenten gericht op overgewicht is weinig bewijs voor de effectiviteit. Wel is er voor een aantal instrumenten gericht op overgewicht beperkte evidentie voor de effectiviteit, alsook voor een aantal instrumenten gericht op alcohol en tabak. Onderzoek naar de effectiviteit van deze groep instrumenten geeft positieve signalen over de effectiviteit, maar de bewijskracht is nog onvoldoende om te stellen dat de beleidsinstrumenten bewezen effectief zijn. De instrumenten zijn daarmee potentieel effectief.

Deze potentieel effectieve beleidsinstrumenten kunnen ingezet worden als aanvulling op instrumenten waarvan de effectiviteit bewezen is, wanneer de bewezen effectieve instrumenten nog niet het gewenste effect sorteren. Daarbij geldt dat de effectiviteit van deze instrumenten nader dient te worden onderzocht, om vast te stellen of voortzetting wenselijk is.

Beperkte evidentie / potentieel effectief

Aandachtsgebied	Beleidsinstrumenten
Alcohol	Schoolprogramma's waarbij de ouders worden betrokken en waarbij aandacht is voor sociale vaardigheden en competenties
Tabak	Reclameverbod (zo breed mogelijk)
	Schoolprogramma's met aandacht voor sociale weerbaarheid en sociale invloed en een follow-up langer dan een jaar
Overgewicht	Beperking beschikbaarheid ongezonde voedingsmiddelen ondersteund door campagnes
	Herformuleren voedingsmiddelen (ingrediënten en hoeveelheid bepalen) door regulering
	Aanpassen omgeving (zoals fietspaden)
	Nudging (kleinere verpakkingen en porties, plaatsing van producten)
	Lokale prijsprikkels gericht op gezonde en ongezonde voeding
	Persoonlijke begeleiding met aandacht voor voeding én bewegen
	Gezond voedingsaanbod in scholen (o.a. kantines) in combinatie met meer bewegen op school

4.3 Effectiviteit plausibel

Ten slotte zijn er enkele instrumenten waarvan de effectiviteit niet is aangetoond of niet aangetoond kan worden, maar waarbij wel sprake is van voldoende onderbouwing aan de hand van gerelateerde kennis om te stellen dat de effectiviteit plausibel is.

De effectiviteit van verboden of beperkingen van reclames voor alcohol en ongezonde voeding is niet vastgesteld, maar het verband tussen reclame en gedrag is wel aangetoond. De effectiviteit van reclameverboden en –beperkingen is daarmee plausibel, waarbij geldt dat deze zo breed mogelijk dienen te zijn, en bij voorkeur ook betrekking hebben op displays en (sluik)reclame in films/ series en via social media.

Er is geen specifiek onderzoek naar het effect van het eigen risico bij het gebruik van hulp bij stoppen met roken door zwangere vrouwen. Wel kan het wettelijke verplichte eigen risico, dat beoogt een meer afgewogen keuze voor zorggebruik te bevorderen, tot ongewenste zorgmijding leiden. Wellicht is dit effect groter onder groepen met een lage SES. In het geval van hulp bij stoppen met roken is deze zorgmijding nog schadelijker, omdat het rookgedrag ook gevolgen heeft voor de gezondheid van het ongeboren kind. Het is plausibel dat een uitzondering van het eigen risico voor hulp bij stoppen met roken in het geval van zwangerschap het bereik van de stopbegeleiding vergroot. Overigens dienen uitzonderingen op het eigen risico in de besluitvorming altijd gezien te worden in de bredere context van de rol van het eigen risico.

Het is eveneens niet aangetoond dat het toepassen van beleid dat bestaat uit een samenhangende combinatie van instrumenten, die beogen elkaar te versterken, de effectiviteit vergroot. De opvatting dat een samenhangend beleid met een gecombineerd gebruik van verschillende instrumenten het meest effectief is, wordt echter dermate breed gedeeld dat de effectiviteit plausibel is. Het is niet haalbaar om voor beleid op nationaal niveau te onderzoeken welke combinatie van instrumenten de effectiviteit vergroot. Voor beleid op lokaal niveau is het onderzoeken van de effectiviteit beter mogelijk, maar dient er een gezamenlijke ambitie te zijn van lokale overheden om door kennisdeling te achterhalen wat de meest effectieve aanpak is. De wens om tot samenhangend multidisciplinair beleid te komen wordt vooral breed gedeeld waar het gaat om groepen met een lage SES. Hier wordt benadrukt dat leefstijlbeleid moet worden uitgevoerd in samenhang met ander beleid dat veelvuldig wordt ingezet voor deze groepen.

Effectiviteit plausibel

Aandachtsgebied	Beleidsinstrumenten
Algemeen	Integrale aanpak van multiproblematiek op lokaal niveau voor groepen met een lage SES
Tabak	Geen eigen risico stoppen met roken bij zwangerschap
Alcohol	Reclameverbod (zo breed mogelijk)
Overgewicht	Lokale multidisciplinaire aanpak van overgewicht onder jongeren
	Reclamebeperkingen (zo breed mogelijk)

5. Beleidsvarianten

5.1 Inrichting beleidsvarianten

In het voorgaande is op hoofdlijnen ingegaan op de effectiviteit van verschillende mogelijke beleidsinstrumenten gericht op leefstijl, en specifiek gericht op alcohol, tabak en overgewicht. Vervolgens is voor zover mogelijk beoordeeld wat de effectiviteit is van het huidige beleid, en waar er ruimte is voor verbetering. Er is eveneens geschetst welke instrumenten nog niet bewezen effectief zijn, maar wel potentie hebben. Dit alles vormt de basis voor beleidsvarianten.

De beleidsinstrumenten binnen de varianten voldoen aan een aantal randvoorwaarden. Zo dienen zij juridisch houdbaar te zijn. Ook moeten de instrumenten binnen de mogelijkheden van de overheid uitvoerbaar en handhaafbaar zijn. Ten slotte dienen zij maatschappelijk houdbaar te zijn. Wat maatschappelijk acceptabel is, is geen hard gegeven. Maatschappelijk draagvlak kan in de loop der tijd veranderen. Toch is het voor bepaalde instrumenten evident dat er niet binnen een afzienbare periode draagvlak voor ontstaat. Denk bijvoorbeeld aan een algeheel alcoholverbod, of een verbod op suikers en vetten in voeding.

De beleidsvarianten zijn pakketten die elk een verschillende invalshoek binnen het leefstijlbeleid illustreren. Het huidige beleid is het resultaat van vele verschillende voorkeuren en wensen uit het verleden, waardoor het een enigszins versnipperd karakter heeft. Een belangrijke constatering van dit IBO is het belang van de samenhang tussen de beleidsinstrumenten binnen leefstijlbeleid. Er is brede overeenstemming tussen wetenschappers en beleidsexperts dat wanneer verschillende maatregelen in samenhang worden ingezet, dit een krachtiger aanpak vormt om de gezondheid te bevorderen. De varianten zijn daarom samengesteld vanuit verschillende visies op het leefstijlbeleid, waarbinnen de beleidsinstrumenten een samenhangend geheel vormen. De effectiviteit van leefstijlbeleid heeft baat bij visie en intensieve betrokkenheid vanuit politiek, om de samenhang te bewaken.

De beleidsvarianten presenteren verschillende perspectieven op de rol van de overheid bij het bevorderen van een gezonde leefstijl. Daarbinnen kiest de overheid, gegeven de randvoorwaarden, een zo effectief mogelijk instrumentarium. Het perspectief op de rol van de overheid is afhankelijk van de waardering van keuzevrijheid, de voorkeur voor solidariteit en de mate van paternalisme. Bij een grotere waardering van keuzevrijheid zal de overheid minder geneigd zijn instrumenten te kiezen die de mogelijkheid ongezonde keuzes te maken inperken. Bij een grotere voorkeur voor solidariteit zal de overheid meer aandacht hebben voor het tegengaan van gezondheidsachterstanden bij groepen met een lage SES. Een grotere mate van paternalisme betekent dat de overheid beter in staat wordt geacht normstellend te handelen. De overheid zal dan eerder ingrijpen wanneer mensen in haar optiek ongezonde leefstijlkeuzes maken.

De invulling van de beleidsvarianten is gebaseerd op de bevindingen over de effectiviteit van instrumenten bij het bevorderen van de publieke gezondheid. Bij het maken van beleidskeuzes zijn echter ook bredere maatschappelijke welvaartseffecten van belang. Vooralsnog is er te weinig informatie beschikbaar om dergelijke effecten te concretiseren. In positieve zin gaat het vooral om mogelijke bredere baten van gezondheid, zoals betere onderwijsprestaties en hogere productiviteit. In negatieve zin gaat het om alternatieve of illegale handel en consumptie, wat bijvoorbeeld het gevolg kan zijn van wettelijke beperkingen en accijnzen. De werkgroep benadrukt het belang deze effecten in de toekomst beter in kaart te brengen, en ze vooralsnog kwalitatief mee te wegen bij beleidskeuzes. Daarnaast kunnen de risico's van negatieve welvaartseffecten beperkt worden door aanvullend beleid, zoals strenge handhaving.

5.2 Beleidsvariant "Eigen verantwoordelijkheid"

Deze beleidsvariant gaat er van uit dat de waardering voor keuzevrijheid hoog is. De overheid probeert dan ook om de keuzevrijheid zoveel mogelijk in stand te houden. Het beleid beperkt zich tot het ondersteunen van de eigen keuzes. Deze ondersteuning van keuzes geeft de overheid zo neutraal mogelijk vorm. Zij wil immers zo weinig mogelijk bemoeienis met de eigen keuzes van burgers. De nadruk ligt daarmee op het verschaffen van informatie. Ook de keuzevrijheid van producenten is van belang. Wanneer mensen goed geïnformeerde keuzes maken, is er voldoende vraag naar gezonde producten en zal de markt deze producten ook aanbieden.

Er is binnen deze variant weinig vertrouwen dat de overheid kan bepalen wat goede keuzes zijn voor burgers. Onder voorwaarde dat mensen de juiste informatie hebben, zijn zij zelf het beste in staat om te bepalen wat de juiste keuze is. De overheid kan niet inschatten welke waarde elk individu hecht aan ongezonde keuzes, en hoe dit opweegt tegen de nadelen voor datzelfde individu. De overheid geeft dan ook de voorkeur aan een passieve rol, en stuurt niet actief op gedragsverandering.

Binnen deze variant is zeer beperkt behoefte aan solidariteit. De overheid maakt bij het leefstijlbeleid daarom geen onderscheid tussen verschillende groepen binnen de samenleving en besteedt geen extra aandacht aan sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het is immers lastig te achterhalen in hoeverre dergelijke verschillen niet te wijten zijn aan verschillen in persoonlijke voorkeuren, die de overheid wenst te respecteren.

Een grotere mate van overheidsingrijpen is in deze variant gelegitimeerd om de schadelijke effecten voor derden mee te rekenen in de prijs van alcohol en tabak. Ook wordt de keuzevrijheid beperkt voor de jeugd jonger dan 18 jaar. Op deze leeftijd wordt eveneens het stemrecht verkregen, en vervalt het ouderlijk gezag. Men wordt dus verondersteld vanaf 18 jaar voldoende in staat te zijn om zelfstandige keuzes te maken. De overheid acht de groep tot 18 jaar nog te jong om een afdoende afgewogen keuze te maken.

Deze beleidsvariant bevat de volgende bewezen effectieve maatregelen:

Beleidsvariant "Eigen verantwoordelijkheid" – bewezen effectieve maatregelen

Aandachtsgebied	Beleidsinstrument
Alcohol	Aanbodregulering op basis van leeftijdsbeperking (minimaal 18 jaar)
	Massamediale campagnes ter ondersteuning aanbodregulering
	Alcoholaccijnzen ter compensatie van schade aan derden
Tabak	Aanbodregulering op basis van leeftijdsbeperking (minimaal 18 jaar)
	Massamediale campagnes ter ondersteuning van aanbodregulering
	Accijnzen op tabaksproducten ter compensatie van schade aan derden
	Rookverbod op scholen en schoolpleinen

Het IBO "Gezond gedrag bevordert" uit 2007 concludeerde op basis van onderzoek van Cnossen et al (2006) dat de alcoholaccijnzen niet afdoende zijn om de schade aan derden door alcoholgebruik te dekken. Cnossen berekende dat deze zogenaamde "externe effecten" ca. €16 (prijsniveau 2006) per geconsumeerde liter pure alcohol bedragen. In 2016 bedraagt de accijns op gedistilleerde drank ruim €16 (prijsniveau 2016) per liter pure alcohol, maar het accijnsniveau voor bier en wijn ligt beduidend lager (ca. €7-8 per liter pure alcohol). Er is geen recenter onderzoek beschikbaar naar de omvang van de externe effecten van alcohol bij het huidige prijsniveau. Wanneer accijnzen de externe effecten dienen te beprijzen, kan het wenselijk zijn om accijnzen op bier en wijn te verhogen. Een afweging daarbij is dat niet elk glas geconsumeerde alcohol dezelfde schadelijke effecten voor derden kent. De schadelijke gevolgen voor derden van het eerste glas zijn kleiner dan die van het vierde of vijfde glas. De hoogte van de accijnzen hangt echter niet af van de voorgaande consumptie. Ook kunnen hogere accijnzen deels vermeden worden door grenseffecten (import).

Voor accijnzen op tabaksproducten geldt daarentegen dat het IBO 2007 concludeerde dat de accijnzen reeds hoog genoeg zijn om te compenseren voor de schade aan derden. Voor het gebruik van tabak hangt de schade per geconsumeerd product niet af van het totale tabaksgebruik. Wel zijn de schadelijke effecten van tabak gebruikt in nabijheid van anderen groter door de gevolgen van passief roken.

Daarnaast passen de volgende potentieel effectieve beleidsinstrumenten met beperkte evidentie binnen deze variant, indien het wenselijk is om jeugd extra te beschermen. Bij deze instrumenten is nader onderzoek naar de effectiviteit nodig.

Beleidsvariant "Eigen verantwoordelijkheid" – maatregelen met beperkte evidentie

Aandachtsgebied	Beleidsinstrumenten
Alcohol	Schoolprogramma's waarbij de ouders worden betrokken, waarbij ook aandacht is voor sociale vaardigheden en competenties
Tabak	Schoolprogramma's met aandacht voor sociale weerbaarheid en sociale invloed, en een follow-up langer dan een jaar
Overgewicht	Gezond voedingsaanbod in scholen (o.a. kantines) in combinatie met meer bewegen op school

Verdeling verantwoordelijkheid

De verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl ligt in deze variant voor volwassenen uitsluitend bij het individu. De Rijksoverheid is verantwoordelijk voor aanbodregulering op basis van leeftijd, ondersteund met informatiecampagnes, en het heffen van accijnzen. Daarnaast hebben scholen de verantwoordelijkheid voor schoolprogramma's gericht op alcohol, tabak en overgewicht. De Rijksoverheid stelt op basis van onderzoek naar de meeste effectieve aanpak richtlijnen op.

Vergelijking bestaand beleid

Deze beleidsvariant betekent een vermindering van de regulering van alcohol en tabak. Dit wordt beperkt tot een leeftijdbeperking. Alcoholaccijnzen worden verhoogd. Publiek gefinancierde hulp bij alcohol- en tabaksverslaving of overgewicht stopt. Intensivering van het beleid gericht op jeugd is optioneel.

Effectiviteit

Het effect van leefstijlbeleid op de publieke gezondheid zal dalen ten aanzien van het huidige beleid. Het huidige beleid kent namelijk een intensievere rol van de overheid in leefstijlbeleid. Tegelijkertijd gaat de beleidsvariant uit van een zo effectief mogelijk instrumentarium, gegeven de geschetste politieke voorkeur. De intensivering van leefstijlbeleid gericht op jeugd door te investeren in potentieel effectieve schoolprogramma's kan de effectiviteit ten goede komen, omdat het tegengaan van roken en overgewicht bij jeugd de gezondheid over de gehele levensloop bevordert.

5.3 Beleidsvariant "Gezonde keuzes faciliteren"

Deze beleidsvariant gaat er van uit dat het beleid van de overheid er voornamelijk op gericht is om de gezonde keuze voor de burger makkelijker te maken. De overheid hecht daarbij aan een grote mate van keuzevrijheid, maar wil de burger beschermen waar ongezond gedrag dermate schadelijk is dat het tot voorspelbare spijt leidt. Het gaat daarbij vooral om het gebruik van tabak. Roken veroorzaakt veruit de grootste ziektelast (hoofdstuk 2). Door het forse verslavingseffect zijn ook volwassenen al snel beperkt in het maken van een weloverwogen keuze. De wens om roken terug te dringen is aanleiding om keuzevrijheid met betrekking tot tabak te beperken. Tabaksgebruik wordt teruggedrongen met regulering. Het gaat om rookverboden op de werkplek, in openbare ruimtes en in de horeca. Daarnaast stijgen accijnzen om tabaksgebruik actief terug te dringen.

De overheid wordt in deze variant in zekere mate in staat geacht om de leefstijlkeuzes van burgers, ook wanneer zij volledige informatie hebben, op een positieve manier te beïnvloeden. De overheid heeft geen volledig zicht op de preferenties van het individu, maar kan wel sturing geven aan de keuzes van burgers. Buiten tabaksbeleid blijft keuzevrijheid in stand, maar voert de overheid wel actief beleid om gezonde keuzes te bevorderen.

De overheid wil binnen deze variant de gezondheid van alle burgers bevorderen, maar heeft ook bijzondere aandacht voor gezondheidsachterstanden van groepen met een lage SES. Mensen binnen deze groepen zijn vaak in mindere mate in staat om weloverwogen keuzes te maken ten aanzien van alcohol, tabak, voeding en beweging. De overheid wil daarbij voorkomen dat instrumenten om de leefstijl van deze groep te bevorderen ten koste gaan van de keuzevrijheid van overige groepen binnen de samenleving. De overheid kiest daarom niet voor extra regulering en prijsprikkels, die wel het meest effectief zijn voor groepen met een lage SES, maar richt zich op instrumenten die specifieke steun bieden aan groepen met een lagere SES bij het maken van gezondere keuzes. Om ondersteuning bij gezonde keuzes voor iedereen toegankelijk te maken wordt geïndiceerde preventie betaald uit het wettelijk verplichte verzekerde pakket.

Ook in deze variant gelden er accijnzen om de schadelijke effecten voor derden mee te rekenen in de prijs van alcohol en tabak. Er geldt eveneens extra bescherming voor jeugd, waarbij de leeftijdsgrens in deze variant bij 18 jaar ligt.

Deze beleidsvariant bevat de volgende bewezen effectieve instrumenten:

Beleidsvariant "Gezonde keuzes faciliteren"- bewezen effectieve maatregelen

Aandachtsgebied	Beleidsinstrumenten
Alcohol	Aanbodregulering op basis van leeftijdsbeperking (18 jaar)
	(Massamediale) campagnes ter ondersteuning aanbodbeperking
	Alcoholaccijnzen ter compensatie van schade aan derden
	Persoonlijke begeleiding probleemdrinkers
Tabak	Rookverbod op de werkplek, in openbare ruimtes en in de horeca
	Aanbodregulering op basis van leeftijdsbeperking (18 jaar)
	(Massamediale) campagnes ter ondersteuning rookverboden en aanbodbeperking
	Additionele accijnzen op tabaksproducten om gebruik terug te dringen (min. 10% accijnsverhoging)
	Stopondersteuning met gedragstherapie en farmacologische ondersteuning

Mogelijk wenst de overheid ook om gezonde keuzes ten aanzien van voeding en beweging gericht op vermindering van overgewicht te stimuleren, hoewel daarvoor nog geen bewezen effectief beleid beschikbaar is. Daarnaast kan de overheid extra bescherming voor de jeugd wensen. Daarbij passen de volgende potentieel effectieve instrumenten met beperkte evidentie, waarbij nader onderzoek wel nodig is:

Beleidsvariant "Gezonde keuzes faciliteren"- maatregelen met beperkte evidentie

Aandachtsgebied	Beleidsinstrumenten
Alcohol	Schoolprogramma's waarbij de ouders worden betrokken, waarin aandacht is voor sociale vaardigheden en competenties
Tabak	Reclameverbod (zo breed mogelijk)
	Schoolprogramma's met aandacht voor sociale weerbaarheid en sociale invloed, en een follow-up langer dan een jaar
Overgewicht	Herformuleren voedingsmiddelen (ingrediënten en hoeveelheid bepalen) door regulering
	Aanpassen omgeving (zoals fietspaden)
	Nudging (kleinere verpakkingen en porties, plaatsing van producten)
	Persoonlijke begeleiding met aandacht voor voeding én bewegen
	Lokale prijsprikkels gericht op gezonde en ongezonde voeding
	Gezond voedingsaanbod in scholen (o.a. kantines) in combinatie met meer bewegen op school

Er zijn geen bewezen effectieve instrumenten specifiek gericht op groepen met een lage SES. Het is wel plausibel dat effectief leefstijlbeleid voor deze groepen onderdeel moet zijn van de aanpak van bredere problematiek als werkloosheid, ontbrekende startkwalificaties, armoede en schulden. Dit vergt een integrale aanpak waarin beleidsinstrumenten in samenhang worden ingezet.

Beleidsvariant "Gezonde keuzes faciliteren"- plausibel effectieve maatregelen

Aandachtsgebied	Beleidsinstrumenten
Algemeen	Integrale aanpak van multiproblematiek op lokaal niveau voor groepen met een lage SES.
Overgewicht	Lokale multidisciplinaire aanpak van overgewicht onder jongeren

Verdeling verantwoordelijkheid

De Rijksoverheid is in deze variant verantwoordelijk voor de uitvoering van regulering door middel van verboden en aanbodbeperking, ondersteund met informatiecampagnes. Ook is de Rijksoverheid verantwoordelijk voor het eventueel wettelijk herformuleren van producten, en voert zij het accijnsbeleid uit. De uitvoering van persoonlijke begeleiding binnen het verzekerde pakket ligt bij zorgverzekeraars, maar de Rijksoverheid stelt richtlijnen op. Scholen zijn verantwoordelijk voor schoolprogramma's gericht op alcohol, tabak en overgewicht. De Rijksoverheid stelt op basis van onderzoek naar de meeste effectieve aanpak richtlijnen op. Wanneer gekozen wordt voor een omgevingsinrichting die meer tot bewegen uitnodigt, zijn gemeenten verantwoordelijk. Vooral werkgevers en scholen hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van nudging en lokale prijsprikkels binnen kantines gericht op een gezondere voedingskeuze. Gemeenten en decentrale partijen zoals GGD'en zijn verantwoordelijk voor gecombineerde interventies met aandacht voor voeding en beweging. Zij zijn eveneens verantwoordelijk voor eventueel beleid dat gericht is op groepen met een lage SES. Juist lokale overheden zijn in staat om deze groep te bereiken, en om te monitoren welke mix van instrumenten het meest effectief is.

Vergelijking bestaand beleid

Deze beleidsvariant is op hoofdlijnen vergelijkbaar met het huidige beleid. Accijnzen op alcohol en tabaksproducten worden verhoogd. Indien wordt gekozen voor de potentieel effectieve opties om de formulering van voedingsproducten te reguleren betreft dit nieuw beleid. Dat geldt ook voor eventuele omgevingsaanpassing en "nudging", en intensivering van het beleid gericht op jeugd.

Effectiviteit

Deze beleidsvariant bevat mogelijkheden om de effectiviteit van het leefstijlbeleid ten aanzien van de publieke gezondheid te verbeteren. Dit kan door intensivering van leefstijlbeleid gericht op jeugd, omdat het tegengaan van roken en overgewicht bij jeugd de gezondheid over de gehele

levensloop bevordert. Ook de brede toepassing van een integrale aanpak van groepen met een lage SES kan de effectiviteit bevorderen, omdat leefstijlbeleid binnen deze groep tot nu toe nog beperkter effect heeft gehad. Wanneer de overheid actief stuurt op de beoogde samenhang van het beleid komt dit eveneens ten goede aan de effectiviteit van het beleid.

5.4 Beleidsvariant "Gezondheid voorop"

Deze beleidsvariant gaat er van uit dat de overheid optimaal gebruik wil maken van de beleidsruimte om de publieke gezondheid te bevorderen. Bescherming van de gezondheid staat voorop. Gedrag dat schadelijk is voor de gezondheid wordt ontmoedigd, en waar sprake is van verslavingseffecten ook beperkt door middel van regulering. Bij verslaving is het immers de vraag in hoeverre er sprake is van keuzevrijheid. Zowel verkoop als gebruik van alcohol en tabak wordt daarom beperkt. Concreet zijn alcohol en tabak in deze variant alleen nog verkrijgbaar in speciaalzaken met een vergunning (slijterijen en tabakszaken) en met beperkte openingstijden. Naast de verhoging van alcoholaccijnzen om te compenseren voor schade aan derden, komt er een additionele verhoging van de accijnzen op alcohol en tabaksproducten om gebruik te ontmoedigen.

De overheid neemt in deze beleidsvariant een stevige rol in de beïnvloeding van leefstijl. De veronderstelling is dat de overheid in hoge mate objectief kan bepalen wat de beste keuze is voor haar burgers. Zij wordt immers bij het maken van keuzes voor haar burgers niet beïnvloed door factoren als verslaving en impulsbeslissingen. Bovendien kan de overheid over een veel breder scala aan informatie beschikken dan het individu. De overheid ziet daarom af van milde sturingsinstrumenten als omgevingsaanpassing en nudging, en kiest voor sterkere interventies.

De behoefte aan solidariteit is binnen deze variant groot. Vooral mensen binnen groepen met een lage SES zijn vaak minder in staat om weloverwogen keuzes te maken, waardoor hun gezondheid gebaat is bij de sterke sturing en regulering door de overheid. Sommige van deze instrumenten raken ook andere groepen, die meer in staat zijn zelf weloverwogen te kiezen. Het belang van verbetering van de gezondheid van groepen met een lage SES wordt boven het belang van het behoud van keuzevrijheid voor andere groepen gesteld. Regulering is immers ook voor groepen met een lage SES het meest effectieve instrument.

Ook in deze variant wordt de jeugd extra beschermd door een verbod op alcohol en tabak, waarbij de grens op 21 jaar wordt vastgesteld, omdat de hersenen van jongeren tussen de 18 en 21 jaar nog steeds in ontwikkeling zijn. Alcohol en tabak kunnen deze ontwikkeling schaden. Van belang is om de medische wetenschap intensief te betrekken bij de onderbouwing van deze verhoging, ten behoeve van het benodigde draagvlak. Bovendien leidt gezonder gedrag onder jeugd tot een betere gezondheid over de gehele levensloop.

Deze beleidsvariant bevat de volgende bewezen effectieve instrumenten.

Beleidsvariant "Gezondheid voorop"- bewezen effectieve maatregelen

Aandachtsgebied	Beleidsinstrumenten
Alcohol	Aanbodregulering op basis van leeftijdsbeperking (21 jaar)
	Aanbodbeperking door verkooplocaties en verkooptijden te beperken
	Additionele alcoholaccijnzen om gebruik terug te dringen (minimaal 10%accijnsverhoging)
	Massamediale campagnes ter ondersteuning aanbodbeperking
	Persoonlijke begeleiding probleemdrinkers
Tabak	Rookverbod op de werkplek en in openbare ruimtes inclusief rookruimtes en in de horeca inclusief terrassen
	Aanbodregulering op basis van leeftijdsbeperking (21 jaar)
	Aanbodbeperking door verkooplocaties en verkooptijden te beperken
	Massamediale campagnes ter ondersteuning rookverboden en aanbodbeperking
	Additionele accijnzen op tabaksproducten om gebruik terug te dringen (minimaal 10% extra accijnsverhoging)
	Stopondersteuning met gedragstherapie en farmacologische ondersteuning

Omtrent overgewicht is de effectiviteit van regulering nog niet bewezen maar wel potentieel effectief. Omdat de overheid in deze variant stevig wenst in te grijpen, kan zij alsnog voor deze instrumenten kiezen, en daarbij de effecten goed te monitoren. Maar ook minder ingrijpende instrumenten dan regulering en accijnzen kunnen potentieel bijdragen aan gezondheidverbetering van de bevolking. Om de gezondheid maximaal te stimuleren kan de overheid ervoor kiezen om het ingrijpende beleid aan te vullen met mildere potentieel effectieve instrumenten.

Beleidsvariant "Gezondheid voorop"- maatregelen met beperkte evidentie

Aandachtsgebied	Beleidsinstrumenten
Alcohol	Schoolprogramma's waarbij de ouders worden betrokken, waarin aandacht is voor sociale vaardigheden en competenties
Tabak	Reclameverbod (zo breed mogelijk)
	Schoolprogramma's met aandacht voor sociale weerbaarheid en sociale invloed, en een follow-up langer dan een jaar
Overgewicht	Beperking beschikbaarheid ongezonde voedingsmiddelen ondersteund door campagnes
	Herformuleren voedingsmiddelen (ingrediënten en hoeveelheid bepalen) door regulering
	Persoonlijke begeleiding met aandacht voor voeding én bewegen
	Gezond voedingsaanbod in scholen (o.a. kantines) in combinatie met meer bewegen op school

De effectiviteit van reclameregulering voor alcohol en overgewicht is plausibel, maar nog niet aangetoond. Dat geldt eveneens voor een uitzondering van het eigen risico voor hulp bij stoppen met roken in het geval van zwangerschap. Een sterk ingrijpende overheid kan ervoor kiezen om deze instrumenten in te voeren en de effectiviteit te onderzoeken. Overigens dienen besluiten over uitzonderingen van het eigen risico altijd te worden bezien in de bredere context van de rol van het eigen risico.

Gezien het stevige ingrijpen van de Rijksoverheid in deze variant is de behoefte aan lokaal beleid waarschijnlijk kleiner, maar indien gewenst kan dit beleid, waarvan de effectiviteit plausibel maar niet bewezen is, eveneens worden toegepast.

Beleidsvariant "Gezondheid voorop"- plausibel effectieve maatregelen

Aandachtsgebied	Beleidsinstrumenten
Algemeen	Integrale aanpak van multiproblematiek op lokaal niveau voor groepen met een lage SES.
Tabak	Geen eigen risico stopbegeleiding bij zwangerschap
Alcohol	Reclameverbod (zo breed mogelijk)
Overgewicht	Lokale multidisciplinaire aanpak van overgewicht onder jongeren
	Reclamebeperkingen (zo breed mogelijk)

Verdeling verantwoordelijkheid

De Rijksoverheid neemt in deze variant verantwoordelijkheid voor het leeuwendeel van het beleid. Scholen zijn daarnaast verantwoordelijk voor de uitvoering van schoolprogramma's. De Rijksoverheid stelt op basis van onderzoek naar de meeste effectieve aanpak richtlijnen op. De uitvoering van persoonlijke begeleiding binnen het verzekerde pakket ligt bij zorgverzekeraars, wederom op basis van centraal vastgestelde richtlijnen. Voor eventueel aanvullend lokaal beleid ligt de verantwoordelijkheid bij gemeenten en GGD'en. Vooral werkgevers en scholen hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van nudging en lokale prijsprikkels binnen kantines bij het stimuleren van een gezonde voedingskeuze.

Vergelijking bestaand beleid

Deze beleidsvariant gaat verder in het beschermen van de gezondheid dan het huidige beleid. Zo wordt de aanbodregulering van alcohol en tabak aangescherpt, alsook de rookverboden. Accijnzen

op alcohol en tabak worden verhoogd. Indien wordt gekozen voor herformulering van voedingsmiddelen door regulering, dan betreft dit nieuw beleid. Verhoging van de leeftijdsbeperking voor jeugd bij alcohol en tabak, en een eventuele verdere intensivering van het beleid gericht op jeugd is eveneens een intensivering van het beleid. Er zijn momenteel geen wettelijke reclamebeperkingen voor alcohol en voeding.

Effectiviteit

Deze beleidsvariant leidt tot een betere publieke gezondheid, omdat de overheid met effectieve maatregelen veel steviger ingrijpt dan in de huidige situatie. Wanneer de politiek actief stuurt op de beoogde samenhang van het beleid zal dit naar verwachting de effectiviteit van het beleid versterken. Intensivering van leefstijlbeleid gericht op jeugd kan de effectiviteit verbeteren, omdat het tegengaan van roken en overgewicht bij jeugd de gezondheid over de gehele levensloop bevordert. Ook het verkiezen van gezondheidverbetering bij groepen met een lage SES boven de algemene keuzevrijheid draagt effectief bij aan de bevordering van de publieke gezondheid.

6. Aanbevelingen voor meer “evidence based” beleid

Het IBO “Gezond gedrag bevordert” signaleerde reeds in 2007 dat er sprake was van een gebrek aan kennis over (kosten)effectiviteit van leefstijlbeleid, waardoor de mogelijkheden voor een gedegen analyse van het beleid beperkt waren. In het rapport Zorgkeuzes in Kaart uit 2015 bleek het ondanks nieuw onderzoek in de tussenliggende jaren nog altijd niet mogelijk om voor beleidsvoorstellen op het terrein van leefstijlbeleid de gevolgen goed in kaart te brengen, door gebrek aan afdoende bewijskracht uit onderzoek. Leefstijlbeleid kent in potentie grote baten, maar is een kwestie van een lange adem. Dat geldt ook voor het onderzoek dat nodig is om in kaart te brengen hoe beleid deze baten kan oogsten. Dit hoofdstuk bevat concrete aanbevelingen om de effectiviteitsmeting van leefstijlbeleid te verbeteren. Het betreft daarbij uitdrukkelijk niet alleen de effecten van beleid op gedrag, maar vooral ook de bredere maatschappelijke welvaartseffecten, zoals effecten op onderwijsprestaties en productiviteit. Daarnaast zijn kennisdeling en de brede implementatie van instrumenten die bewezen effectief zijn evenzeer van belang, om de bijdrage van nieuwe kennis aan de effectiviteit van leefstijlbeleid te waarborgen.

1. Gebruik langdurige onderzoeksprogramma’s (minimaal 10 jaar)

Binnen het leefstijlbeleid geldt dat kortdurende onderzoeksprogramma’s van enkele jaren niet efficiënt en effectief zijn. De doorlooptijd van onderzoeksplan naar brede implementatie van beleid kan een kwestie zijn van tien of zelfs tientallen jaren. Dit is vergelijkbaar met de doorlooptijd van een onderzoeksplan naar verhandelbaar medicijn in de farmacie. Kortdurende doorlooptijden van onderzoeksprogramma’s leiden tot een scala aan eerste indicaties voor beleid dat wellicht effectief is, maar niet tot de substantiële onderbouwing die gewenst is voor beleid. Juist bij leefstijlinterventies zijn de langetermijneffecten van belang, omdat de (kosten)effectiviteit valt of staat bij de duurzaamheid van gedragsverandering. Ook om maatschappelijke welvaartseffecten van leefstijlbeleid in kaart te brengen is een lange doorlooptijd van onderzoek van belang, omdat deze effecten zich vaak pas op de (zeer) lange termijn voordoen. Het is daarom wenselijk om de thema’s voor onderzoeksprogramma’s binnen leefstijlbeleid voor een periode van ten minste tien jaar vast te leggen. Bij voorkeur staat het budget gedurende deze 10-jarige periode ook vast. Bij deze langlopende onderzoekprogramma’s is het van belang dat de dynamiek van de maatschappelijke omgeving, en innovatiekracht van betrokken partijen, in het oog worden gehouden. Dit kan immers van invloed zijn op de gewenste vormgeving en de effectiviteit van het beleidsinstrument.

2. Stel eisen aan beschikbaarheid en compatibiliteit van publiek gefinancierde data en onderzoek

Om publiek gefinancierde data en onderzoek beter te benutten, is het van belang dat gegevens die hieruit voortkomen, onder voorwaarden, openbaar beschikbaar zijn voor vervolgonderzoek door andere partijen. Dit geldt zowel voor beleidsonderzoek als voor overig wetenschappelijk onderzoek. Het komt nog regelmatig voor dat gegevens, die voortkomen uit onderzoek dat met publieke middelen is gefinancierd, niet beschikbaar zijn voor andere (vervolg)onderzoeken die eveneens publiek worden gefinancierd. Om voort te kunnen bouwen op bestaand onderzoek is het van belang dat data uit verschillende onderzoeken op elkaar aansluiten. De overheid en haar uitvoerende partijen, kunnen een en ander als eis stellen bij publiek gefinancierd onderzoek.

3. Zoek internationale samenwerking

Nederland is een relatief klein land en staat niet alleen in de zoektocht naar effectief leefstijlbeleid. In de context van verschillende landen kunnen beleidsinstrumenten anders uitpakken, daarom is het van belang om het effect van beleid op gedrag op nationaal niveau te onderzoeken. Maar waar het gaat om de gevolgen van gedrag voor gezondheid is er weinig aanleiding om te veronderstellen dat de effecten in Nederland anders zijn dan elders. Vooral op dit terrein valt daarom veel te winnen met internationale samenwerking. Concreet kan onderzoek naar de effecten van gedrag op gezondheid meer gebruik maken van cohortstudies die in andere landen zijn uitgevoerd, of cohortstudies kunnen gezamenlijk met andere landen worden uitgevoerd. Ook kan beleid dat elders effectief blijkt aanknopingspunten bieden voor nieuw beleid in Nederland.

4. Stel richtlijnen op voor kennisdeling op lokaal niveau

Gemeenten hebben veel beleidsvrijheid voor het voeren van leefstijlbeleid op lokaal niveau. Dat biedt ruimte voor maatwerk, maar leidt eveneens tot een zeer breed scala aan lokale initiatieven, waarbij er nog te weinig sprake is van onderlinge leereffecten op basis van kennis en ervaring elders in het land. Gemeenten hebben nog veel kansen om van elkaar te leren, en het lokale leefstijlbeleid zou daarom veel baat hebben bij een betere organisatie van kennisdeling middels richtlijnen. Op dit moment kunnen lokale overheden hun kennis en ervaring met lokaal leefstijlbeleid vrijwillig delen via de Interventiedatabase van het RIVM. Hierin kunnen zij inhoudelijke informatie delen over interventies die wel of juist niet effectief waren, maar ook over hoe zij deze interventies geïmplementeerd hebben. Maar de mate waarin dit gebeurt en de kwaliteit van de gedeelde kennis varieert sterk. Door richtlijnen op te stellen voor het aanleveren van informatie aan de Interventiedatabase is het mogelijk om de kennisdeling en daarmee ook de kwaliteit van lokaal leefstijlbeleid te bevorderen.

5. Waarborg de brede implementatie van bewezen effectief beleid

Wanneer is aangetoond dat bepaalde beleidsinstrumenten bewezen effectief zijn, is het wenselijk om deze, mits er politiek draagvlak is, breed te implementeren. In de praktijk blijkt dit voor lokale overheden vaak nog lastig, zeker waar het gaat om zogeheten "integraal" beleid, dat multidisciplinair van aard is. Daarom is naast kennis over welke interventies effectief zijn, ook kennis nodig over hoe deze interventies het beste geïmplementeerd kunnen worden cruciaal. De Rijksoverheid kan actiever sturen op deling van kennis over hoe integraal beleid vormgegeven kan worden. Hierbij valt te denken aan voorwaarden voor een succesvolle implementatie, zoals betrokkenheid van belangrijke actoren, structurele intersectorale samenwerking, het toewijzen van een probleemeigenaarschap en het toewijzen van structurele middelen. Ook kan specifieke financiering, zoals subsidies, gekoppeld worden aan de voorwaarde dat de effectiviteit van het beleid waar de financiering voor wordt versterkt wordt gemeten, of dat het beleid reeds bewezen effectief is.

6. Onderzoek en kwantificeer het effect van leefstijl op de arbeidsmarkt

Het lijkt aannemelijk dat er positieve effecten van een verbetering van de leefstijl op de arbeidsmarkt zijn, zoals meer participatie, hogere lonen (productiviteit) en minder verzuim. Tegelijkertijd is het bewijs voor het bestaan van dergelijke causale verbanden, in elk geval met betrekking tot de leefstijlthema's tabak, alcohol en voedings- en bewegingspatronen die leiden tot overgewicht, nog zeer beperkt. Indien arbeidsmarkteffecten aanwezig zijn, maar buiten beeld blijven omdat ze niet te kwantificeren zijn, kan dit leiden tot het onterecht afwijzen van beleidsinstrumenten. Nader onderzoek naar deze effecten heeft daarom een hoge prioriteit.

7. Onderzoek en kwantificeer het effect van leefstijl op onderwijsprestaties

Het is eveneens aannemelijk er een positief effect van leefstijl bij kinderen is op hun onderwijsprestaties. Ook hier geldt echter dat dit nog niet of nauwelijks te onderbouwen valt met bestaand bewijs. Longitudinaal onderzoek met gegevens van zowel consultatiebureaus als basisscholen zou bijvoorbeeld van grote waarde zijn. En net als voor arbeidsmarkteffecten geldt dat wanneer betere onderwijsprestaties een gevolg zijn van leefstijlbeleid, het voor een goede kosten-batenafweging noodzakelijk is om deze effecten te kunnen meewegen.

8. Overige maatschappelijke kosten en baten van leefstijlbeleid

Het is aannemelijk dat er substantiële positieve effecten van leefstijl op arbeidsmarkt en onderwijsprestaties zijn. Dit geldt ook voor een veelheid aan andere kosten en baten, zoals de baten van meer mantelzorg en minder criminaliteit, en de kosten van extra uitgaven aan zorg en pensioen. De weg naar meer kennis over de aard van deze relaties is nog lang, omdat er nog nauwelijks onderzoek naar is verricht. Om een volledige MKBA van nieuwe beleidsinstrumenten te kunnen maken is dergelijke kennis echter cruciaal.

Geraadpleegde literatuur

Andersson Elffers Felix (AEF). (2013). *Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD*.

Baal van P. (2015). Preventie minder noodzakelijk dankzij betere zorg? Naar een doelmatige inzet van preventie en curatie. *Nederland tijdschrift voor geneeskunde*, 159 (19).

Beenacker, M.A., Nusselder, W.J., Groeniger, J.O., Lenthe, F.J. (2015). *Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies*. Erasmus MC.

Berg van den M.J., Boer de, D., Gijsen, R., Heijink, R., Limburg, L.C.M., Zwakhals, S.L.M. (2014). *Zorgbalans 2014, De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Berg van den, M. J., Post, N.A.M., Hamberg – van Reenen, H.H., Baan, C.A., Schoemaker, C.G. (2014). *Preventie in de zorg, Themasrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Beuningen, J., Moonen, L. (2013). Gezondheid belangrijker voor geluk dan leefstijl. *Bevolkingstrends april 2013*, Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Boshuizen, H.C., Nusselder, W. N., Peter, F., Verweij, A. (2014). *Index SES verschillen in (gezonde) levensverwachting*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

CHRODIS. (2015). *Health promotion and primary prevention in 14 European countries: a comparative overview of key policies, approaches, gaps and needs*.

Cnossen, S., Forrest, D., Smith, S. *Taxation and regulation of smoking drinking and gambling in the EU*, Centraal Planbureau (CPB).

Cnossen, S. (2006a). Tobacco taxation in the european union. *CPB Discussion paper 67*, Centraal Planbureau (CPB).

Cnossen, S. (2006b). Alcohol taxation and regulation in the European Union. *CPB Discussion paper 76*, Centraal Planbureau (CPB).

College voor Zorgverzekeringen (CVZ). (2007). *Van preventie verzekerd*.

College voor Zorgverzekeringen (CVZ). (2009). *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie*.

Devaux, M., Sassi, F. (2015). The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use and Related Chronic Diseases. *OECD Health Working Papers, No. 86*, OECD.

Drost R.M.W.A., Paulus, A.T.G., Ruwaard, D., Evers, S.M.A.A. (2014). *Handleiding Intersectorale kosten en baten van (preventieve) interventies*, Maastricht University.

Ewijk, C., Horst van der, A., Besseling, P. Gezondheid loont, tussen keuze en solidariteit. Toekomst voor de zorg. *CPB Boek 7*, Centraal planbureau (CPB).

Eysink, P.E.D. Hamberg – van Reenen, H.H., Lambooi, M.S. (2008). *Leefstijl en arbeid in balans. Een literatuurstudie naar de invloed van leefstijlfactoren en (sub)cultuur op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteit*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

GGD Nederland. (2013). *Gezondheidsbeleid in de groei, Scan van de gemeentelijke gezondheidsnota's 2013*.

Glind van de, I., Heinen, M., Achterberg van, T. (2013). *Een pas op de plaats, Implementatie van leefstijlinterventies in de patiëntenzorg*. IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare.

- Groot, S., Rijnsburger, A.J., Versteegh, M.M., Heymans, J.M., Kleijnen, S., Redekop, W.K., Verstijnen, I.M. (2014). Which factors may determine the necessary and feasible type of effectiveness evidence? A mixed methods approach to develop an instrument to help coverage decision-makers. *BMJ Open* 2015, 5(7).
- Griffith, R., O'Connell, M., Smith, K. (2015). Relative prices, consumer preferences, and the demand for food. *Oxford Review of Economic Policy, Volume 31(1)*, pp. 116–130.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M., Barnekow, V. (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. *Health Policy for Children and Adolescents, No.7*. World Health Organization (WHO).
- ISCA, Cebr. (2015). *The economic cost of physical inactivity in Europe*.
- Jansen, M. (2015). *Lokale overheid en populatiegericht gezondheidsbeleid, inaugurele rede*. Maastricht University.
- Koç, H., Kippersluis, H. (2015). Waarom lager opgeleiden ongezonder eten. *Economische Statistische Berichten, jaargang 100*, 8 oktober 2015.
- Kok, L., Berden, C., Koopmans, C. (2016). *Kosten van roken*. SEO economisch onderzoek.
- Knoops, K., Brakel van der, M. Rijke mensen leven lang en gezond, Inkomensgerelateerde verschillen in de gezonde levensverwachting. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88(1).
- Koopmans, C., Heyma, A., Hof, B., Imandt, M., Kok, L., Pomp, M. (2016). *Werkwijzer voor kosten-baten analyse in het sociale domein* (nog niet gepubliceerd). SEO Economisch Onderzoek.
- KPMG. (2015). *Project SUN, a study of the illicit cigarette market in the EU, Norway and Switzerland*.
- Mackenbach J.P., McKee, M. (2013). *Successes and Failures of Health Policy in Europe, Four decades of divergent trends and converging challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Marc Pomp economische beleidsanalyse. (2011). *Gezond en actief ouder worden: de maatschappelijke baten van healthy ageing onderzoek, Een scenario-analyse tot 2050*.
- McDaid, D., Oliver, A., Merkur, S. (2014). What do we know about the strengths and weakness of different policy mechanisms to influence health behaviour in the population? *Policy Summary 15*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- National Expertisecentrum Tabaksontmoediging. (2015). *Factsheet continu onderzoek rookgewoonten 2014*. Trimbos-instituut.
- Nuffic Council on Bioethics. (2007). *Public health: ethical issues*.
- Panhuis In 't - Plasmans, M., Luijben, G., Hoogenveen, R. *Zorgkosten van ongezond gedrag*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Pomp, M., Schoemaker, C.G., Polder, J.J. (2014). *Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg, Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Poortvliet, E.P., Vennekens, A., Kleijn de, M., Hoesel van, P.H.M. (2012). *Evaluatie 2e en 3e Preventieprogramma, Eindrapportage*. Panteia.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). (2014). *De verleiding weerstaan, Grenzen aan beïnvloeding van het gedrag door de overheid*.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2006). *Zinnige en duurzame zorg*.

- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2010). *Perspectief op gezondheid 20/20*.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2010) *Van zz naar gg*.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2011). *Preventie van welvaartsziekten, Effectief en efficiënt georganiseerd*.
- RIVM, iMTA, Erasmus MC. (2015). *Comparative efficiency of health systems, corrected for selected lifestyle factors, Final report*. Europese Commissie.
- Romijn, G. en Renes, G. *Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-Batenanalyse*. Centraal Planbureau (CPB) en Sociaal Cultureel Planbureau (SCP).
- Ruwaard, D. *De weg van nazorg naar voorzorg, buiten de gebaande paden, Inaugurale rede*. Maastricht University.
- Sassi, F., Cecchini, M., Lauer, J., Chisholm, D. (2009). *Improving lifestyles, tackling obesity: The health and economic impact of prevention strategies*. OECD Health Working Papers.
- Sociaal-Economische Raad (SER). (2014). *Advies 14/07, Betere zorg voor werkenden*.
- Soeters, M., Verhoeks, G. (2014) *Financiering van preventie, Analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen*. Zorgmarktadvies.
- Stinesen, B., Renes R.J. (2014). *Overheidsbeleid gericht op gedragsverandering: meer dan een mooi streven? Een analyse van Gedragsbeïnvloedende overheidsinitiatieven in de domeinen gezondheid, mobiliteit en financiën*. Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO).
- Technische werkgroep Zorgkeuzes in kaart. (2015). *Zorgkeuzes in Kaart, Analyse van beleidsopties voor de zorg van tien politieke partijen*.
- Vaithianathan, R. (2013). *Savings from Preventing Lifetime Smoking and Obesity in Young Adults: A Scoping Study*. Health Promotion Forum of New Zealand.
- Werkgroep IBO Preventie. (2007). *Gezond gedrag bevordert, Eindrapportage van de werkgroep IBO preventie*.
- Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR). (2014). *Naar een voedselbeleid*.
- Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR). (2014). *Met kennis van gedrag beleid maken*.
- Wieser, S., Kauer, L., Schmidhauser, S., Pletscher, M., Brügger, U., Jeanrenaud, C., Füglistner-Dousse, S., Kohler, D., Marti, J. (2009). *Synthesis report – Economic evaluation of prevention measures in Switzerland*. Swiss Federal Office of Public Health.
- Wouterse, B. (2013). *Economic consequences of healthy aging*. Tilburg University.
- Zwakhals, S.L.M., Luijben, A.H.P. (2015). *Gemeentelijke gezondheidsprofielen, rapportage instrumentontwikkeling*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Bijlage 1. Taakopdracht

1. Aanleiding

Preventiebeleid is het totaal van maatregelen dat beoogt de gezondheid te beschermen, bewaken en te bevorderen. Het beleid om de gezondheid te bevorderen omvat een breed palet aan maatregelen, variërend van stimuleren (subsidies, campagnes) tot ge- en verboden en prijsprikkels in de vorm van accijnzen. Naast gezondheidswinst en lagere ziektelast heeft vermijdbaarheid van ziektes effect op de collectieve zorguitgaven, het arbeidsaanbod, de productiviteit, andere collectieve uitgaven (bijvoorbeeld als gevolg van arbeidsongeschiktheid) en onderwijsprestaties. Ondanks de stijging van het aantal gezonde levensjaren is er nog altijd een toename van gezondheidsproblemen als gevolg van (chronische en welvaarts)ziekten die op zijn minst gedeeltelijk voortvloeien uit gedrag van individuen. Met het bevorderen van een gezonde leefstijl is gezondheidswinst te realiseren.

In 2006-2007 is reeds een IBO gedaan naar preventie. Daarin is onder meer aanbevolen om de kennis over kosteneffectiviteit te vergroten. Aan de Tweede Kamer is voor eind 2015 een tweetal onderzoeken toegezegd: een MKBA over alcoholgebruik en een onderzoek naar de effectiviteit van maatregelen om het alcoholgebruik terug te dringen. Ook op het gebied van Tabak loopt de discussie over effectiviteit van overheidsmaatregelen. RIVM constateerde onlangs⁴ dat er steeds meer kosteneffectiviteitsanalyses worden gepubliceerd over preventie in de zorg, hetgeen voor het thema overgewicht nieuwe aangrijpingspunten kan opleveren. Stelselwijzigingen, nieuwe bekostigingsmodellen en maatschappelijke en technologische veranderingen hebben in de loop der jaren gezorgd voor een nieuw speelveld.

De technische werkgroep van Zorgkeuzes in Kaart (ZiK) heeft met betrekking tot preventie geadviseerd om nader onderzoek te verrichten naar kwantificeerbaarheid van de effecten van preventiemaatregelen. Dit IBO voorziet in deze aanbevelingen, waarbij de focus ligt op enkele specifieke leefstijlthema's, waarbinnen alle beschikbare overheidsmaatregelen aan bod komen.

2. Probleemstelling

Het doel van dit IBO is om inzicht te krijgen in de effectiviteit van mix van overheidsinterventies bij preventie en dit inzicht te betrekken bij de analyse van de effectiviteit van het huidige preventiebeleid. Vanwege de breedte van het terrein van preventie richt dit IBO zich op enkele specifieke deelterreinen, namelijk de preventie op de terreinen alcohol, tabak en overgewicht. Daarbij komt de gehele mix van overheidsinterventies aan bod, zoals regelgeving, bekostiging en prijsprikkels handhaving, voorlichting en educatie, signalering, advies en ondersteuning en beïnvloeding van de sociale en fysieke omgeving. Daarbij worden de volgende kernvragen gesteld:

1. Welke interventievormen zijn effectief in de leefstijlbeïnvloeding en daarmee in het stimuleren van gezond gedrag en het voorkomen van ziekten? Wat valt er te zeggen over de (kosten)effectiviteit ervan?
2. Zijn de huidige methoden om de (kosten)effectiviteit van preventiemaatregelen te meten en te kwantificeren toereikend en eenduidig?
3. Hoe ziet het huidige instrumentarium op het gebied van gezondheidsbevordering / gedragsbeïnvloeding eruit? Is de instrumentenmix voldoende effectief? Is deze voldoende samenhangend, gezien vanuit het rijksbrede beleidsperspectief? Zijn de verantwoordelijkheden op het juiste niveau belegd (rijk, andere overheden, privaat)? Welke instrumentenmix is het meest effectief bij preventie op de terreinen alcohol, tabak en overgewicht?

⁴ RIVM, VTV 2014

3. Reikwijdte onderzoek en onderzoeksaanpak

Dit IBO richt zich op het beleid voor het bevorderen van een gezonde leefstijl op de terreinen alcohol, tabak en overgewicht. Daarbij is een aantal instrumenten te onderscheiden dat de overheid inzet om een gezondere leefstijl te stimuleren: regelgeving, bekostiging en prijsprikkels, prikkels zelfregulering, handhaving, voorlichting en educatie; signalering, advies en ondersteuning en beïnvloeding van de sociale en fysieke omgeving. De vraag is of deze mix optimaal is vormgegeven.

Het onderzoek zal gefaseerd worden opgezet. In fase 1 zal worden onderzocht welke vormen van (leefstijl)interventies vanuit de overheid in verleden bewezen effectief zijn geweest in termen van gedragsverandering en gezondheidswinst. Dit kunnen zijn ge- en verboden, belastingen/accijnzen, voorschriften, (Europese) richtlijnen, convenanten met veldpartijen, maatregelen in de sfeer van bekostiging, etc. Deze best practices kunnen verder strekken dan de zorg (bijvoorbeeld het succes van het verplicht stellen van autogordels) omdat het gaat om bewezen effectieve overheidsmaatregelen om gedrag te beïnvloeding. In fase 2 zal het huidige preventiebeleid worden afgezet tegen de in fase 1 bewezen effectieve instrumenten. Daarbij zal worden gekeken of de huidige instrumentenmix voldoende samenhangend is, of deze voldoende effectief is en of er een effectievere mix denkbaar is. Waar nuttig, kan bij de analyse van instrumenten gebruik worden gemaakt van brede maatschappelijke kosteneffectiviteitsanalyses, waarbij de departementoverstijgende uitkomsten worden meegenomen indien deze kwantificeerbaar zijn. Hierbij dient primair gezondheidswinst als maatstaf te worden meegenomen. Het effect op de kosten op het gebied van zorg en andere beleidsterreinen en brede maatschappelijke baten (zoals arbeidsproductiviteit) zullen echter ook zoveel mogelijk worden meegenomen. Conclusies over de toereikendheid van de beschikbare methodieken en eventueel aanvullend empirisch onderzoek spelen hierbij een belangrijke rol.

Naast VWS is een aantal andere departementen bij dit IBO betrokken. Zo spelen OCW, SZW en BZK een belangrijke rol bij het beschermen en bevorderen van gezondheid en gezond gedrag in het onderwijs, op de werkvloer en op lokaal niveau, partijen met elk een eigen (uitvoerende) taak in het preventie- en vormingsbeleid. Gezien de maatschappelijke impact van verschillende maatregelen is betrokkenheid van de departementen van Financiën en Economische Zaken van belang.

Bij de beantwoording van de eerste drie vragen wordt gebruik gemaakt van bestaande literatuur. Het onderzoek heeft zes bouwstenen:

1. Begripsbepaling en afbakening van het relevante beleidstheorie.
2. Een overzicht van de conclusies van relevante theoretische literatuur.
3. Een overzicht van resultaten van empirisch onderzoek uit binnen en buitenland.
4. Zo nodig en zo mogelijk aanvullend empirisch onderzoek.
5. Een beknopte internationale vergelijking.
6. Gesprekken met experts op het terrein van gezonde leefstijl en met betrokken partijen.

4. Organisatie van het onderzoek

De werkgroep bestaat uit de ministeries van VWS, OCW, SZW, BZK, EZ, AZ, FIN, het RIVM en het CPB. Verder zullen eventueel externe deskundigen worden uitgenodigd deel te nemen aan de werkgroep. Zorginstituut Nederland, SCP, RV&S en TNO en andere organisaties met een brede expertise op preventieterrain, zullen bij de uitwerking van de onderzoeksvragen worden betrokken. De werkgroep start op 1 september 2015 en dient haar eindrapport uiterlijk 1 maart 2016 in. De omvang van het rapport is niet groter dan 30 bladzijden plus een samenvatting van maximaal 5 bladzijden.

Bijlage 2. Internationale vergelijking

Leefstijlthema	Huidige situatie	EU Ranking*	Trend
Roken	26%	Gemiddeld	Dalend
Alcohol (te veel drinken)**	9%	Laag	Stabiel
Voeding (te weinig groente/fruit)**	90-95%	Hoog	Stabiel
Bewegen (te weinig beweging)**	41%	Laag	Dalend
Overgewicht(BMI ≥ 25)	50%	Laag	Stabiel

(Bron: CBS, 2014; VCP, 2007/2010)

*Laag: minder ongezond gedrag dan het EU gemiddelde, hoog: meer dan EU gemiddelde.

**Te veel of te weinig ten opzichte van de geldende normen of richtlijnen voor bewegen en voeding.

***Dit betreft niet de nieuwe richtlijn van de gezondheidsraad, die de het afzien van het gebruik van alcohol als richtlijn heeft, maar de norm dat personen die minstens 1 keer per week ten minste vier (voor vrouwen), zes (voor mannen) en tien (voor jongeren) glazen alcohol op één dag drinken als zware drinker worden gekwalificeerd.

De Nederlandse positie wat betreft de leefstijlthema's is relatief goed vergeleken bij de meeste EU-gemiddelden. Uit de internationale studies kan niet worden afgeleid of verschillen tussen landen een resultante zijn van een variatie in beleidsintensiteit. Vergelijkend onderzoek van Chrodis in 14 Europese landen laat echter zien dat het Nederlandse beleid op een aantal criteria zoals kwaliteitsbewaking, strategische visie, kennis ontwikkeling, financiële middelen en multidisciplinaire aanpak lager scoort dan veel andere EU landen.⁵

⁵ CHRODIS. (2015). *Health promotion and primary prevention in 14 European countries: a comparative overview of key policies, approaches, gaps and needs.*

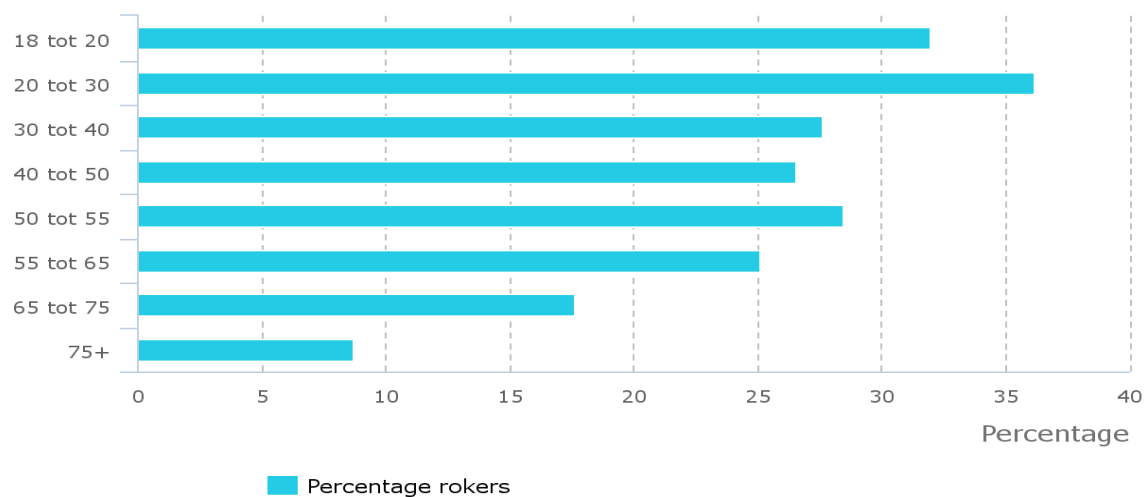
Bijlage 3. Cijfers en trends

1. Roken

a. huidige situatie

Rokers

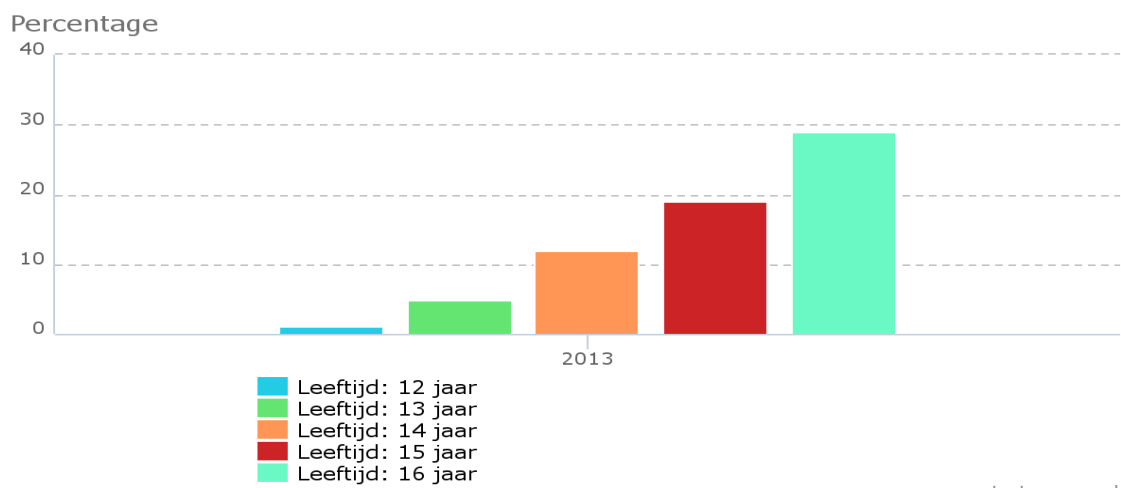
18 jaar en ouder



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM bewerkt door Trimbos-instituut

Rookgedrag jongeren naar leeftijd

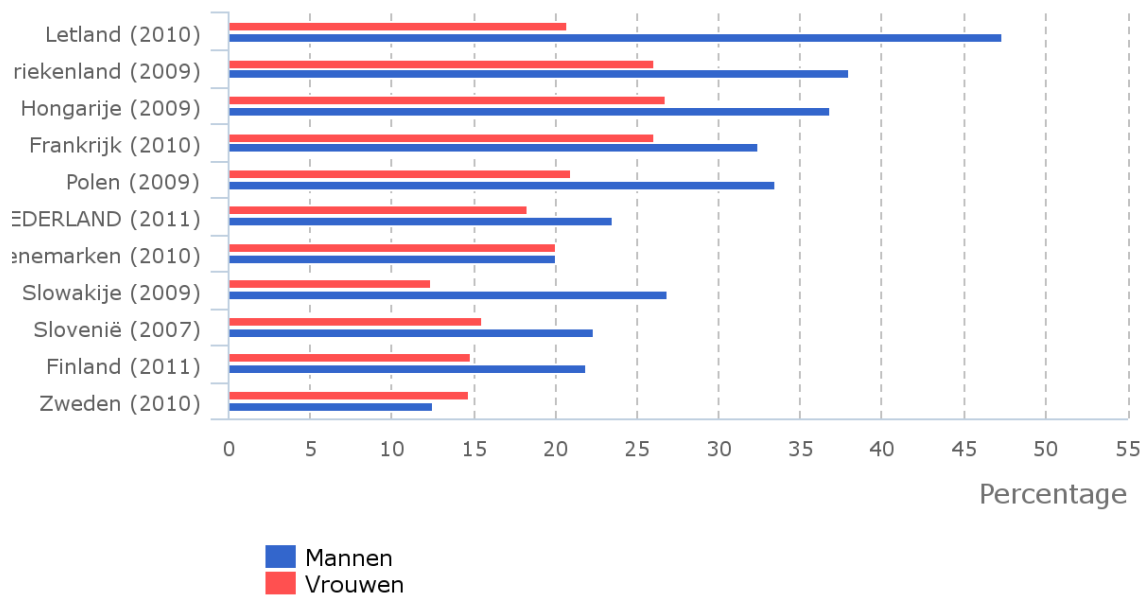
12 t/m 16 jaar



Bron: HBSC-NL / Peilstationsonderzoek Scholieren

Rokers in de EU

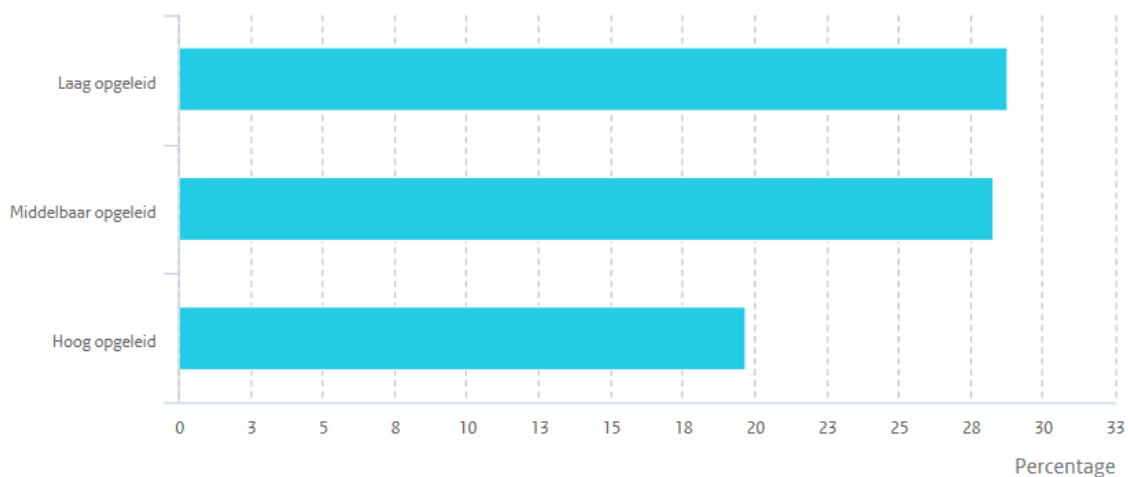
Volgorde op basis van gemiddelde van mannen en vrouwen



Bron: WHO-HFA

Rokers

18 jaar en ouder

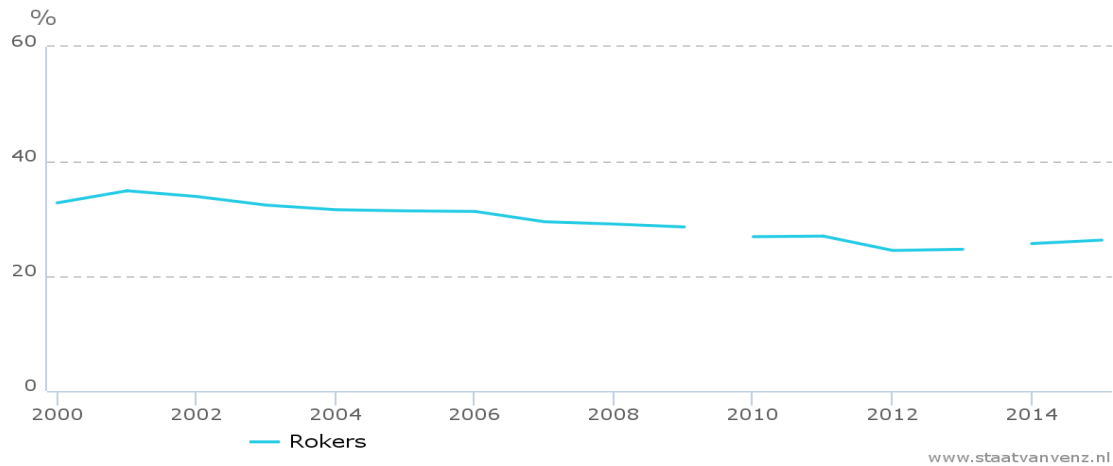


Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM bewerkt door Trimbos-instituut

b. trends

Trend in rokers

18 jaar en ouder

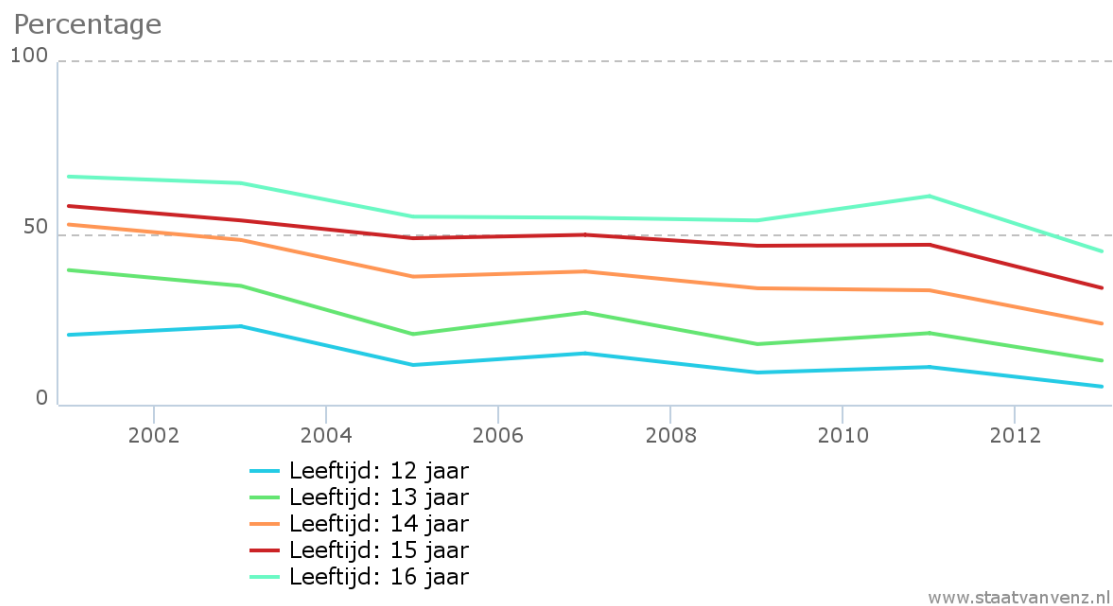


Door wijziging in de meetmethoden tussen 2009-2010 en tussen 2013-2015 zijn de cijfers voor en na deze perioden slechts in beperkte mate te vergelijken.

Bron: Gezondheidsenquête van CBS (2000 t/m 2013) & Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM (vanaf 2014)

Trend in rookgedrag jongeren

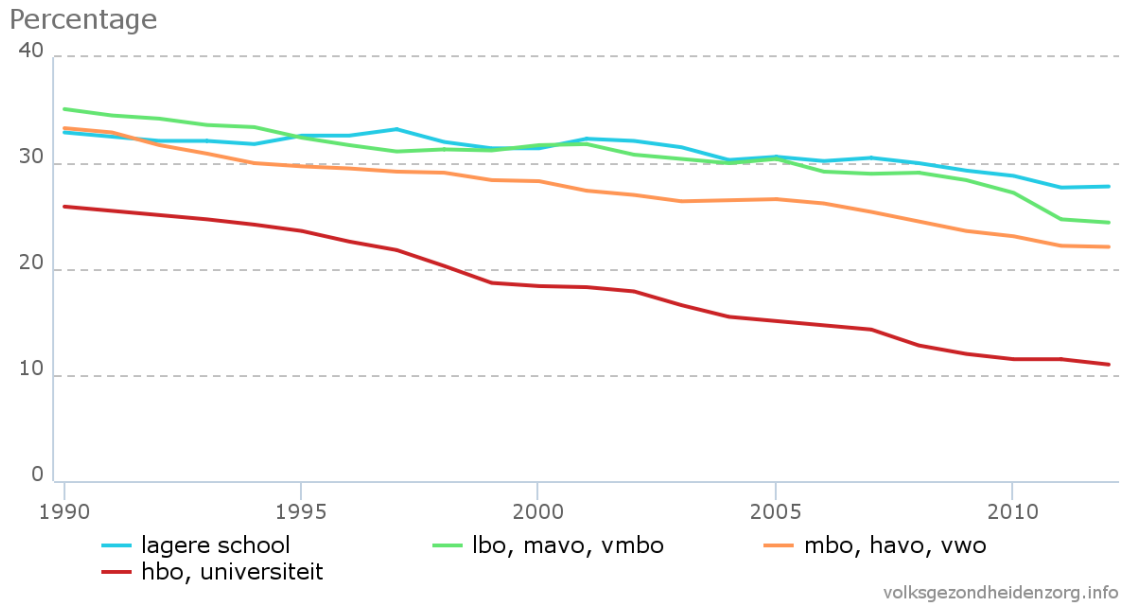
12 t/m 16 jaar



Bron: HBSC-NL / Peilstationsonderzoek Scholieren

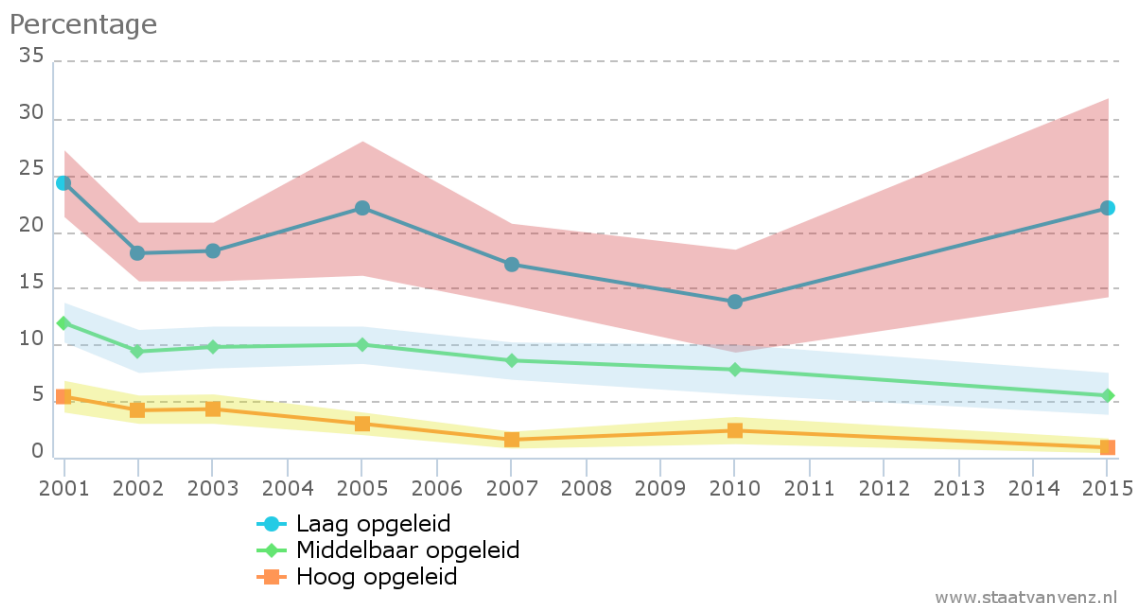
Roken naar opleidingsniveau, 1990-2012

Bij 25-plussers



Bron: POLS gezondheid en welzijn 1990-2012 (Percentages zijn 3-jaars voortschrijdende gemiddelden)

Trend in vrouwen die roken tijdens de zwangerschap



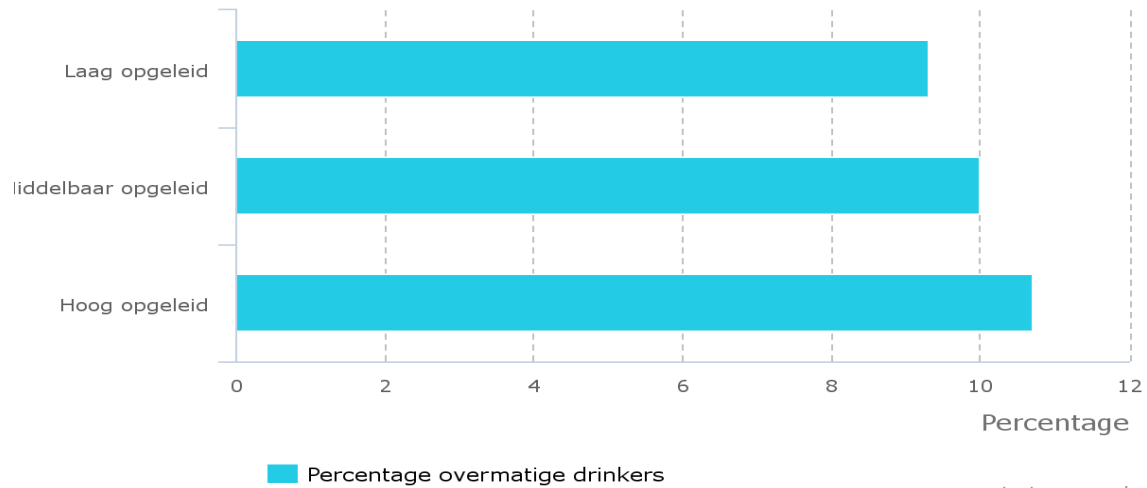
Bron: Peiling melkvoeding van zuigelingen, TNO
BI = 95% betrouwbaarheidsinterval

2. Alcohol

a. huidige situatie

Overmatige drinkers

18 jaar en ouder



Betreft verslagjaar 2014.

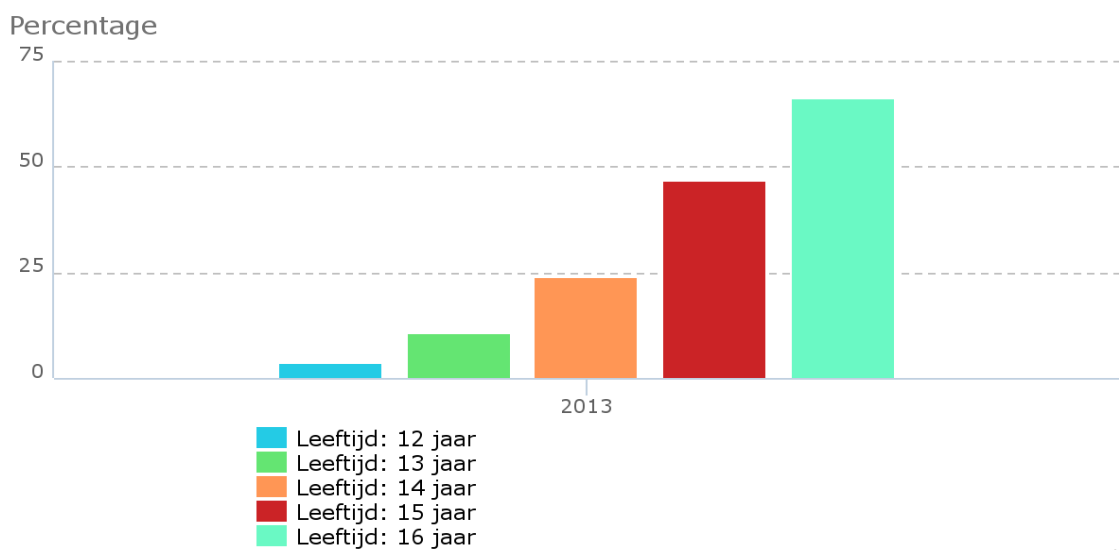
Onder overmatig alcoholgebruik wordt in deze grafiek verstaan: personen die meer dan 14 glazen (voor vrouwen) en 21 (voor mannen) glazen alcohol per week drinken.

Bij het schrijven van dit rapport was nog onbekend of de definitie van overmatig alcoholgebruik zal veranderen naar aanleiding van het meest recente advies omtrent alcoholgebruik van de Gezondheidsraad.

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM bewerkt door Trimbos-instituut

Alcoholgebruik jongeren

12 t/m 16 jaar



Bron: HBSC-NL / Peilstationsonderzoek Scholieren

Alcoholgebruik bij jongeren van 12 tot en met 18 jaar

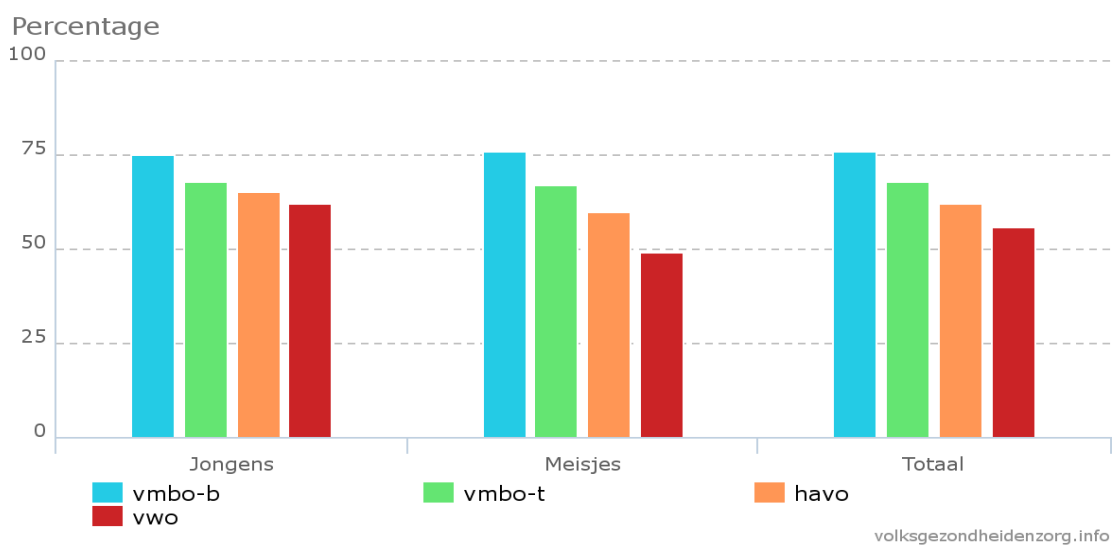
Leeftijd	Ooit gedronken (%)	Laatste maand gedronken (%)	Laatste maand binge drinken (%)
12	35	8	3
13	53	18	10
14	69	32	19
15	83	59	41
16	90	77	57
12 t/m 18 jaar	70	43	30

Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren , 2012

Binge drinken wil zeggen het drinken van 5 glazen alcohol of meer tijdens 1 enkele gelegenheid.

Binge drinken onder scholieren van 12 t/m 16 jaar die alcohol drinken, 2011

In de maand voorafgaand aan een onderzoek

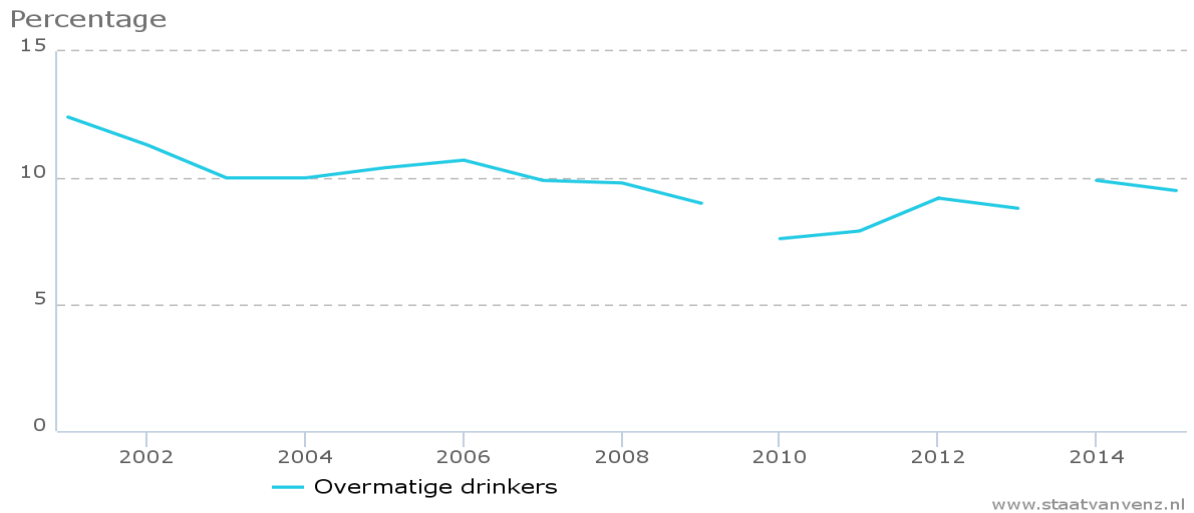


Bron: HBSC-NL / Peilstationsonderzoek Scholieren

b. trends

Trend in overmatig drinken

Bevolking van 18 jaar en ouder



Door wijziging in de meetmethoden tussen 2009-2010 en tussen 2013-2015 zijn de cijfers voor en na deze perioden slechts in beperkte mate te vergelijken.

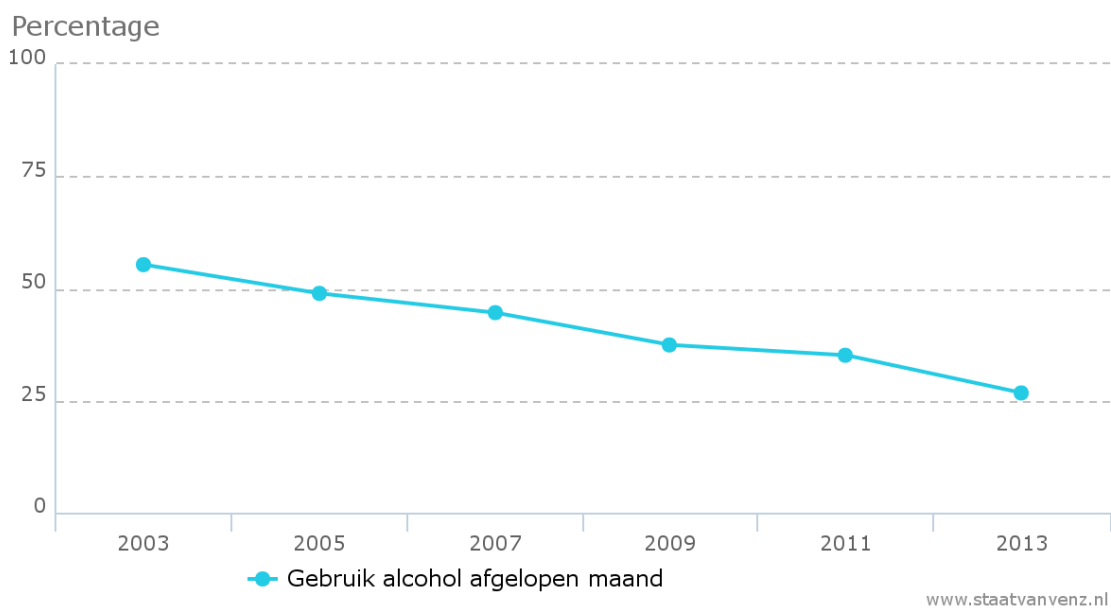
Onder overmatig alcoholgebruik wordt in deze grafiek verstaan: personen die meer dan 14 glazen (voor vrouwen) en 21 (voor mannen) glazen alcohol per week drinken.

Bij het schrijven van dit rapport was nog onbekend of de definitie van overmatig alcoholgebruik zal veranderen naar aanleiding van het meest recente advies omtrent alcoholgebruik van de Gezondheidsraad.

Bron: HBSC-NL / Peilstationsonderzoek Scholieren

Trend in alcoholgebruik jongeren

12 t/m 16 jaar



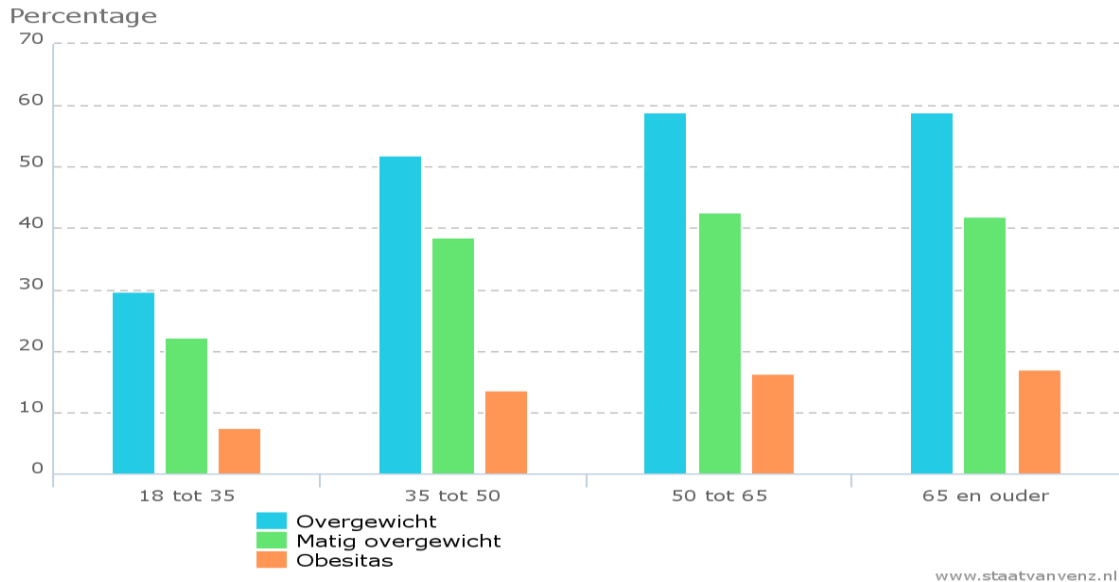
Bron: HBSC-NL / Peilstationsonderzoek Scholieren

3. Overgewicht

a. huidige situatie

Overgewicht

18 jaar en ouder



Betreft verslagjaar 2014.

Er is sprake van overgewicht bij een BMI > 25

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM

Percentage kinderen met overgewicht in 2013

Leeftijd	Overgewicht	Matig overgewicht	Ernstig overgewicht
4-12	12,2	9,4	2,8
12-16	12	10,2	1,7
16-20	10,9	8,8	2,1

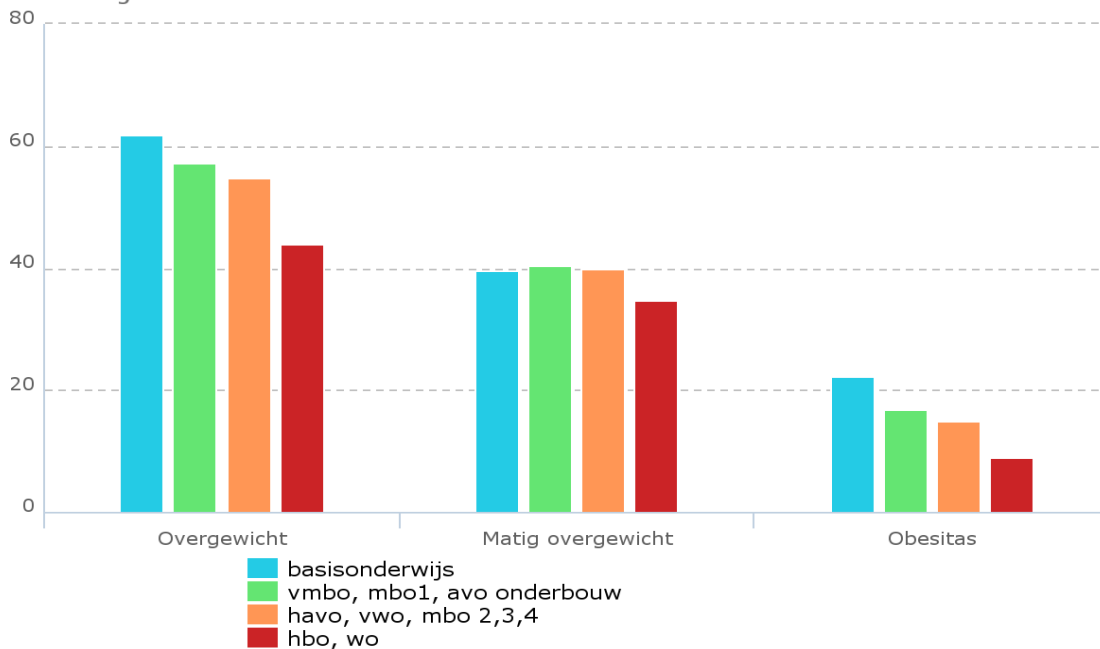
Bron: CBS Statline, 2013

De BMI-grenswaarden van overgewicht en obesitas van kinderen en jongeren wijken af van die van volwassenen.

Overgewicht

25 jaar en ouder

Percentage



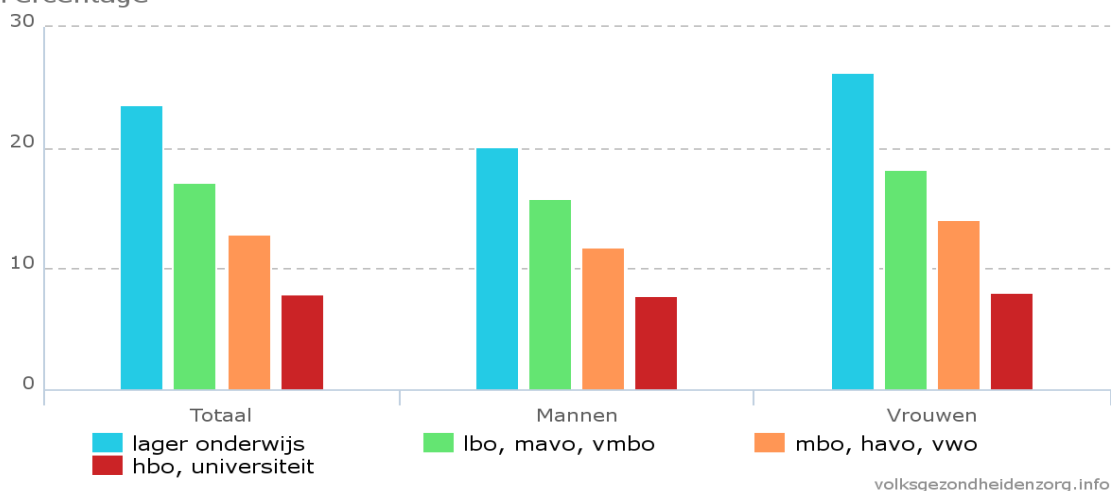
Betreft verslagjaar 2014.

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM

Obesitas naar opleidingsniveau, 2012

Volwassenen van 25 jaar en ouder

Percentage



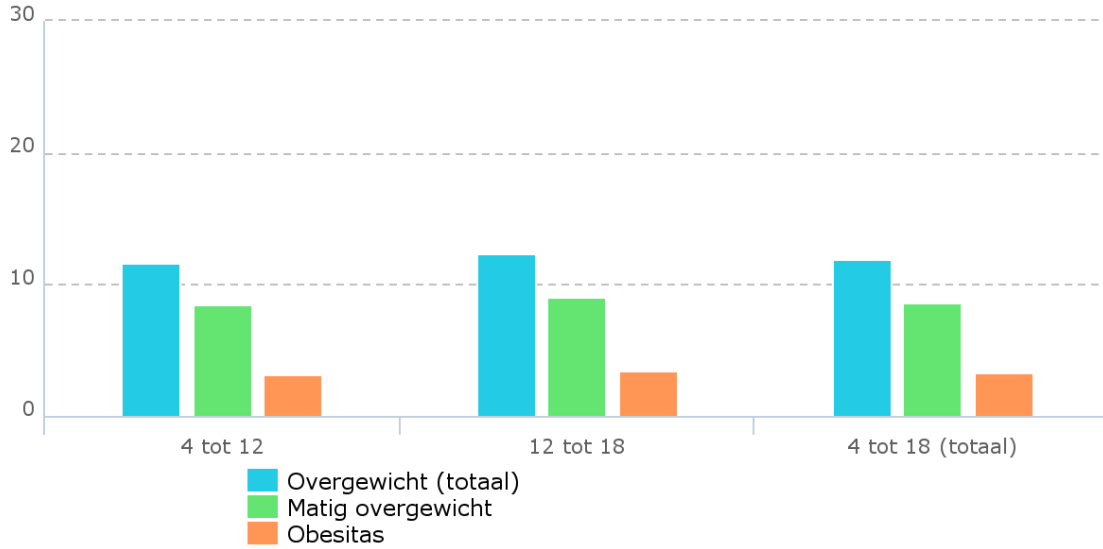
Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen GGD'en, CBS en RIVM, 2012

Er is sprake van overgewicht bij een BMI > 25. Er is sprake van obesitas bij een BMI > 30.

Overgewicht

4 tot 18 jaar

Percentage



www.staatvanvenz.nl

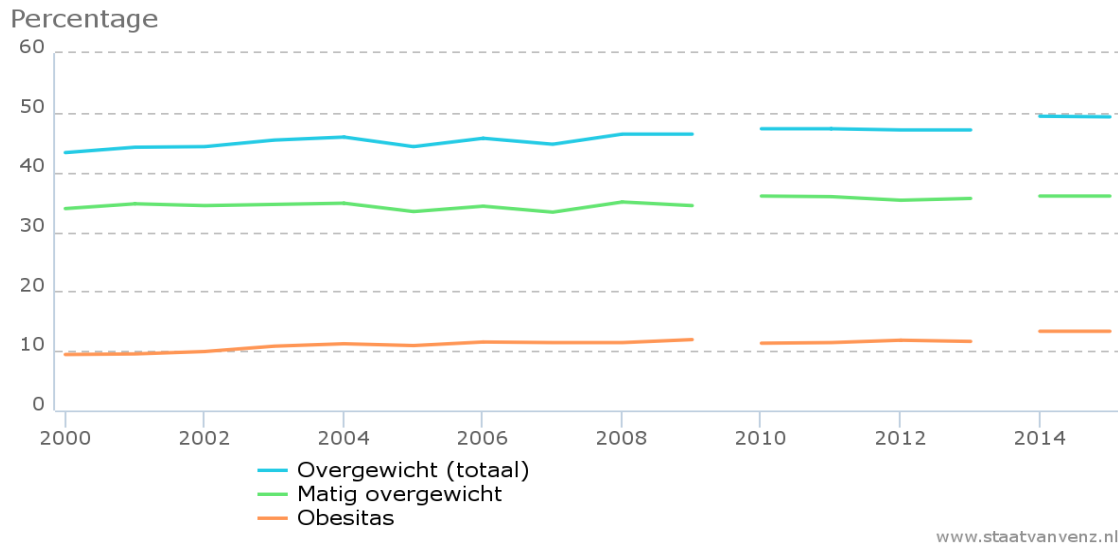
Betreft verslagjaar 2014

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM

b. Trends

Trend in overgewicht

18 jaar en ouder

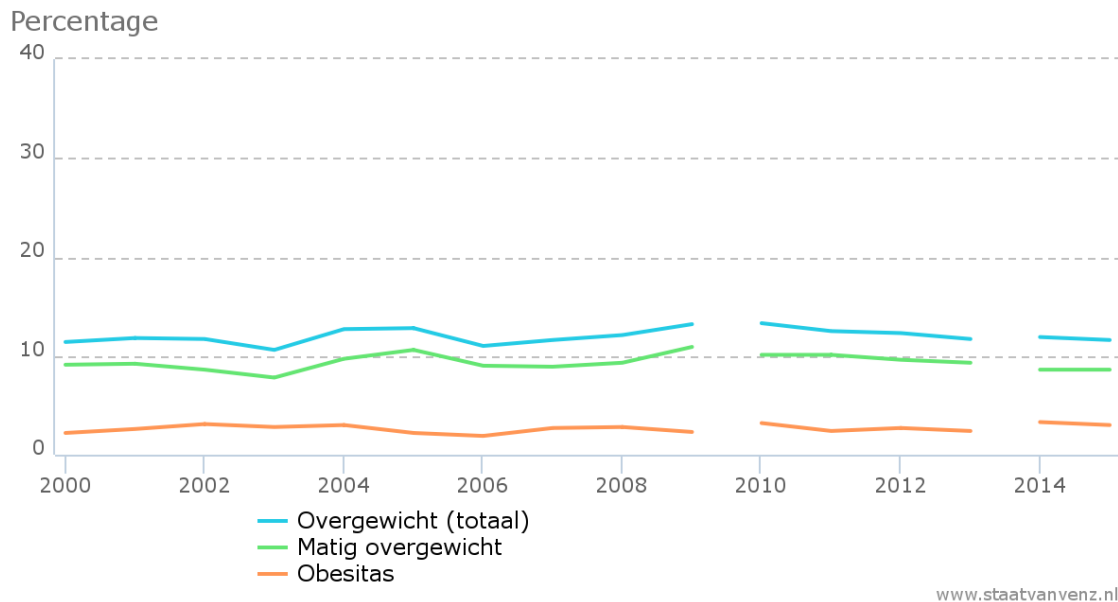


Door wijziging in de meetmethoden tussen 2009-2010 en tussen 2013-2015 zijn de cijfers voor en na deze perioden slechts in beperkte mate te vergelijken.

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM

Trend in overgewicht bij jongeren

4 tot 18 jaar

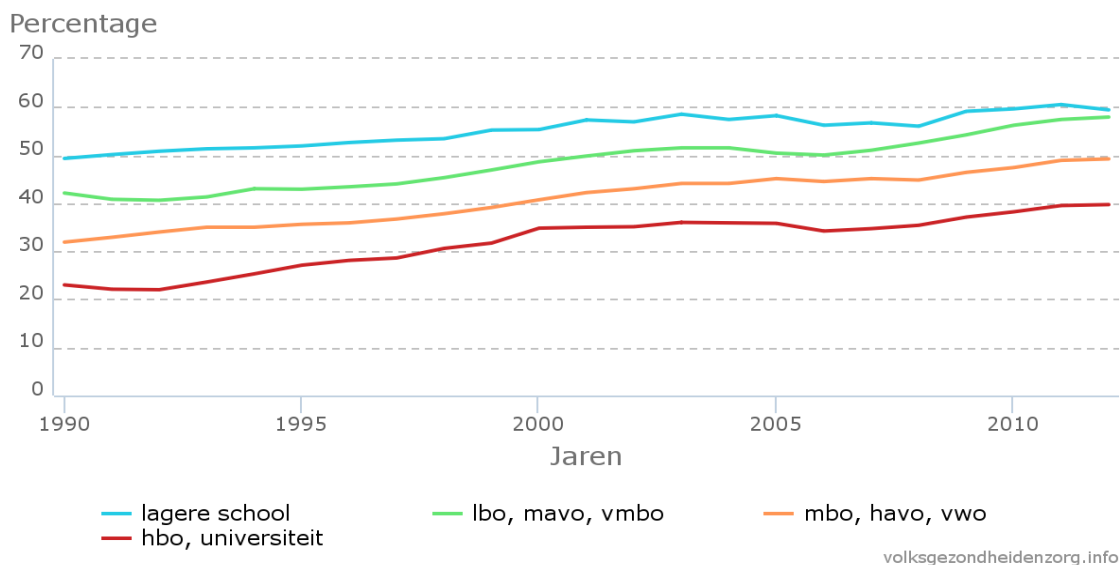


Door wijziging in de meetmethoden tussen 2009-2010 en tussen 2013-2015 zijn de cijfers voor en na deze perioden slechts in beperkte mate te vergelijken.

Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM

Overgewicht naar opleidingsniveau, 1990-2012

Volwassenen van 25 jaar en ouder

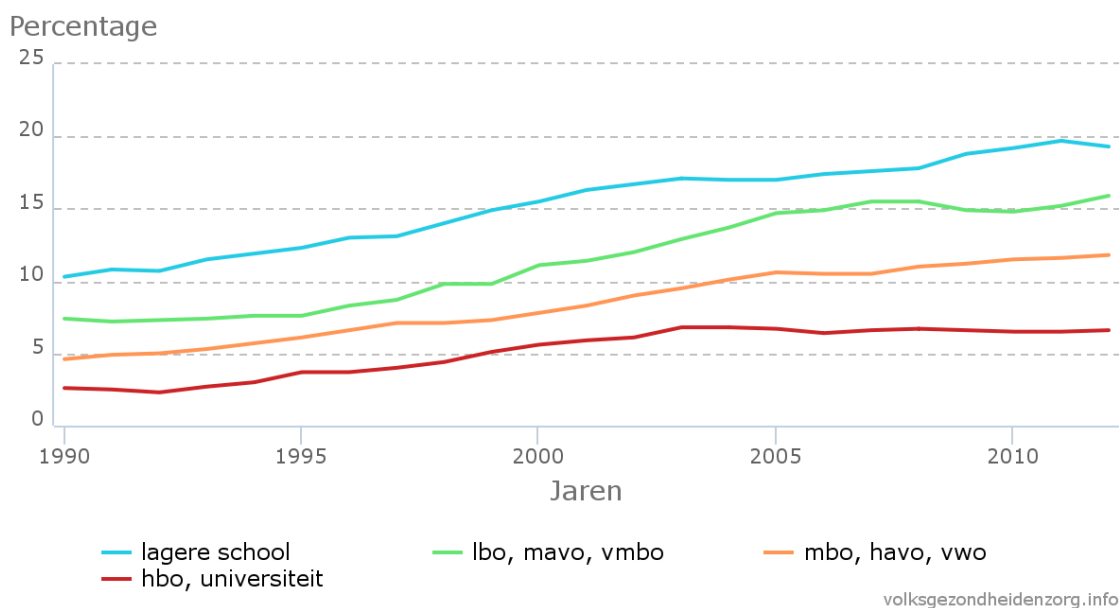


Bron: POLS, gezondheid en welzijn, 1990-2012

De percentages in de figuur zijn 3-jaars voortschrijdende gemiddelden

Obesitas naar opleidingsniveau, 1990-2012

Volwassenen van 25 jaar en ouder



Bron: POLS, gezondheid en welzijn, 1990-2012

De percentages in de figuur zijn 3-jaars voortschrijdende gemiddelden

Bijlage 4. Huidig beleid

De Rijksoverheid speelt een belangrijke rol, zowel vanuit het ministerie van VWS (Wet publieke gezondheid, Drank- en Horecawet, Tabakswet, Zorgverzekeringswet en verschillende standaarden en richtlijnen voor zorgaanbieders) als daarbuiten (SZW/werk, OCW/school). Daarnaast zijn ook andere actoren van belang zoals lokale overheden, producenten, zorgverzekeraars en werkgevers.

Het beleid richt zich vooral op informeren (voorlichting) en stimuleren van gezond gedrag maar ook reguleren door bijvoorbeeld het verbieden van roken in de horeca en op de werkplek. Daarnaast zijn er additionele beschermende maatregelen gericht op jeugd als extra kwetsbare groep. Deze paragraaf beschrijft het beleid van het ministerie van VWS, en benoemt het aanvullende beleid van andere departementen en actoren.

Specifieke instrumenten VWS

De belangrijkste actor in het leefstijlbeleid binnen de rijksoverheid is het ministerie van VWS. Onderstaand volgt een inventarisatie op hoofdlijnen.

a. Alcohol

De rijksoverheid wil schadelijk alcoholgebruik voorkomen en streeft ernaar verkoop van alcohol op verantwoorde wijze te laten plaatsvinden. De laatste jaren richt het beleid zich nadrukkelijk op bescherming van jongeren. Belangrijkste (sub)doel hierbij is de sociale norm van de nieuwe leeftijdsgrens van 18 jaar. Deze paragraaf beschrijft de toegepaste instrumenten.

Wetgeving en handhaving

De Drank- en Horecawet (DHW) richt zich op het beperken van gezondheidsschade, overlast en ongevallen als gevolg van alcoholgebruik en op het terugbrengen van alcoholgebruik onder jongeren. Jongeren onder de 18 jaar zijn nu strafbaar als ze alcohol bij zich hebben in de openbare ruimte, verstrekkers mogen aan minderjarigen geen alcohol verstrekken. Naleving van de wettelijke leeftijdsgrens door verstrekkers is cruciaal en werkt normstellend in de openbare ruimte. De wet- en regelgeving wordt door de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) gehandhaafd. VWS monitort actief de naleving van verstrekkers, alsook het koopgedrag van jongeren. VWS onderzoekt in samenwerking met ZonMw welke wetswijzigingen in de toekomst kunnen bijdragen aan de algemene doelstelling van alcoholbeleid.

Informeren/voorlichten, educatie en stimuleren

Informeren/voorlichten, educatie en stimuleren worden gezien als belangrijke instrumenten om gedragsverandering te ondersteunen. Een voorbeeld hiervan is de NIX-18-campagne. Het Trimbos-instituut voert bijvoorbeeld daarnaast in opdracht van VWS een aantal voorlichtings- en educatieprogramma's op scholen en in de horeca uit. VWS ondersteunt gemeenten, onder meer via het Trimbos-instituut, actief met kennis over lokaal beleid en over handhaving en probeert gemeenten zo goed mogelijk te voorzien van het juiste instrumentarium en handreikingen.

b. Tabak

Doelstelling van het beleid is een verdere afname van het aantal rokers in Nederland (VTV, 19% in 2030). Om dit te bereiken wordt vooral ingezet op het voorkomen dat jongeren beginnen met roken. Het merendeel van de rokers is immers voor het 18e levensjaar begonnen. Daarnaast worden rokers uitgenodigd, gestimuleerd en gefaciliteerd om met roken te stoppen.

Wetgeving en handhaving

In de Tabakswet staan voorschriften gericht op de aanduiding en samenstelling van tabaksproducten, reclame-, sponsoring- en verkoopbeperkingen, leeftijdsgrenzen voor de verkoop van tabaksproducten en rookverboden (bijvoorbeeld rookvrije horeca). Een deel betreft Europese wetgeving. Momenteel wordt de Europese Tabaksproductenrichtlijn geïmplementeerd in de Nederlandse Tabakswet.

Naast de Tabakswet, is Nederland partij bij het WHO FCTC Kaderverdrag inzake tabaksontmoediging. Over het algemeen wordt dit Verdrag gezien als aanbeveling voor het implementeren van verdergaande maatregelen. De wetgeving gaat gepaard met een toezicht- en handhavingregime door de Nederlandse Voedsel- en Waren Autoriteit (NVWA).

Informeren/Voorlichten, educatie en stimuleren

Met veel partijen wordt samengewerkt om tabaksgebruik onder jongeren te ontmoedigen en jongeren een rookvrije omgeving te geven. Ook voorlichting en campagnes zijn belangrijke instrumenten voor het stimuleren van veranderingen, het vergroten van kennis over roken en meer roken en het vergroten van draagvlak voor beleid. Stoppen met roken wordt gestimuleerd door ondersteuning te bieden bij het stoppen, door het beschikbaar stellen van medicijnen en professionele ondersteuning via de verzekering in het basispakket in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

c. Overgewicht (voeding en bewegen)

Omdat overgewicht een moeilijk omkeerbaar probleem is, wordt vooral ingezet op het voorkomen van overgewicht bij de jeugd. Doelstelling van het beleid is daarom om een stijging van het percentage kinderen op gezond gewicht te realiseren in minstens 75 gemeenten in 2020. Het beleid op overgewicht kenmerkt zich door een sterke nadruk op stimulering van gedragswijziging.

Informeren/Voorlichten, educatie en stimuleren

Om gemeenten te ondersteunen bij hun wettelijke verplichting om preventieprogramma's uit te voeren voor gezondheidsbevordering, in dit kader specifiek op de inzet voor een gezond gewicht, wordt het programma Jongeren Op Gezond Gewicht uitgevoerd. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de inzet op preventie en zorgverzekeraars voor de inzet op (verzekerbare) zorg, maar de concrete uitwerking hiervan blijkt lokaal een ingewikkeld probleem te zijn. Om hier te voorzien in handelingsperspectief, wordt vanuit het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) (in samenwerking met bovenstaande partijen) gewerkt aan concretere beschrijvingen van financieringsconstructies voor gemeenten om hierover met zorgverzekeraars afspraken te maken.

Overgewicht kan worden voorkomen door goede voeding en voldoende beweging. Hierin kan de overheid niet succesvol stimuleren zonder samenwerking met andere partners. De omgeving beïnvloedt het eet- en beweeggedrag van mensen, en die omgeving wordt mede vormgegeven door private partners, zoals – als het gaat om voeding - de levensmiddelenindustrie en horeca. Daarom wordt in gezamenlijkheid ingezet op het gezonder maken van die omgeving, zoals in supermarkten, bedrijven, schoolkantines, schoolpleinen, sportkantines, maar ook bijvoorbeeld in de kinderopvang.

Om de gezonde keuze zichtbaarder te maken in het assortiment, is 'het vinkje' op verpakkingen geïntroduceerd. Dit is een door VWS ondersteund keurmerk van de Stichting Ik Kies Bewust waarin onder meer de voedingsmiddelenindustrie en detailhandel participeren. Ten slotte stellen de voedingsindustrie en mediapartijen dat zij afspraken maken om kinderen te onttien van reclame en marketing voor producten die niet passen in een gezond voedingspatroon. Deze zelfregulering vindt plaats via de Reclamecode voor Voedingsmiddelen en het Akkoord Productverbetering dat de minister van VWS met de Federatie Nederlandse Levensmiddelen Industrie (FNLI), Centraal Bureau Levensmiddelenhandel (CBL), Horeca NL en Vereniging Nederlandse Cateringorganisaties (VENECA) heeft afgesproken.

Generieke instrumenten VWS

Voorgaande paragrafen geven een samenhangend overzicht van overheidsinstrumentarium op de terreinen waarop het IBO Gezonde leefstijl zich richt. Naast deze specifieke instrumenten is er een aantal generieke instrumenten om een gezonde leefstijl te bevorderen. In deze paragraaf wordt een aantal van deze instrumenten benoemd waar de leefstijlthema's alcohol, tabak en overgewicht - in meer of mindere mate - onderdeel van uitmaken. VWS geeft via verschillende kanalen en instrumenten invulling aan deze taken.

Wetgeving

Met de Wet publieke gezondheid (Wpg) voert het Rijk in medebewind met gemeenten een aantal taken uit op het gebied van de publieke gezondheidszorg. In paragraaf 4.4.4. worden deze activiteiten nader toegelicht. Het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) bevat geïndiceerde preventie, inclusief interventies gericht op roken, alcoholgebruik, bewegen en voeding voor personen met een verhoogd risico en chronisch zieken (onder andere cardiovasculair, diabetes, COPD).

Informereren/Voorlichten, educatie en stimuleren

Op het terrein van gezondheidsbevordering richt de kennisinfrastructuur zich vooral op het ontwikkelen en verspreiden van effectieve interventies en het ondersteunen van lokale gezondheidsprofessionals. Een belangrijke activiteit in het leefstijlbeleid is het informeren van burgers. Uitgangspunt is om mensen in staat te stellen gezonde keuzes te maken. Daarvoor zijn kennis en praktische informatie nodig. VWS zorgt daarom voor een toegankelijke en betrouwbare informatiebasis.

Een belangrijk onderdeel van het leefstijlbeleid is ondersteuning van professionals door middel van bundeling van kennis en beoordeling van interventies. Daarvoor is binnen het RIVM het Centrum Gezond Leven opgericht. Voor de burger wordt het Voedingscentrum als informatiebron inzake het voedingsaspect van het leefstijlbeleid door VWS ondersteund.

Het 'Nationaal Programma Preventie Alles is gezondheid ...' is in 2014 van start gegaan en loopt voorsnog tot eind 2016. Het programma streeft naar een vitaal en gezond Nederland, waarin iedereen kan meedoen. Roken, alcohol en overgewicht zijn drie van de vijf speerpunten van het programma. In 2014 is een landelijk stimuleringsprogramma gestart in het kader van een lokale, multidisciplinaire aanpak van gezondheidsachterstanden. Gemeenten ontvangen hiervoor jaarlijks rechtstreeks middelen vanuit de decentralisatie-uitkering GezondIN (onderdeel Gemeentefonds). Pharos en Platform 31 voeren het overkoepelende stimuleringsprogramma uit.

Daarnaast loopt ook het programma Gezonde School. Bij veel leefstijlonderwerpen is de school al nadrukkelijk betrokken. Als natuurlijke vindplaats van alle kinderen is het bij uitstek een kansrijke plek om aandacht te geven aan veel 'maatschappelijke' thema's. Een gezonde leefstijl is daarin een overkoepelend thema.

Onderzoek

Het RIVM verricht als kennisinstituut van de overheid onderzoek en verzamelt wereldwijd relevante onderzoeksgegevens. Met betrekking tot leefstijlbeleid verricht het RIVM onder andere onderzoek naar ongezond gedrag als ziektedeterminant. Het RIVM biedt tevens inzicht in gezondheidstoestand van Nederland (VTV, gemeentelijk gezondheidsprofiel). ZonMw is belast met onderzoek en innovatie gericht op preventie, zorg en gezondheid. Het stimuleert o.a. onderzoek naar effectieve vormen van leefstijlbeleid in verschillende settings (wijk, zorg, school, etc.). Er zijn een aantal thema-instituten (TI's) die o.a. kennis ontwikkelen, verzamelen, valideren en gebruiken voor de ontwikkeling van effectieve interventies. Via instellingssubsidies worden activiteiten (mede-) gefinancierd:

- op het terrein van alcohol-, tabak- en drugsgebruik, inclusief specifieke aandacht voor De Gezonde School en Genotmiddelen het Trimbos-instituut
- op het terrein van beweging het Kenniscentrum Sport

Andere actoren

Naast VWS wordt ook door andere actoren ingezet op de leefstijlthema's.

Departementen

- Financiën voert het Nederlandse accijnsbeleid. Het belangrijkste doel van de accijns is om inkomsten te verschaffen voor de Rijksoverheid. Met deze inkomsten worden voorzieningen betaald waar we allemaal gebruik van maken, zoals wegen, zorg en onderwijs. Daarnaast kan een hoge accijns het gebruik van bepaalde goederen (zoals tabak en alcohol) ontmoedigen.
- OCW voert samen met VWS het Gezonde School-programma uit, gericht op het primair en secundair onderwijs en het MBO.
- SZW richt zich in haar beleid op bevordering van arbeidsparticipatie. Werkgevers en werknemers zijn hiervoor primair verantwoordelijk. SZW legt verplichtingen op aan werkgevers en werknemers om ziekteverzuim tegen te gaan, en geeft werkgevers prikkels om in de gezondheid van hun werknemers te investeren door ze (deels) financieel verantwoordelijk te maken voor ziekteverzuim. Daarnaast is de werkgever primair verantwoordelijk voor goede arbeidsomstandigheden. SZW investeert in bewustwording, agendering en kennisverspreiding onder werkgevers en werknemers via het Programma duurzame inzetbaarheid. Hiermee wil SZW bereiken dat werknemers gedurende hun werkzame leven gezond, gemotiveerd, en met de juiste competenties aan het werk kunnen blijven. Activiteiten en inzet van middelen is afhankelijk van de behoefte binnen een bedrijf. Een gezonde leefstijl van de werknemers kan op bedrijfsniveau deel uitmaken van een aanpak. SZW levert daarnaast een bijdrage aan het JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht) tbv het deelconvenant werk en heeft ook bijgedragen aan het programma Participatie en Gezondheid van ZonMw.
- EZ richt zich met onderzoeksprogramma's met name op het voedingsaspect van de leefstijlthema's. Verder wordt door deelname aan het 'Groene leefomgeving' deel van het nationaal preventieprogramma een bijdrage geleverd aan het aspect 'bewegen'.
- IenM stimuleert in overleg met gemeenten de gezonde leefomgeving wat met name van belang is voor de beweegcomponent van het leefstijlbeleid.

Gemeenten

- Een aantal taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg, dat het Rijk in medebewind heeft gegeven aan de gemeenten, is geregeld in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Een van de taken is gezondheidsbevordering, waarbij een grote mate van lokale beleidsruimte hoort. Het Rijk houdt een landelijke ondersteuningsstructuur in stand voor het lokale gezondheidsbeleid. Iedere vier jaar stelt het Rijk een landelijke nota gezondheidsbeleid op en een programma voor uitvoering van onderzoek (bijvoorbeeld via ZonMw). In de landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' (2011) zijn alcohol, tabak en overgewicht benoemd als drie van de vijf prioritaire thema's in het gezondheidsbeleid. Op basis van de Wpg dienen gemeenten deze speerpunten in acht te nemen bij het vormgeven van het lokaal gezondheidsbeleid in de nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Zorgverzekeraars

- Zorgverzekeraars kennen op dit moment weinig prikkels om zich in te zetten op het gebied van de leefstijlthema's. Onder meer het overstaprisico zou hier naast mogelijke prikkels in de risicoverevening en de bekostiging van leefstijlbeleid in het zorgstelsel aan ten grondslag kunnen liggen. In het standaard zorgpakket wordt ondersteuning bij het stoppen met roken aangeboden. Ook valt een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor kinderen onder de basisverzekering. Deze wordt echter nog niet breed aangeboden door zorgverzekeraars. Daarom zet VWS in op het programma Care For Obesity (PON, zie tekst onder beleid op overgewicht). Ten slotte is de Sportarts ook formeel erkend en vanaf 2015 opgenomen in het basispakket van de Zvw.

Werkgevers

- Werkgevers hebben er baat bij om arbeidsparticipatie en –productiviteit te verhogen. Zij worden gestimuleerd om maatregelen te treffen om een gezondheidsvriendelijk klimaat in hun bedrijf te creëren. In sommige branches worden daar ook cao-afspraken over gemaakt.

Financieel beeld

De uitgaven vanuit het Rijk op het gebied van leefstijl zijn vaak niet direct te herleiden naar de leefstijlthema's van dit IBO. Een belangrijk deel van de middelen zit in bredere programma's.

- Programma Gezond in ... (€ 20 miljoen per jaar voor gemeenten),
- het Nationaal Programma Preventie (€ 1,5 miljoen per jaar voor de activiteiten vanuit het programmabureau),
- het programma Sport en Bewegen in de Buurt (€ 59 miljoen)
- het huidige Programma Preventie bij ZonMW (€ 34,5 miljoen voor vier jaar).

De verwachting is dat deze programma's zeker bijdragen aan het behalen van de geformuleerde doelstellingen, maar om welk aandeel het gaat is moeilijk te kwantificeren.

Naast de brede programma's wordt in 2016 voor terugdringen schadelijk alcoholgebruik en roken € 11 mln. ingezet. Voor het terugdringen overgewicht worden € 10,5 mln. en voor generieke instrumenten € 6,6 mln. ingezet

Bijlage 5. Arbeidsmarkteffecten (CPB)

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de range van in de literatuur gevonden effecten van leefstijl op arbeidsparticipatie, loon en ziekteverzuim. Dit overzicht is gebaseerd op een inventarisatie van de empirische literatuur. Bij de interpretatie van de resultaten zijn een drietal zaken van belang.

Ten eerste hebben we zoveel mogelijk gekeken naar studies die niet slechts het associatieve verband tussen leefstijl en participatie, loon en verzuim in kaart brengen, maar die een causaal effect van leefstijl op participatie schatten. Een gevonden verband tussen leefstijl en arbeidsmarkttuitkomsten duidt niet noodzakelijkerwijs op een causaal effect van leefstijl, omdat het verband de andere kant op zou kunnen lopen (omgekeerde causaliteit) of omdat er andere, ongeobserveerde, kenmerken kunnen zijn die het verband verklaren (endogeniteit). Om een causaal verband aan te tonen moet aannemelijk worden gemaakt dat deze effecten geen rol spelen. Dit wordt veelal gedaan door niet aan de uitkomst gerelateerde (exogene) variatie in leefstijl te gebruiken. Er zijn echter weinig studies beschikbaar met een dusdanig sterke onderzoeksopzet dat een causale interpretatie volledig valt hard te maken. De beperkte aanwezigheid van goede studies komt mede doordat het lastig is om een bron van exogene variatie in leefstijl te vinden.

Ten tweede wisselt de kwaliteit waarmee, en vooral de mate waarin voor endogeniteitsproblemen wordt gecontroleerd, sterk per onderwerp. In de tabel hebben we er voor gekozen de stand van de literatuur te volgen. Daar waar causale studies (bijvoorbeeld op basis van instrumentele variabelen) beschikbaar zijn, rapporteren we alleen de effecten uit dergelijke studies. Wanneer alleen longitudinale studies beschikbaar zijn, rapporteren we deze (met een toelichtende voetnoot). Dit betekent dat de sterkte van het bewijs wisselt per onderwerp. Ten derde is er bijna geen empirisch bewijs voor Nederland beschikbaar. Daarom zijn we uitgegaan van de internationale literatuur. We gaan hier dus voorbij aan de externe validiteit van de studies.

Resultaten per thema

Overmatig alcoholgebruik

Resultaten voor het effect van overmatig alcoholgebruik op participatie lopen sterk uiteen. Sommige studies vinden zeer substantiële negatieve effecten (e.g. MacDonalds & Shields (2004), Terza (2002)), terwijl andere studies geen effect vinden (e.g. Feng et al. (2001), Tekin (2004), Asgeissdotir & McGeary (2009)). De studies die wel negatieve effecten vinden lijken van betere kwaliteit te zijn.

In de literatuur wordt vrij consequent een positief effect van gematigd (soms zelfs zwaar) alcoholgebruik op loon gevonden. Lye en Hirschberg (2010) geven een overzicht. Er zijn aanwijzingen voor negatieve effecten op loon bij zeer zwaar alcoholgebruik, maar de gevonden studies geven hier geen voldoende valide kwantificeerbaar effect voor.

Studies vinden vrij consistent een negatieve associatie voor zowel niet-drinken als overmatig drinken ten opzichte van gematigd drinken op de kans op (langdurige) afwezigheid.

Roken

Over het effect van roken op arbeidsparticipatie hebben we weinig studies gevonden. Justot et al. (2008) gebruiken longitudinale data voor Frankrijk en vinden alleen significante effecten van roken voor overmatige mannelijke rokers. Zij controleren niet voor endogeniteitsproblemen.

In de literatuur wordt wel een associatie tussen roken en minder loon gevonden, maar deze associatie lijkt te verdwijnen wanneer er adequaat gecontroleerd wordt voor mogelijke endogeniteitsproblemen en er onderscheid wordt gemaakt tussen nooit rokers en voormalig rokers (e.g. Anger & Kvasnicka (2010)). Van Ours (2004) vindt voor Nederland een negatieve associatie tussen roken en loon, maar hij heeft niet gecontroleerd voor endogeniteit.

Ook voor het effect van roken op verzuim bestaan, naar ons weten, geen causale studies. De meta-studie van Weng et al. (2013) kijkt naar de empirische literatuur over de (mogelijk niet causale) associatie tussen roken en ziekteverzuim. Zij vinden dat rokers een hoger ziekteverzuim hebben dan niet rokers. Alavinia et al. (2009) vinden zo'n zelfde verband voor Nederland.

Overgewicht

Slechts een handvol studies heeft het causale effect van ernstig overgewicht op arbeidsparticipatie onderzocht. In het algemeen wordt bij correctie voor endogeniteitsproblemen geen effect gevonden (Lindeboom et al. (2010), Cawley (2000a,b) en Norton & Han (2008)).

De bevindingen over het effect van overgewicht op loon hangen sterk af van geslacht. Voor mannen wordt over het algemeen geen effect gevonden⁶, maar voor vrouwen wel (Cawley (2004), Cawley et al. (2005), Sabia & Rees (2012, Bozoyan and Wolbring (2011), Morris (2006))⁷.

Er zijn naar ons weten geen studies over het effect van overgewicht op verzuim die controleren voor endogeniteitsproblemen. Van Duijvenbode et al. (2009) geven een systematisch overzicht op basis van longitudinale studies. Zij vinden alleen "sterk bewijs" voor een effect van ernstig overgewicht (obesitas) op langdurig ziekteverzuim.

Uitkomstmaten

Bij effecten op participatie en verzuim worden in de literatuur soms alleen odds ratio's of relatieve risico's gerapporteerd. Een "odd" is een wedverhouding: de kans op winst gedeeld door de kans op verlies. Bij werkloosheid is dit bijvoorbeeld de kans op werkloosheid gedeeld door de kans op werk. Een odds ratio is de ratio van de odds van twee verschillende groepen. In het geval van het effect van roken op werkloosheid is dit bijvoorbeeld

$$\frac{P(\text{werkloos} | \text{roken}) / P(\text{niet werkloos} | \text{roken})}{P(\text{werkloos} | \text{niet roken}) / P(\text{niet werkloos} | \text{niet roken})}$$

. Een odds ratio groter dan 1 betekent in

dit geval dat de kans op werkloosheid voor rokers groter is dan voor niet-rokers.

Het relatieve risico is een andere maat, namelijk $\frac{P(\text{werkloos} | \text{roken})}{P(\text{werkloos} | \text{niet roken})}$. Een relatief risico van

2 zou bijvoorbeeld betekenen dat rokers twee keer zo vaak werkloos zijn als niet rokers. Ook voor relatieve risico's betekent een ratio groter dan 1 dat rokers meer kans hebben op werkloosheid dan niet rokers.

⁶ De uitzondering is Brunello & D'Hombres (2007), maar deze vinden alleen een effect voor Zuid-Europese landen en niet voor Noord-Europese.

⁷ Het betreft hier het effect van overgewicht bij volwassenen. Lundborg et al. (2010) vinden op basis van longitudinale Zweedse data dat overgewicht op jonge leeftijd is geassocieerd met 7 % lager loon op latere leeftijd.

	Participatie		Loon		Ziekteverzuim	
	Maat	Uitkomst	Maat	Uitkomst	Maat	Uitkomst
Alcohol	Vershil in kans op werk voor overmatige drinkers (bovenste deciel)	[-0.25, 0] (mannen) [-0.52, 0] (vrouwen)	Procentueel verschil in loon tussen drinkers en niet-drinkers	[+0.06,+0.16] ⁸	Vershil in kans op langdurige afwezigheid bij zware drinkers	
Roken	Odds Ratio voor kans op werkloosheid (t.o.v. niet-rokers)	[1,1.3] (mannen)	Procentueel verschil in loon tussen rokers en niet-rokers	[-0.1, 0] ¹⁰	Relatieve Risico: [1,1.2] ⁹ Vershil in kans op afwezigheid bij huidige rokers Relatieve Risico: [1.25,1.44] ¹¹ Dagen per jaar: [1.54,3.95]	
Overgewicht	Effect van overgewicht op participatie	0 ¹²	Het effect van gewicht op loon (in procenten) voor vrouwen ¹³		Het effect van ernstig overgewicht (obesitas) op langdurige afwezigheid ¹⁵	RR: [1, 1.77] OR: [1, 1.57]
			BMI (lineair)	[-1.9, 0]		
			Gewicht (in kilo's) ¹⁴	[-0.7, 0]		

⁸ Op basis van de overzichtstabel over "single indicator models" in Lye en Hirschberg (2009)

⁹ Dit is een tentatieve inschatting (op basis van Vahtera et al., (2002) die niet controleren voor endogeniteitsproblemen). Verschillende studies gebruiken verschillende uitkomstmaten (e.g., relatieve risico's, kans op langdurige afwezigheid) en verschillende classificaties van alcoholgebruik (in categorieën, lineair of kwadratisch) die niet met elkaar te vergelijken zijn.

¹⁰ Het negatieve effect van 10% wordt gevonden door Van Ours (2004), maar is niet gecontroleerd voor endogeniteit. De IV analyses van Van Ours leveren (volgens hemzelf) niet plausibele resultaten op.

¹¹ Deze resultaten zijn de 95% betrouwbaarheidsintervallen op basis van de meta-studie van Weng et al. (2013). De studie voor Nederland (Alavinia et al., 2009) valt binnen de gerapporteerde range: 14% hogere kans op een korte periode ziekteverlof en 29% hogere kans op een lange periode ziekteverlof.

¹² Studies die controleren voor endogeniteitsproblemen vindengeen effect, met uitzondering van Morris (2007). Maar diens design is twijfelachtig (Cawley, 2015).

¹³ Voor mannen wordt over het algemeen geen effect gevonden. De uitzondering is Brunello & D'Hombres (2007), maar deze vinden alleen een effect voor Zuid-Europese landen en niet voor Noord-Europese.

¹⁴ Maximum effect op basis van Sabia & Rees (2012). Omgerekend vanuit effect van gewicht in ponden.

¹⁵ Op basis van Van Duijvenbode et al. (2009). De onderliggende studies rapporteren verschillende uitkomstmaten. In de tabel staat de range voor de door hun gerapporteerde studies die odds ratios of relatieve risico's rapporteren voor die groep en die uitkomstmaat.

Literatuur

Alavinia, S.M., Van den Berg, T.I.J., Van Duivenbooden, C., Elders, L.A.M., & Burdorf, A. (2009). Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(5), 325-333.

Anger, S., & Kvasnicka, M. (2010). Does Smoking Really Harm Your Earnings so Much? Biases in Current Estimates of the Smoking Wage Penalty. *Applied Economics Letters*, 17(6), 561-564.

Asgeirsdottir, T.L. & McGeary, K.A. (2009). Alcohol and Labor Supply: The Case of Iceland. *The European Journal of Health Economics*, 10(4), 455-465.

Bozoyan, C. & Wolbring, T. (2011). Fat, muscles, and wages. *Economics & Human Biology*, 9(4), 356-363.

Brunello, G. & D'Hombres, B. (2007). Does body weight affect wages?: Evidence from Europe. *Economics & Human Biology*, 5, 1-19.

Cawley, J. (2000a). An instrumental variables approach to measure the effect of body weight on employment disability. *Health Services Research*, 35(5, Part II), 1159-1179.

Cawley, J. (2000b). *Body weight and women's labor market outcomes*. (Working paper 7841). NBER working paper series.

Cawley, J. (2004). The impact of obesity on wages. *Journal of Human Resources*, 39, 451-474.

Cawley, J., Grabka, M.M. & Lillard, D.R. (2005). A Comparison of the Relationship between Obesity and Earnings in the U.S. and Germany. *Schmollers Jahrbuch*, 125, 119-129.

Cawley, J. (2015). An economy of scales: A selective review of obesity's economic causes, consequences, and solutions. *Journal of Health Economics*, 43, 244-268.

Feng, W., Zhou, W., Butler, J. S., Booth, B. M., & French, M. T. (2001). The impact of problem drinking on employment. *Health Economics*, 10(6), 509-521.

Jusot, F., Khlat, M., Rochereau, T., & Serme, C. (2008). Job loss from poor health, smoking and obesity: a national prospective survey in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(4), 332-337.

Han, E. Norton, E.C. & Powell, L.M. (2011). Direct and indirect effects of body weight on adult wages. *Economics and Human Biology*, 9, 381-392.

Lundborg, P., Nystedt, P. & Rooth, D. (2014). Body Size, Skills, and Income: Evidence From 150,000 Teenage Siblings. *Demography*, 51, 1573-1596.

Lye, J.N. & Hirschberg, J. (2010). Alcohol consumption and human capital: a retrospective study of the literature. *Journal of Economic Surveys*, 24(2), 309-338.

MacDonald, Z. & Shields, M.A. (2004). Does problem drinking affect employment? Evidence from England. *Health Economics*, 13(2), 139-155.

Morris, S. (2006) Body mass index and occupational attainment. *Journal of Health Economics*, 25(2), 347-364.

Sabia, J.J. & Rees, D.I. (2012). Body weight and wages: Evidence from Add Health. *Economics & Human Biology*, 10, 14-19.

Tekin, E. (2004). Employment, Wages, and Alcohol Consumption in Russia. *Southern Economic Journal*, 71(2), 397-417.

Terza, J.V. (2002). Alcohol abuse and employment: a second look. *Journal of Applied Econometrics*, 17(4), 393-404.

Van Duivenbode, D.C., Hoozemans, M.J.M., Van Poppel, M.N.M. & Proper, K.I. (2009). The relationship between overweight and obesity, and sick leave: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 33(8), 807-816.

Van Ours, J.C. (2004). A pint a day raises a man's pay; but smoking blows that gain away. *Journal of Health Economics*, 23, 863-886.

Weng, S.F., Ali, S., & Leonardi-Bee, J. (2013). Smoking and absence from work: Systematic review and meta-analysis of occupational studies. *Addiction*, 108(2), 307-319.

Bijlage 6. Literatuuronderzoek (RIVM)

Inleiding

In de periode augustus 2015 tot en met maart 2016 wordt een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) op het gebied van gezonde leefstijl uitgevoerd. Een van de kernvragen die moet worden beantwoord is: welke maatregelen binnen het leefstijlbeleid zijn (kosten)effectief in het stimuleren van gezond gedrag? Het RIVM is in dit kader gevraagd een literatuurinventarisatie uit te voeren naar de (kosten)effectiviteit van leefstijlmaatregelen. In deze memo worden de resultaten van de literatuurinventarisatie beschreven (paragraaf 5 en 6), waarbij we ook aandacht besteden aan achterliggende oorzaken van ongezond gedrag (paragraaf 4) en aan sociaaleconomische gezondheidsverschillen (paragraaf 7), gedragseconomie (paragraaf 8) en het aanbod van leefstijlinterventies in Nederland (paragraaf 9). We beginnen met een korte beschrijving van de gevolgde aanpak (paragraaf 3) en sluiten af met enkele conclusies (paragraaf 10). Hieronder volgt eerst een korte samenvatting van de huidige stand van zaken op het gebied van gezonde leefstijl in Nederland (paragraaf 2).

Gezonde leefstijl

De leefstijl van veel Nederlanders kan een stuk gezonder. Dit blijkt als we de vier belangrijkste leefstijlfactoren (roken, alcohol, beweging en voeding) en overgewicht op een rij zetten: een kwart van de volwassen bevolking rookt, bijna tien procent drinkt te veel, slechts weinigen houden zich aan de voedingsrichtlijnen, twee vijfde beweegt te weinig, en ongeveer de helft van de Nederlanders is te zwaar (Tabel 1). De trends in deze leefstijlfactoren zijn overigens niet ongunstig. De laatste jaren is zowel het percentage rokers als het percentage mensen dat onvoldoende beweegt gedaald, en het percentage mensen met overgewicht gestabiliseerd. Onder jongeren zien we een stijgende trend voor groente en fruit consumptie, en een dalende trend voor roken en drinken. Bij alle leefstijlfactoren zien we een sterke sociaaleconomische factor: hoe hoger opgeleid, hoe meer gezond gedrag. Zo is het percentage dagelijks rokers onder laagopgeleiden ongeveer anderhalf keer zo groot als onder hoogopgeleiden. Deze verschillen zijn de afgelopen jaren niet kleiner geworden.

Tabel 1: Nederlandse leefstijlcijfers en trends, volwassenen (Bron: CBS, 2014; VCP, 2007/2010)

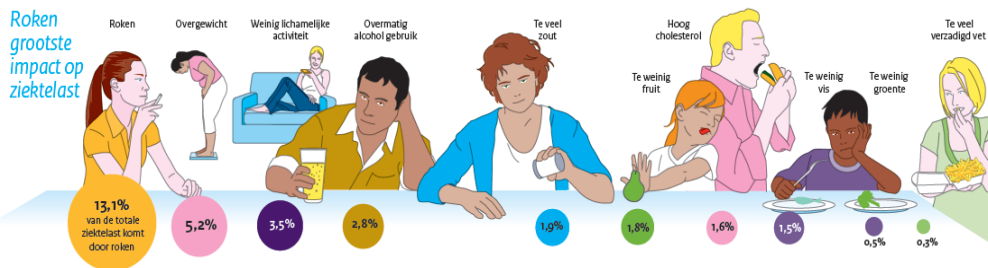
Leefstijlthema	Huidige situatie	EU Ranking*	Trend
Roken	26%	Gemiddeld	Dalend
Alcohol (te veel drinken)**	9%	Laag	Stabiel
Voeding (te weinig groente/fruit)**	90-95%	Hoog	Stabiel
Bewegen (te weinig beweging)**	41%	Laag	Dalend
Overgewicht (BMI \geq 25)	50%	Laag	Stabiel

*Laag: minder ongezond gedrag dan het EU gemiddelde, hoog: meer dan EU gemiddelde.

**Te veel of te weinig ten opzichte van de geldende normen of richtlijnen voor bewegen en voeding

Roken is verreweg de belangrijkste oorzaak van sterfte en ziekte. Ruim één achtste van de totale ziektelast in Nederland is toe te schrijven aan roken. Zo is roken bijvoorbeeld verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfgevallen door longkanker (85%) en COPD (80%). Per jaar overlijden circa 20.000 Nederlanders aan de gevolgen van roken. Ook overgewicht en een ongezond eet-, drink- en beweegpatroon zijn verantwoordelijk voor een substantieel deel van de ziektelast in Nederland. Zo is overgewicht bijvoorbeeld verantwoordelijk voor meer dan twee vijfde van nieuwe gevallen van diabetes mellitus type 2 en is te weinig bewegen verantwoordelijk voor ongeveer 20% van de nieuwe gevallen van beroerte en acuut myocard infarct. Een ongezond voedingspatroon is een belangrijke risicofactor voor een aantal chronische ziekten, waaronder sommige vormen van kanker, hart- en vaatziekten en diabetes. Naast leefstijl en overgewicht zijn ook de sociale en fysieke omgeving van belang voor het ontstaan van ziekte. Zo dragen

ongunstige arbeidsomstandigheden en milieufactoren elk voor ongeveer 5 tot 6% bij aan de ziektebelasting (VTV2014).



Figuur 1: Bijdrage van verschillende determinanten aan de ziektebelasting in Nederland (Bron: VTV2014)

Aanpak

De focus van het IBO Gezonde leefstijl- en daarmee van de literatuurinventarisatie – ligt op drie van de speerpunten van het preventiebeleid: roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht. Bij het thema overgewicht is zowel aandacht voor voeding als voor lichamelijke activiteit. Gezien de beperkte doorlooptijd voor de inventarisatie, hebben we ons op een aantal belangrijke punten in moeten perken. Er is per leefstijlthema gezocht naar (kosten)effectiviteit van een aantal typen maatregelen. Voor elk van de leefstijlthema's is per type maatregel alleen naar overzichtsstudies gezocht.

In 2010 is in het kader van de VTV2010 een RIVM-rapport over Effecten van preventie verschenen, met hoofdstukken over roken, alcohol en overgewicht. Dit vormt samen met het rapport van het IBO Preventie uit 2007 het beginpunt van de inventarisatie. Per leefstijlthema is vervolgens gezocht naar recente overzichtsuiten die aanvullend zijn aan de eerdere rapporten. Voor effectiviteit is gezocht in de Cochrane library en in Health evidence. In beide databases zijn internationale overzichtsuiten opgenomen. Cochrane is een internationale organisatie met als doel om informatie over de effectiviteit van de gezondheidszorg toegankelijk te maken in de vorm van systematische literatuuroverzichten. Health Evidence heeft als missie om 'evidence-informed decision making' te bevorderen door reviews op het gebied van de public health te beoordelen en beschikbaar te maken. Voor kosteneffectiviteit is gezocht in de RIVM-database Kosteneffectiviteit van preventie, waarin internationale economische evaluaties van preventieve maatregelen zijn opgenomen.

Op verzoek van het IBO secretariaat is per leefstijlfactor ook naar achterliggende oorzaken van ongezond gedrag gekeken. Op basis van bestaande teksten uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid (inmiddels opgegaan in www.volksgezondheinzorg.info) wordt per leefstijlfactor een beknopt beeld van de onderliggende mechanismen gegeven. Ten slotte is ook een overzicht van het Nederlandse interventie-aanbod op de leefstijlthema's roken, alcohol en overgewicht opgenomen. Op basis van de database Gezond en actief leven is in beeld gebracht om hoeveel en welk type interventies het gaat, en welke erkenningsniveaus deze hebben.

Bij het beoordelen van de wetenschappelijke literatuur over de effectiviteit van een interventie moeten verschillende aspecten meegewogen worden. In deze afweging speelt de uitkomstmaat een belangrijke rol (de effectmaat 'intentie om meer te gaan bewegen' heeft een andere waarde dan de effectmaat 'incidentie van hartvaatziekten'). Ook speelt de grootte van het effect mee, net als de kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek. In de beoordeling van de effectiviteit van een interventie gaat het om een complexe en subjectieve afweging van het belang van de gevonden effecten, de effectgroottes, en de bewijskracht van het onderzoek. In de beschrijving van de resultaten is steeds de effectmaat aangegeven en de sterkte van de bewijslast. Ook worden voorbeelden van effectgroottes gegeven. Idealiter zou de beschrijving en beoordeling van de effecten van de verschillende typen maatregelen uitgebreider en explicieter zijn. Voor deze inventarisatie hebben we ons echter moeten beperken tot een globalere duiding van de literatuur.

Met de term 'effect' doelen we op causale effecten op basis van experimenteel onderzoek. Als het slechts om gevonden associaties gaat, geven we dat expliciet aan.

Achterliggende oorzaken van ongezond gedrag

Roken

Diverse factoren beïnvloeden de kans dat iemand gaat roken. Deze zijn onder te verdelen in omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren. De kans dat iemand met roken begint te experimenteren, wordt sterk bepaald door de mate waarin roken sociaal geaccepteerd gedrag is binnen het sociale netwerk (gezin, vrienden en school). Ouders beïnvloeden met hun eigen rookgedrag en met hun opvoedingsstijl het rookgedrag van adolescenten. De invloed van rokende leeftijdsgenoten is een sterke voorspeller van beginnen met roken. Roken hangt ook samen met verschillende persoonsgebonden factoren, zoals de houding ten opzichte van roken, opvattingen en persoonlijkheid. Ook zijn verschillende aspecten van het roken geassocieerd met erfelijkheid. In lijn met bevindingen voor andere verslavingen zoals alcohol en drugs, blijkt uit tweelingonderzoek dat wel of niet roken voor ongeveer 50% erfelijk bepaald is. Hierbij speelt verslaving aan nicotine een hoofdrol.

De hardnekkigheid van de tabaksverslaving wordt voor een belangrijk deel gezocht in de wisselwerking tussen fysiologische en psychologische processen. Dit blijkt onder meer uit het feit dat de effectiviteit van behandeling met medicijnen (gericht op fysiologische processen) ongeveer verdubbelt als dit gepaard gaat met cognitief-gedragstherapeutische ondersteuning. De primaire reden waarom mensen blijven roken of weer opnieuw gaan roken na een stoppoging is het voordeel dat een roker verwacht van het roken. Zo zou roken helpen bij het ontspannen, verbeteren van de stemming, concentreren en gezellig maken van contacten met anderen. Door de snelle werking en afbraak van nicotine is het nodig om vaak op een dag te roken. De kans dat iemand blijft roken is groter wanneer de roker: het ziekterisico onderschat en minder voordelen verwacht van het stoppen met roken, meer excuses heeft die de gevaren van roken en het nut van stoppen afzwakken, veel voordelen ziet van zijn rookgedrag en slechte stopervaringen heeft, en mede hierdoor zichzelf minder in staat acht om te stoppen met roken (Willemsen et al. 2011, Nationaal Kompas).

Alcohol

Ook bij alcoholgebruik worden de achterliggende oorzaken bepaald door omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren. De volgende omgevingsfactoren beïnvloeden het drinken van alcohol: sociale factoren, financiële factoren, fysieke factoren. Hoe in de sociale omgeving van de drinker met alcohol wordt omgegaan, draagt bij aan het alcoholgebruik. Deze omgeving reikt van de media, cultuur, religie tot de vriendengroep en het gezin. Zo hebben duidelijke en strikte regels van ouders bijvoorbeeld invloed op het beginnen met alcohol drinken. Ook betaalbaarheid beïnvloedt het alcoholgebruik, net als de verkrijgbaarheid van alcoholhoudende drank. Het feit dat jongeren denken dat alcoholhoudende drank moeilijk verkrijgbaar is, kan al een factor zijn voor minder alcoholgebruik.

Naast omgevingsfactoren is er een aantal meer individuele factoren die samenhangen met een hogere alcoholconsumptie. Dit zijn bijvoorbeeld erfelijke factoren, alcoholgebruik van de zwangere moeder, rookgedrag en psychische stoornissen. Verschillende soorten genen spelen een rol in de erfelijkheid van schadelijk alcoholgebruik. Erfelijkheid bepaalt naar schatting in totaal tussen de 50% en 60% van het risico op alcoholafhankelijkheid. Hoe jonger kinderen en jongvolwassenen beginnen met alcohol drinken, hoe groter het risico op het ontwikkelen van probleemgebruik en alcoholafhankelijkheid op latere leeftijd. Ook het drinken van de moeder tijdens de zwangerschap kan de ontwikkeling van het kind zo beïnvloeden dat deze gevoeliger is voor risicovol drinkgedrag in de tienertijd. Mensen met depressie en stemmingsstoornissen hebben meer kans om een hoog alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid te ontwikkelen. Andersom geldt hetzelfde:

mensen met een hoog alcoholgebruik en mensen met alcoholafhankelijkheid hebben meer risico op deze psychische stoornissen (Kuunders et al. 2009, Nationaal Kompas).

Overgewicht

Overgewicht is het resultaat van een verstoorde energiebalans. De energiebalans is in evenwicht als het totale energiegebruik door lichamelijke activiteit gelijk is aan de totale energie-inname via de voeding. Meer en meer wordt onderkend dat de omgeving van invloed is op zowel veel eten als weinig bewegen. Een omgeving die uitnodigt tot veel en vaak eten, en faciliteert om weinig te bewegen wordt een obesogene omgeving genoemd. Daarnaast zijn psychische en sociale factoren van belang. Meningingen van vrienden zijn bijvoorbeeld van grote invloed op het uiteindelijke eet- of beweeggedrag (sociale norm). Ook sociale steun is van direct belang. Om bijvoorbeeld meer te bewegen is voor kinderen de steun van hun ouders belangrijk. Voor volwassenen gaat het er bijvoorbeeld om dat zij iemand hebben om samen mee te bewegen. Op individueel niveau speelt genetica een grote rol. Ongeveer 30-70% van de verschillen in lichaamsgewicht tussen personen is erfelijk bepaald. Genetische factoren spelen vooral een rol bij de vorming van vetweefsel en bij het reguleren van het honger- en verzadigingsgevoel. De verandering in het vóórkomen van obesitas is echter niet toe te schrijven aan genetica. Immers, waar het percentage obesitas flink veranderd is gedurende decennia, is de genenpool, ons erfelijk materiaal, niet veranderd (Visscher et al., 2012; Nationaal Kompas).

Voeding

Er zijn vele factoren die ons voedingsgedrag beïnvloeden. Mensen eten niet alleen om de noodzakelijke energie en nutriënten binnen te krijgen, maar ook omdat het eten lekker is, door stress of verveling of juist om iets te vieren. Al deze gedragingen hebben weer andere determinanten. Determinanten van voeding hebben dan ook te maken met genetische aanleg, persoonlijkheidskenmerken en de omgeving waarin mensen leven. Bij het eten spelen emoties een belangrijke rol. Er zijn verschillende typen eters te onderscheiden, bijvoorbeeld emotie-eters en externe eters. Emotie-eters laten hun voedingsgewoonten sterk beïnvloeden door stemmingen. Sommigen eten méér om zichzelf beter of gelukkiger te voelen, anderen juist minder. Bij externe eters spelen emoties geen rol. Zij eten vooral als ze eten zien. De voortdurende beschikbaarheid van voeding maakt het juist voor externe eters moeilijk om controle over het eigen eetgedrag te houden. Een ruime beschikbaarheid van gezonde voeding en een beperkte beschikbaarheid van ongezonde voeding beïnvloedt de voedselkeuze. Voedselkeuze wordt ook bepaald door de sociale omgeving. De energie-inname van kinderen en jongeren komt overeen met die van hun ouders. Naarmate kinderen ouder worden neemt de invloed van leeftijdgenoten toe. Ook de voedingsmiddelenindustrie heeft invloed op wat de consument eet. Door productverbetering (herformuleren) kan de industrie de bewerkte producten gezonder maken, waardoor consumenten gezonder gaan eten (Van Raaij et al. 2013, Nationaal Kompas).

Bewegen

De sociaaleconomische status, etnische achtergrond en andere demografische kenmerken, zoals leeftijd en geslacht hangen samen met het beweeggedrag. Van de jeugd zijn vooral de 12-17-jarigen, de niet-sporters en degenen van niet-Nederlandse herkomst minder actief. Beweeggedrag neemt af met het vorderen van de leeftijd. De overgrote meerderheid van de Nederlandse bevolking weet dat 30 minuten of meer lichaamsbeweging per dag aanbevolen wordt, maar het percentage van de Nederlandse bevolking dat daadwerkelijk voldoende beweegt ligt een stuk lager. Veelgenoemde redenen die mensen aanvoeren zijn: geen tijd, gezondheidsredenen, al voldoende beweging. Inactieve Nederlanders hebben een minder positieve houding ten opzichte van bewegen en vinden het vaker niet prettig om te bewegen. Met name bij jongeren en ouderen is de sociale omgeving van invloed op het beweeggedrag. Voorbeelden van sociale omgevingsfactoren zijn sociale veiligheid, maar ook het beweeggedrag van leeftijdgenoten en dat van ouders en andere mensen met een voorbeeldfunctie. Ook de fysieke omgeving, zoals de inrichting van de woonwijk en de gemeentelijke infrastructuur kan bewegen stimuleren. Onder volwassenen bleken de verkeersveiligheid en een ruim aanbod van sport- en groenvoorzieningen in de buurt gunstige fysieke omgevingsfactoren. Verkeersonveiligheid, sociale onveiligheid en gebrek aan speelplaatsen zijn belangrijke belemmeringen voor kinderen om te bewegen en te sporten. (Wendel-Vos et al. 2013, Nationaal Kompas)

Clustering

Veel gedragsfactoren clusteren, dat wil zeggen dat ze vaker bij dezelfde persoon voorkomen dan verwacht op basis van toeval. Zo gaan roken, druggebruik, alcoholgebruik en onveilig seksueel gedrag vaak samen bij dezelfde jongeren. Jongeren die in de afgelopen maand alcohol dronken, hebben bijvoorbeeld een zeven keer grotere kans om te roken en een bijna negen keer zo grote kans om cannabis te gebruiken. Bij volwassenen gaan zowel overgewicht (en ongezond eten en weinig bewegen) als roken samen met zwaar alcoholgebruik. De clustering van ongezond gedrag wordt deels verklaard door een overkoepelende factor die leidt tot verschillende vormen van ongezond gedrag, zoals een specifieke jeugdsubcultuur, experimenteelgedrag of geringe weerbaarheid. Ook maatschappelijke determinanten kunnen zorgen voor een clustering van determinanten.

Maatschappelijke determinanten van gezondheid zijn de politieke, sociale en economische structuren die van invloed zijn op de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, leven, werken en ouder worden. Deze maatschappelijke structuren zijn bijvoorbeeld de verdeling van welvaart en macht, het opleidingssysteem en de mate van sociale zekerheid. De maatschappelijke context is onder meer bepalend voor de mate van sociale gelaagdheid of maatschappelijke ongelijkheid. Daarbij worden groepen mensen onderscheiden naar bijvoorbeeld inkomens- en opleidingsniveau, beroepsstatus, geslacht, herkomst en andere factoren. Deze factoren zijn van belang voor de positie die mensen innemen op de maatschappelijke ladder. Welke positie mensen daarop innemen, bepaalt vervolgens hun leefomstandigheden, bijvoorbeeld de fysieke gebouwde omgeving, de werksituatie en de toegang tot en het gebruik van de gezondheidszorg. De leefomstandigheden hebben vervolgens invloed op determinanten van gezondheid op individueel niveau, zoals de leefstijl van mensen, op stress en manieren om hiermee om te gaan. Deze zijn ten slotte van invloed op gezondheid (Verweij, 2013, Nationaal Kompas)

Effectiviteit

De onderliggende tabellen met de gegevens van alle gevonden overzichtsartikelen zijn bij de auteurs op te vragen. Daarin staan ook alle referenties naar betreffende artikelen. Die hebben we in deze notitie omwille van de leesbaarheid zoveel mogelijk weggelaten. Daar waar we andere bronnen dan het rapport 'Effecten van preventie' of de tabellen met nieuwe overzichtsstudies gebruiken, zijn referenties wel opgenomen. Hieronder vatten we per leefstijlthema de gevonden resultaten samen.

Roken

Rookverboden en accijnsverhogingen behoren tot de meest effectieve maatregelen om (mee)roken tegen te gaan. Hier is veel experimenteel en observationeel onderzoek naar gedaan. Het verhogen van de prijs van tabak is zowel effectief in het verlagen van de prevalentie van roken als in het verkleinen van sociaaleconomische verschillen in het roken. Daarnaast kunnen informatie en educatie ook bijdragen aan de preventie van roken. Er is ook veel evidence voor effectiviteit van (vergoeding van) stopondersteuning, zowel gedragsmatig als farmacologisch. De kans dat een roker succesvol stopt, wordt hierdoor een stuk groter.

Er is heel veel onderzoek gedaan naar de effecten van prijsmaatregelen. Een recent overzichtsartikel waarin meer dan 100 studies worden samengenomen concludeert dat de prijselasticiteit tussen de -0,3 en -0,5 ligt. Dit betekent dat een prijsstijging (door accijnsverhoging) van 10% leidt tot een daling van het aantal gerookte sigaretten met 3 tot 5%. Het effect van prijsverhogingen is bij jongeren groter dan bij volwassenen. Grote accijnsverhogingen kunnen ook neveneffecten hebben, zoals aankopen in het buitenland, overstappen op goedkopere producten, of toename van illegale handel (Trimbos, 2015). Financiële prikkels rondom het stoppen met roken (vergoeding van stopondersteuning, beloning bij stoppen

met roken) leiden tot meer succesvolle stoppogingen (relatieve risico's voor abstinentie na minimaal een half jaar liggen tussen de 1,5 en 3,0).

De introductie van een rookverbod in bepaalde plekken leidt tot minder roken, minder meeroken en meer stoppen met roken. Ook zijn op korte termijn gunstige effecten op de incidentie van hartvaatziekten aangetoond. Eerder onderzoek liet zien dat de invoering van een algemeen rookverbod in openbare ruimten gemiddeld tot bijna 20% minder ziekenhuisopnames voor acute hartinfarcten leidt. Ook liet een eerdere overzichtsstudie zien dat het rookverbod op het werk geassocieerd was met een reductie van het aantal rokende werknemers met 4% en een reductie van het aantal gerookte sigaretten met bijna 30%. Het Trimbos Instituut vond in een quick scan van de tabaksontmoedigingsliteratuur geen overzichtsartikelen over de effectiviteit van rookvrije omgevingen in de buitenlucht (Trimbos, 2015). Een andere overzichtsstudie van het Trimbos-instituut concludeerde dat er beperkt bewijs is dat een vermindering van het aantal tabaksverkooppunten leidt tot een lagere prevalentie of incidentie van roken (Trimbos, 2014). Men vond wel bewijs voor een verband tussen winkeldichtheid en rookgedrag. Dit geldt bijvoorbeeld voor de associatie tussen dichtheid van verkooppunten in de buurt van scholen en het rookgedrag van jongeren.

Een reclameverbod leidt tot een kleine afname in de tabaksconsumptie, waarbij geldt dat een volledig verbod meer effect heeft dan een gedeeltelijk verbod. Het bewijs is hier beperkt, maar er is ook omgekeerd bewijs: jongeren die meer aan rookreclame blootgesteld zijn, lijken vaker te beginnen met roken. Een overzichtsstudie uit de Trimbos-quickscan vond bijvoorbeeld een causaal verband tussen reclame op verkooppunten en beginnen met roken. Blootstelling aan tabaksdisplays (uitstalling van tabaksproducten) vergroot de kans op een aankoop van tabak, lijkt de kans te verhogen dat jongeren beginnen met roken, en lijkt het rokers moeilijker te maken om te stoppen met roken (Trimbos 2014 en 2015). Uit een recente factsheet van het Trimbos Instituut blijkt dat er onvoldoende onderzoek is om te concluderen dat zo'n verbod tot vermindering van het aantal rokers zal leiden. Toch concludeert het Trimbos dat het aannemelijk is dat een display ban kan bijdragen aan een afname van het aantal rokers omdat er veel evidence is voor de samenhang tussen blootstelling aan tabaksdisplays en rookgedrag, voor het effect van tabaksreclame, en voor de psychologische en sociale mechanismen die een causaal verband plausibel maken (Trimbos, 2015).

Voorlichting en educatie kunnen effectieve rookpreventiemaatregelen zijn. Zo laten schoolprogramma's met een follow up van minder dan een jaar geen significante effecten zien op het aantal scholieren dat begint met roken, maar programma's met langere follow up wel. Deze programma's leiden er gemiddeld toe dat er 12% minder scholieren starten met roken. Schoolprogramma's die alleen op informeren gericht zijn lijken niet effectief, maar programma's die op sociale weerbaarheid en sociale invloed gericht zijn wel. Ook massamediale campagnes kunnen bijdragen aan effectief tabaksontmoedigingsbeleid. Een overzichtsstudie naar de effectiviteit van massamediale campagnes vindt in 8 van de 11 studies een effect op roken. Echter, doordat campagnes vaak tegelijkertijd met allerlei andere veranderingen ingevoerd worden, zoals prijsmaatregelen en rookverboden, is de specifieke bijdrage van massamediale campagnes niet goed te onderzoeken.

Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van ondersteuning bij het stoppen met roken op de rookprevalentie. Een groot deel hiervan heeft een effect van gedragsmatige en farmacologische ondersteuning aangetoond: een reductie van het aantal rokers door een verhoging van het aantal succesvolle stoppers. Een reeks overzichtsstudies vindt odds ratio's in de grootteorde van 1,5 tot 3,0 voor verschillende varianten van stopondersteuning (telefonisch, online of face-to-face; individueel of in een groep; kortdurend of meerdere sessies) in verschillende settings (op het werk, in de zorg via huisarts, tandarts of verloskundige). Dit betekent ruwweg dat als we er van uit gaan dat zonder ondersteuning na een jaar circa 5% van de rokers uit zichzelf is gestopt, gedragsmatige ondersteuning dit percentage kan verdubbelen naar circa 10% en dat toevoeging van farmacologische ondersteuning kan deze 10% weer verdubbelen naar circa 20%. Maximale

ondersteuning vanuit de zorg kan het percentage stoppers dus verviervoudigen, maar ook dan is na een jaar slechts één op de vijf rokers gestopt. Een intensieve interventie voor rokende patiënten die op de wachtlijst staan voor een operatie is nog effectiever. Patiënten die deze stopondersteuning kregen, hadden tien keer meer kans om te stoppen met roken dan patiënten die deze interventie niet aangeboden kregen.

Er zijn geen overzichtsstudies van integrale aanpakken op het gebied van roken gevonden.

Alcohol

Accijnzen en aanbodregulering zijn effectief in het terugdringen van alcoholgebruik. Zo hebben verkoopbeperkingen voor leeftijd, locatie en tijd effect op de alcoholconsumptie, mits voldoende gehandhaafd. Voorlichting via de media of op school heeft beperkt effect op alcoholconsumptie. Schoolprogramma's waarbij ook ouders betrokken worden kunnen er aan bijdragen dat kinderen later beginnen met drinken en minder gaan drinken. Individuele preventie gericht op probleemdrinkers, bijvoorbeeld door middel van kortdurende interventie vanuit de zorg, is effectief in het reduceren van alcoholconsumptie.

Verhoging van de prijs van alcohol leidt tot verlaging van de verkoop en consumptie van alcohol. Er is een veelheid aan onderzoek beschikbaar naar de effecten van prijsmaatregelen bij alcohol. De prijselasticiteit varieert per type drank (-0,5 voor bier, -0,7 voor wijn, -0,8 voor sterke drank). Dit betekent bijvoorbeeld dat een prijsstijging van wijn met 10% kan leiden tot een daling van de verkoop met 7%. De effecten van prijsstijgingen op alcoholconsumptie vertalen zich ook door naar effecten op morbiditeit en mortaliteit. Zo blijkt uit een overzichtsstudie van tientallen onderzoeken dat accijnsverhoging geassocieerd is met minder alcoholgerelateerde ziekte en verwondingen, minder soa's, minder drugsgebruik, minder verkeersongelukken, minder geweld, en minder criminaliteit. Een van de overzichtsstudies schatte dat verdubbeling van de accijns in de Verenigde Staten zou leiden tot 35% reductie van alcoholgerelateerde sterfte en bijvoorbeeld 11% minder verkeersongelukken.

Wet- en regelgeving op het gebied van alcohol kan ook effectief zijn, blijkt uit de wetenschappelijke literatuur. Het gaat dan om maatregelen die de beschikbaarheid van alcohol beperken, zoals verhoging van de leeftijdsgrens, vermindering van het aantal verkooppunten, of inperking van openingstijden of verkoopuren. Het instellen of verhogen van de minimumleeftijd om alcohol te kopen leidt tot een afname in alcoholconsumptie door jongeren. Dit blijkt uit eerdere overzichtsartikelen. Eenzelfde beeld is zichtbaar voor het aantal verkooplocaties. Een overzichtsstudie vat de beschikbare studies samen naar effecten van verandering in aantal (dichtheid) verkooplocaties op de alcoholconsumptie. Hieruit blijkt dat een afname van het aantal verkooplocaties gepaard lijkt te gaan met een afname in alcoholconsumptie en dat een toename juist leidt tot een toename van alcoholconsumptie. Een eerder overzichtartikel van NICE kwam op een elasticiteit van -0,03 tot -0,4. Men ging er in berekeningen bijvoorbeeld van uit dat een reductie van de alcoholverkooppuntendichtheid met 10% de alcoholconsumptie met 2% zou doen afnemen (Purshouse et al., 2009). Een vergelijkbaar patroon lijkt ook te gelden voor de openingstijden van verkooplocaties, waarbij onderzoek liet zien dat verruiming van de openingstijden met meer dan twee uur gepaard gaat met een toename in alcoholgerelateerde schade. Een Amerikaanse overzichtsstudie concludeerde dat vergroting/beperking van het aantal dagen waarop alcohol mag worden verkocht gepaard gaat met een toename/afname van alcoholconsumptie en alcoholgerelateerde schade. Het aansprakelijk stellen van de alcoholverkoper voor alcoholgerelateerde schade lijkt ook effectief. Een Amerikaanse overzichtsstudie vond in gebieden met dergelijke wetgeving bijvoorbeeld een reductie van ruim 6% van fatale verkeersongelukken. De bevindingen voor verscherpt toezicht op het verbod op schenken aan dronken personen waren inconsistent.

Jongeren die vaker aan alcoholreclame blootgesteld zijn, beginnen vaker met drinken of gaan meer drinken. Dit is in lijn met bevindingen voor bijvoorbeeld roken en voeding. Het ligt voor de

hand dat beperking van alcoholreclame een omgekeerd effect heeft, maar hiervoor is weinig evidence. Waarschuwingsteksten op alcoholverpakkingen hebben waarschijnlijk geen effect op de alcoholconsumptie, maar kunnen wel de bewustwording en communicatie over schadelijke effecten van alcohol vergroten. De bewijskracht voor effecten van schoolprogramma's gericht op alcoholgebruik is niet groot. Verschillende overzichtsartikelen concluderen dat effecten op alcoholgebruik voor veel schoolprogramma's niet overtuigend zijn aangetoond. Verschillende overzichtsstudies geven aan dat lesprogramma's in combinatie met ouderinterventies effectiever zijn in het reduceren van alcoholconsumptie dan lesprogramma's alleen. Programma's met alleen voorlichting zijn niet effectief, maar programma's waarin ook aandacht is voor competenties en sociale vaardigheden wel. Alcoholinterventies onder studenten laten kleine effecten zien (Trimbos, 2015), al vond een Cochrane overzichtsartikel geen substantiële effecten van interventies gericht op de sociale norm onder studenten aan een universiteit of hogeschool.

Kortdurende ondersteunende interventies vanuit de zorg zijn effectief in het reduceren van overmatig alcoholgebruik. Meerdere overzichtsstudies hebben de effectiviteit van dergelijke interventies aangetoond. Deelnemers in de studies dronken bij aanvang gemiddeld ruim dertig drankjes per week. De wekelijkse alcoholconsumptie daalde een jaar na de kortdurende interventie met gemiddeld vier drankjes per week per persoon; een reductie van ruim 10%. Er zijn overzichtsstudies die effecten laten zien voor kortdurende interventies met verschillende psychosociale methodieken, kortdurende en intensievere interventies, individuele en groepsinterventies, en in verschillende zorgsettings.

We vonden geen overzichtsartikelen naar de effectiviteit van gecombineerde of integrale aanpakken op het gebied van alcoholgebruik. Eerdere onderzoeken laten echter wel zien dat het combineren van verschillende maatregelen effectief kan zijn in de reductie van de alcoholconsumptie. Een Amerikaanse community aanpak (een combinatie van verschillende maatregelen, waaronder beperking van de beschikbaarheid van alcohol, versterking van de handhaving van de leeftijdsgrens, extra alcoholcontroles in het verkeer en trainingen voor barpersoneel) leidde bijvoorbeeld tot vermindering van de alcoholconsumptie. Daarnaast waren ook effecten op alcoholgerelateerde ongelukken en verwondingen door geweld te zien. In Zweden zijn vergelijkbare programma's, met vergelijkbare resultaten.

Overgewicht

Wetgeving en prijsmaatregelen leiden tot een gezonder voeding- en beweegpatroon, al is de bewijslast relatief beperkt. Preventieve interventies leiden tot kortdurende effecten op voeding en bewegen. Daarnaast hebben individuele interventies voor mensen met overgewicht op de korte termijn effect (gewichtsverlies van enkele kilo's). Een integrale, lokale aanpak lijkt effectief, maar hiervoor is nog relatief weinig evidence.

We vonden geen overzichtsstudies naar de effecten van negatieve prijsmaatregelen (duurder maken van producten door bijvoorbeeld accijns) bij overgewicht, voeding of bewegen in de databases van Cochrane of Health Evidence. Ten opzichte van roken en alcohol is de bewijslast voor de effectiviteit van deze prijsprikkels bij overgewicht, voeding en bewegen dus beperkt. Er zijn wel overzichtsstudies in andere databases opgenomen. Hieruit blijkt consistent dat prijsmaatregelen effect hebben op de aankoop en consumptie van de betreffende voedingsmiddelen (Niebylski et al., 2015; Thow et al., 2014). Dit geldt bijvoorbeeld in een aantal Amerikaanse studies voor een accijns op frisdranken, junk food, etc. Tegelijkertijd is er onvoldoende evidence voor de conclusie dat prijsmaatregelen effectief zijn in het reduceren van energie-inname of overgewicht. Hier speelt substitutie een belangrijke rol. Een accijns op het ene voedingsmiddel, kan zelfs een toename van energie-inname teweegbrengen als consumenten switchen naar energierijkere alternatieven. De vraag is dus in hoeverre prijsmaatregelen de kwaliteit van het gehele voedingspatroon gunstig beïnvloeden. Om de kans hierop te vergroten wordt een tandem van prijsmaatregelen aanbevolen, waarbij ongezondere voedingsmiddelen duurder worden en gezondere goedkoper. In een recente overzichtsstudie bleken positieve prijsmaatregelen (goedkoper maken van producten door bijvoorbeeld kortingsbonnen of

prijzverlaging) vaak een gunstig effect te hebben op eetgedrag. Dit bleek bijvoorbeeld voor het geven van korting op groente en fruit.

Ook vonden we een overzichtsstudie waarin onderzoeken naar de effecten van financiële prikkels om bewegen te stimuleren bijeen waren gebracht. In de meeste studies vond men een positief effect van dergelijke prikkels op beweeggedrag. Het gaat dan bijvoorbeeld om het ontvangen van een beloning bij deelname aan een beweegprogramma waardoor de deelnametrouw toeneemt. Ook hier vond men overigens geen effect op overgewicht.

Wet- en regelgeving

Uit internationaal onderzoek blijkt een associatie tussen het percentage kinderen met overgewicht en de frequentie van reclames voor ongezonde voeding. Dit is weliswaar geen effectonderzoek (we vonden in deze inventarisatie geen recente overzichtsstudies), maar in lijn met het onderzoek bij roken en alcohol, zou een reclameverbod voor ongezonde voeding kunnen bijdragen aan het verminderen van overgewicht (Van den Berg et al., 2010). De beschikbaarheid van een gezond voedingsaanbod op school en op het werk stimuleert een gezond voedingspatroon. Het bleek bijvoorbeeld dat jongeren gezonder eten kopen wanneer de schoolkantine meer gezonde producten aanbiedt. Er is weinig bewijslast dat dit type maatregelen ook een preventief effect op overgewicht hebben. Voor herformulering van voedingsmiddelen is in Nederland het Akkoord Verbetering Productsamenstelling gesloten. Onderzoeksresultaten over de effecten van dergelijke maatregelen op de gezondheid komen nog met name uit modelberekeningen. We vonden geen overzichtsstudies naar de effectiviteit van convenanten of zelfregulering. Wel concludeerden enkele overzichtsartikelen over reclame dat er beperkte en tegenstrijdige evidence is voor de effectiviteit van zelfregulering (Chambers et al., 2015; Ronit et al., 2014).

Omgevingsverandering

Er zijn nog weinig overzichtsartikelen van studies naar de effecten van omgevingsmaatregelen gericht op het beweegvriendelijker maken van de omgeving. Het gaat dan om het aanpassen van de infrastructuur, bijvoorbeeld het aanleggen van aantrekkelijke en veilige wandel- en fietspaden, zodat er meer wordt gewandeld en gefietst. We vonden één overzichtsstudie in een andere database die een klein effect liet zien van verbeteringen aan de infrastructuur (eventueel in combinatie met een campagne) op fietsgedrag. Voor voeding geldt bijvoorbeeld dat grootte van verpakking en van het bord of de beker van invloed zijn op de hoeveelheid die gegeten of gedronken wordt.

Educatie en voorlichting

De bewijslast voor de effectiviteit van massamediale campagnes op het gebied van voeding of bewegen is beperkt. Dit geldt ook voor het gebruik van logo's voor gezonde voeding. Hierover vonden we in deze inventarisatie geen artikelen. Schoolprogramma's gericht op bewegen laten gunstige maar kleine effecten zien op sommige beweeg-gerelateerde uitkomstmaten. Een combinatie van informatiemateriaal en lesprogramma's leidt tot positieve effecten. Op overgewicht lijken schoolprogramma's gericht op alleen voeding óf bewegen weinig tot geen effect te hebben op (over)gewicht. Schoolprogramma's gericht op voeding én bewegen laten wel kleine effecten zien op (over)gewicht.

We vonden daarnaast een recente overzichtsstudie naar de effectiviteit van gezonde school aanpakken. Het gaat dan om schoolprogramma's die minimaal de volgende drie onderdelen bevatten: een lesprogramma dat onderdeel is van het curriculum, veranderingen in de schoolomgeving en/of de ambiance van de school, en betrokkenheid van de familie en/of de wijk. Men vond in 67 effectstudies gemiddeld kleine effecten op roken, BMI, groente- en fruitconsumptie, bewegen en fitheid, maar bijvoorbeeld geen effecten op het gebruik van alcohol en drugs. De gebruikte studies hadden veel methodologische beperkingen (zoals zelfrapportage, hoge uitval en het ontbreken van lange termijn follow up).

Ondersteuning en begeleiding

Er is ruime evidentie dat beweegprogramma's er op de korte termijn toe leiden dat mensen meer bewegen. Verschillende overzichtsstudies tonen aan dat beweegprogramma's op school, op het werk of in de wijk een positief effect hebben op beweeggedrag. Programma's waarbij het bewegen onder begeleiding plaatsvindt lijken wat effectiever. Voedingsprogramma's kunnen een positief effect op eetgedrag hebben. Dieetadvies (o.a. vermindering van zout, suiker en vet, en toename van groente, fruit en vezel) voor gezonde volwassenen kan leiden tot een verbetering van de kwaliteit van het voedingspatroon en daarmee tot gunstige effecten op uitkomstmaten als bloeddruk en cholesterolgehalte.

Gecombineerde interventies, waarbij zowel voeding als bewegen aan bod komen, lijken het meest effectief voor mensen met overgewicht. Zo kan een gecombineerde leefstijlinterventie voor patiënten met overgewicht tot een gewichtsafname leiden van twee tot bijna zes kilo (Van den Berg et al., 2010). Een dergelijke interventie voor andere risicogroepen, zoals mensen met een verhoogde kans op diabetes, kan bijdragen aan gewichtsafname van enkele procenten. Hierbij geldt: hoe intensiever het programma, hoe groter het effect. Er is beperkt bewijs voor de effectiviteit van voedings- of beweeginterventies op de werkplek. Gecombineerde interventies op het werk zouden wel tot gewichtsafname kunnen leiden. Gecombineerde interventies kunnen gewichtstoename tijdens de zwangerschap verminderen (gemiddeld 20% lagere kans op overmatige gewichtstoename). Bij zwangere vrouwen kunnen voedingsinterventies of gecombineerde interventies de kans op zwangerschapsdiabetes reduceren. Bij vrouwen die net zijn bevallen kunnen ze gewichtstoename na de bevalling wat beperken. Ook voor gecombineerde leefstijlinterventies specifiek voor jongeren met overgewicht is evidence voor gewichtsreductie.

Integrale aanpak

Dat de preventie van overgewicht een lokale, integrale aanpak vraagt, wordt breed gedeeld. Er zijn steeds meer voorbeelden in binnen- en buitenland waaruit blijkt dat zo'n aanpak tot minder overgewicht kan leiden. Het gaat dan bijvoorbeeld om de JOGG-aanpak, en andere EPODE-varianten in het buitenland. We vonden echter nog geen overzichtsstudies van dergelijke aanpakken. Uit een review naar 'community-based interventions' die alleen gericht zijn op bewegen bleek dat studiekwaliteit omgekeerd evenredig was met effectgrootte. Goede studies lieten geen effecten op beweeggedrag in de populatie zien.

Kosteneffectiviteit

Algemeen

Werkzame preventieve interventies zijn over het algemeen zeer kosteneffectief. Dat blijkt uit een overzichtsstudie van alle kosteneffectiviteitsstudies op het gebied van preventie die in één kalenderjaar waren gepubliceerd in de internationale literatuur (Van Gils et al., 2011). Hieruit bleek dat in 80% van de studies de kosteneffectiviteitsratio onder de €50.000 per bleef. De mediane kosteneffectiviteitsratio was €12.500 per (voor kwaliteit gecorrigeerd) gewonnen levensjaar. In Nederland wordt voor preventie vaak een drempelwaarde van €20.000 per QALY gehanteerd (Van den Berg et al., 2012). Het lijkt er dus op dat, wanneer effectief, preventie ook bijna altijd kosteneffectief is, al kan publicatiebias hier ook een rol spelen.

Roken

Tabaksontmoedigingsmaatregelen hebben over het algemeen een gunstige verhouding tussen kosten en effecten. De kosteneffectiviteitsratio's liggen vaak onder de €5.000 per gewonnen QALY en bijna altijd onder €20.000. Dit blijkt zowel uit de kosteneffectiviteitstudies die in de RIVM-database 'Kosteneffectiviteit van preventie' zijn opgenomen, als uit andere publicaties op dit gebied. De gunstige verhouding tussen kosten en effecten geldt voor alle type maatregelen. Een aantal factoren beïnvloedt de hoogte van deze kosteneffectiviteitsratio's: de grootte en de duurzaamheid van het effect op rookgedrag, de hoogte van discontopercentages en de gekozen tijdshorizon.

Een Nederlandse economische evaluatie van financiering van stopondersteuning door de zorgverzekeraar kwam bijvoorbeeld tot een kosteneffectiviteitsratio van € 4.600 per gewonnen QALY. Een economische evaluatie van de antirookcampagne Stoptober en een landelijke 'no smoking day' berekende ook een zeer gunstige kosteneffectiviteitsratio vanwege de lage kosten van de interventie. Tot slot bleek een interventie met behulp van berichtjes via de mobiele telefoon om te helpen stoppen met roken zelfs kostenbesparend.

In een maatschappelijke kostenbatenanalyse schatte het Centraal Planbureau (CPB) dat de baten van een rookverbod in de horeca vergeleken met geen rookverbod ruim 75 miljoen euro hoger zijn dan de kosten ervan. Hierin is de verwachte gezondheidswinst door minder rokende en minder meerokende horecamedewerkers (ruim duizend levensjaren in één representatief jaar) gewaardeerd op 100.000 euro per gewonnen QALY. Als deze gewaardeerd wordt op 20.000 euro per QALY wegen de baten niet meer op tegen de kosten. De eventuele effecten van het rookverbod op horecabezoekers en op de rookprevalentie in Nederland zijn niet meegenomen in deze berekening (Spreeen & Mot, 2008). Sinds 1 januari 2015 geldt in Nederland een rookverbod voor alle horeca.

Alcohol

Voor zowel accijnsverhoging als kortdurende interventies in de zorg kwamen enkele Nederlandse kosteneffectiviteitsstudies tot een gunstige verhouding tussen zorgkosten en gezondheidseffecten (rond de €5.000 per QALY). Andere modelberekeningen lieten ook gunstige verhoudingen tussen kosten en effecten zien, waarbij wetgeving (leeftijdbeperking, reclameverbod, etc.) en prijsmaatregelen de meest gunstige kosteneffectiviteitsratio's lieten zien. Soms kwamen de schattingen zelfs kostenbesparend uit. Kosteneffectiviteits-schattingen van massamediacampagnes en schoolprogramma's waren niet mogelijk, omdat betrouwbare cijfers voor het effect op alcoholconsumptie ontbreken.

Een recente overzichtsstudie van RIVM-gezondheidseconomen naar de kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en drugs concludeerde dat de kosteneffectiviteit in alle gevonden studies onder de €20.000 per QALY lag (Suijkerbuijk et al., 2015). Dit geldt zowel voor kortdurende als intensievere interventies, in verschillende zorgsettings. Veel van de studies deden hun berekening vanuit het gezondheidszorgperspectief, waarbij alleen kosten binnen de zorg meegenomen worden. Een maatschappelijk perspectief is –zeker bij alcohol waarbij veel van de gerelateerde schade (en kosten) buiten de zorg valt– aanbevolen. Denk hierbij aan impact op werkverzuim, criminaliteit en verkeersongevallen. Deze maatschappelijke kosten worden vele malen hoger ingeschat dan de gerelateerde zorgkosten. In dien deze effecten worden meegerekend zal de kosteneffectiviteit nog gunstiger uitvallen.

Overgewicht

Een reeks modelstudies over de kosteneffectiviteit van maatregelen gericht op voeding, bewegen of overgewicht laat over het algemeen een gunstige verhouding tussen kosten en effecten zien. Dit geldt voor alle typen maatregelen, zowel op voeding, bewegen als op overgewicht.

In een Nederlandse voorbeeld van een modelstudie wordt de kosteneffectiviteit van twee voedingsinterventies geschat: 'Schoolgruiten' en 'Pro children'. Naar schatting kunnen hiermee over een levenslange tijdshorizon respectievelijk ruim 300 en bijna 200 DALY's per 100.000 kinderen voorkomen worden. Dit is berekend op basis van de toename in groente- en fruitconsumptie na twee jaar, waarbij werd aangenomen dat 30% van de toename na die twee jaar bleef bestaan. In de kosteneffectiviteitsberekening zijn interventiekosten en gezondheidszorgkosten meegenomen. Met een levenslange tijdshorizon worden de kosteneffectiviteitsratio's geschat op bijna 8.000 euro per voorkomen DALY voor de 'Pro children intervention' en bijna 14.000 euro per voorkomen DALY voor 'Schoolgruiten' (Te Velde et al., 2011).

Aannames

In een modelleringstudie naar de kosteneffectiviteit van een preventieve interventie wordt een wereld mét interventie vergeleken met een wereld zónder interventie. In zo'n model moeten de waarden voor een groot aantal variabelen ingevuld worden zoals doelgroep, bereik, effectiviteit en effectbehoud. Veel van deze waarden blijken vaak niet precies bekend; zeker als het om nog niet ingevoerde interventies gaat. Het is dan onvermijdelijk aannames te doen. Bij de interpretatie moet altijd gekeken worden naar de onderliggende aannames en modelkeuzes. Die zijn vaak allesbepalend voor de uitkomst van de kosteneffectiviteitsanalyse, maar worden in de praktijk niet altijd onderbouwd met overtuigend bewijs en er is veel variatie tussen studies. Voorzichtigheid bij de interpretatie van uitkomsten van kosteneffectiviteitsonderzoek is daarom geboden, vooral wanneer gebruik gemaakt is van modelberekeningen (Van den Berg et al., 2012).

Met name de aannames over de duurzaamheid van de effecten op lange termijn, en de daarbij gehanteerde tijdshorizon (bij leefstijlinterventies vaak tientallen jaren of levenslang) zijn belangrijk. Vaak is het bijvoorbeeld onbekend welk deel van het effect op de lange termijn beklijft. Hoe kleiner deze fractie is, hoe ongunstiger de kosteneffectiviteitsverhouding.

De meeste modellen nemen daarnaast alleen kosten en baten binnen de zorg mee. Gezien het belang van bredere effecten buiten de zorg geven modelstudies die maatschappelijke kosten niet in de berekening betrekken een beperkt inzicht in de totale kosten en effecten van preventiemaatregelen. Een kosteneffectiviteitsratio is dus altijd een vrij onzekere schatting. Voorzichtigheid in het trekken van conclusies is geboden.

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

De gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status blijft op veel aspecten achter bij de gezondheid van mensen met een hoge sociaaleconomische status. Zo leven laagopgeleiden gemiddeld ruim zes jaar korter dan hoogopgeleiden en het verschil in de gezonde levensverwachting is zelfs bijna 19 jaar (VTV2014). De levensverwachting is het laatste decennium ook voor de groep laagopgeleiden sterk gestegen, maar het verschil met hoger opgeleiden bleef ongeveer even groot. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen worden deels veroorzaakt door verschillen in leefstijl, maar ook door verschillen in de fysieke en sociale omgeving.

Veel maatregelen en interventies gericht op roken, alcohol, voeding, bewegen of overgewicht hebben de gehele populatie (of subgroepen daarbinnen) als doelgroep. Slechts weinig interventies richten zich specifiek op groepen met een lage sociaaleconomische status. Onderzoeken nemen meestal ook niet mee of de effecten tussen hogere of lagere sociaaleconomische groepen van elkaar verschillen. Van de meeste generieke interventies is daarom niet bekend wat de effectiviteit is bij mensen met een lage sociaaleconomische status. Dit sluit aan bij de bevindingen in eerdere RIVM-onderzoeken (Busch et al., 2011; Busch et al., 2012).

In het algemeen laten overzichtsstudies zien dat de meeste preventieve interventies niet hebben geleid tot een aantoonbare reductie in verschillen in gezondheid tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status. Groepen met hogere sociaaleconomische status profiteren vaak meer van effectieve preventieve interventies dan groepen met een lagere sociaaleconomische status (Lorenz et al., 2013; White et al., 2009). Hierdoor kunnen zogenoemde 'interventie geïnduceerde gezondheidsachterstanden' optreden. Deze kunnen het gevolg zijn van een relatief minder goede effectiviteit, toegankelijkheid, deelname, en compliance van de interventie. Vooral bij interventies gericht op een vrijwillige gedragsverandering is het risico op vergroten van gezondheidsachterstanden aanwezig. Dit geldt bijvoorbeeld voor mediacampagnes bij roken, die vaak minder effectief zijn in groepen met lage sociaaleconomische status, waardoor deze onbedoeld de sociaaleconomische rookverschillen kunnen behouden of vergroten in plaats van verkleinen.

Slechts een klein aantal interventies lijkt een positief effect te hebben op het verminderen van gezondheidsachterstanden. Dit geldt bijvoorbeeld voor gratis ondersteuning bij het stoppen met roken; deze is wel aangetoond dat dit effectiever is bij mensen met een lage sociaaleconomische

status. Dit geldt met name als sociaaleconomische status gemeten is door middel van het inkomen, maar minder als het gemeten is door middel van het opleidingsniveau. Dit blijkt uit verschillende overzichtstudies, die door het Trimbos Instituut in kaart zijn gebracht (Trimbos quick scan, 2015).

Verscheidende onderzoekers beargumenteren dat 'upstream' interventies potentieel meer bijdragen aan het terugdringen van gezondheidsverschillen dan 'downstream' interventies. Downstream interventies richten zich op individuele factoren, terwijl upstream interventies zich richten op factoren buiten het individu. Er is een groeiend bewustzijn dat het effectief aanpakken van complexe gezondheidsproblemen, zoals het terugdringen van overgewicht en de sociaaleconomische verschillen hierin, een geïntegreerde aanpak op verschillende niveaus vereist. Verschillende rapporten benadrukken dan ook het belang van een intersectorale aanpak, aangezien veel van de aangrijpingspunten voor gezondheidsachterstanden buiten het directe beleidsterrein van het volksgezondheidsdomein liggen (Ndumbe-Eyoh et al., 2013; Beenackers et al., 2015).

Integrale wijkaanpak

Een integrale wijkaanpak is gericht op het versterken van gezondheid en welzijn van bewoners in een wijk, buurt of dorp. Een wijkgerichte aanpak moet aansluiten bij de gezondheidssituatie van bewoners in een bepaald gebied. Vaak vindt zo'n aanpak plaats in wijken waar de gezondheidstoestand minder gunstig is en heeft de aanpak tot doel om die gezondheidsachterstanden te verminderen. Er werden geen overzichtstudies gevonden naar effecten van integrale wijkaanpakken. En ook hier zijn wel Nederlandse voorbeelden waaruit blijkt dat zo'n integrale wijkaanpak bij kan dragen aan gezonde leefstijl. Dit bleek bijvoorbeeld uit het URBAN40-onderzoek naar de effecten van het krachtwijkenbeleid op leefstijl en gezondheid van de wijkbewoners. Deze wijkgerichte aanpak van leefbaarheidsproblemen in de aandachtswijken leidde tot relatief gunstige ontwikkelingen op sommige leefstijlfactoren. Zo nam in wijken die meededen aan het 'experiment gezonde wijk' het aantal mensen dat in de vrije tijd wandelt toe. Veel andere gezondheidsindicatoren verbeterden echter niet ten opzichte van controlewijken.

Gedrageconomie

We vonden in onze literatuurinventarisatie van overzichtsstudies in de databases waarin we zochten weinig artikelen waarin expliciet gebruik wordt gemaakt van nudging en gedrageconomie. Dit betekent niet dat hier geen of weinig onderzoek naar gedaan wordt. Het onderzoeksveld is echter nog niet in de fase is aangekomen waarin er zoveel evidence is dat er kwalitatief goede overzichtsstudies gepubliceerd worden.

In opdracht van ZonMw is recent een 'Wetenschappelijk kader Nudging in de publieke gezondheidszorg' ontwikkeld en bediscussieerd met wetenschappers, beleidsmakers, en gezondheidsprofessionals. Hieruit blijkt enerzijds grote belangstelling voor nudging als innovatieve strategie voor het ontwikkelen van interventies in de publieke gezondheidszorg, maar anderzijds ook dat de evidence-base nog beperkt is. Men beveelt aan dat er geïnvesteerd wordt in onderzoek naar de ontwikkeling van kansrijke nudges en systematisch effectonderzoek (ZonMw, 2015).

Ook uit andere bronnen concluderen we dat er weliswaar steeds meer kortdurende en specifieke evaluatiestudies gepubliceerd worden, maar dat er nog weinig overkoepelende kennis is over de effectiviteit van nudging. Ook is er nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de effecten op de wat langere termijn. Te verwachten is dat de kennis over de effectiviteit van nudges en andere gedrageconomische interventies de komende jaren uit zal breiden.

Nederlands interventieaanbod

Het RIVM Centrum Gezond Leven zet zich in opdracht van het ministerie van VWS in voor doelmatige, samenhangende en effectieve lokale gezondheidsbevordering. Het erkenningstraject is een samenwerking tussen het Centrum Gezond Leven, het Nederlands Jeugdinstituut, het

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen, MOVISIE, Trimbos en Vilans. Het Erkenningstraject biedt professionals inzicht in de kwaliteit, effectiviteit en uitvoerbaarheid van leefstijlinterventies. Een onafhankelijke erkenningscommissie voert de beoordelingen uit. De commissie beoordeelt op de erkenningsniveaus Goed onderbouwd, Eerste, Goede en Sterke aanwijzingen voor effectiviteit. Daarnaast hanteren CGL, Movisie en NISB het niveau Goed beschreven voor leefstijl- en sportinterventies.

De criteria die de commissie gebruikt bij de beoordelingen zijn gedetailleerd uitgewerkt en beschreven (CGL, 2013). Voor effectiviteitsbeoordelingen geldt o.a. dat de effectmaten relevant moeten zijn gezien doel en doelgroep van de interventie, dat de effectgroottes overtuigend moeten zijn, en dat de juiste instrumenten en statistiek gebruikt zijn. Voor de beoordeling 'Sterke aanwijzingen voor effectiviteit' moet bijvoorbeeld Nederlands empirisch onderzoek met sterke causale bewijslast en een follow up duur van minstens een half jaar beschikbaar zijn.

In de Interventiedatabase Gezond en Actief Leven zijn in Nederland beschikbare interventies voor verschillende leefstijlthema's opgenomen. De database bevatte eind 2015 in totaal 1310 interventies. In tabel 2 staan de aantallen per leefstijlthema (CGL, 2015). Het grote aantal interventies op het gebied van sport en bewegen valt op, terwijl voor roken aanzienlijk minder interventies beschikbaar zijn (respectievelijk 385 en 65). Tussen de 10 tot 17% van de interventies is erkend als goed onderbouwd. Slechts enkele procenten (3-5%) van de interventies op het gebied van roken, alcohol, voeding, bewegen, overgewicht heeft een erkenning op het niveau van effectiviteit (te onderscheiden in eerste, goede of sterke aanwijzingen voor effectiviteit). Zie bijlage 1 voor een tabel met deze erkende interventies.

Tabel 2: Interventie-aanbod in Nederland per leefstijlthema (op basis van de interventiedatabase, stand per 11-11-2015)

Leefstijlthema	Totaal aantal interventies	Goed beschreven	Goed onderbouwd	Aanwijzingen voor effectiviteit
Roken	65	2 (3%)	8 (12%)	3 (5%)
Alcohol	155	9 (6%)	19 (12%)	5 (3%)
Voeding	172	24 (14%)	28 (17%)	6 (3%)
Bewegen	385	127 (33%)	37 (10%)	12 (3%)
Overgewicht	136	24 (18%)	23 (17%)	6 (4%)
Total	913	186 (20%)	115 (13%)	32 (4%)

Conclusie

Beperking van betaalbaarheid en beschikbaarheid zijn de meest effectieve maatregelen op het gebied van gezonde leefstijl. Het gaat dan om accijnsverhoging en regulering van wat wanneer en hoe aangeboden mag worden. Dit is veel en goed onderzocht voor roken en alcohol, en in mindere mate voor voeding, bewegen en overgewicht. Voor interventies op het gebied van voorlichting en educatie, zoals campagnes en schoolprogramma's is de evidence wisselend. Begeleiding en ondersteuning vanuit de zorg voor mensen die roken, te veel drinken, of overgewicht hebben is ook veel onderzocht. Dergelijke interventies laten consistente, maar kleine effecten op gedrag of gewicht zien. Voor de effectiviteit van integrale of gecombineerde aanpakken is nog minder evidence, al wordt wel breed onderkend dat interventies zich idealiter richten op een brede range van achterliggende oorzaken van ongezond gedrag, zowel persoonsgebonden factoren als fysieke en sociale omgevingsfactoren.

Over het algemeen is de follow up duur in veel evaluatieonderzoek beperkt. Vaak wordt direct na afloop van een interventie gemeten of enkele maanden tot maximaal een jaar later. Effectieve preventie, met duurzame gedragseffecten, is een zaak van lange adem. Langetermijn gedragseffecten zijn nodig om gezondheidswinst te bereiken. Juist bij interventies op het gebied van leefstijl liggen die gezondheidseffecten vaak ver in de toekomst. In modelstudies worden hierover aannames gedaan, die niet altijd goed zijn onderbouwd.

Deze literatuurinventarisatie beperkte zich tot interventies en maatregelen die expliciet gericht zijn op de factoren waar het IBO Gezonde leefstijl op focust. Hierdoor is niet specifiek gezocht naar gecombineerde aanpakken, gericht op meerdere determinanten tegelijk of op onderliggende determinanten (zoals weerbaarheid). Hier wordt echter wel onderzoek naar gedaan, dat relevante aanknopingspunten voor het leefstijlbeleid zou kunnen bieden. Ook was de inventarisatie gericht op effecten van interventies of maatregelen zelf, en niet op het beleid dat nodig is om bepaalde interventies of maatregelen (breder) te implementeren. Veel uitspraken over effectiviteit zijn gebaseerd op buitenlands onderzoek. We hebben in deze inventarisatie niet kunnen onderzoeken in hoeverre de gevonden resultaten vertaalbaar zijn naar de Nederlandse situatie. In sommige overzichtsstudies, die bijvoorbeeld vooral op onderzoek uit één specifiek land gebaseerd zijn, kan dit een rol spelen. Daarnaast is ook niet meegenomen in hoeverre de beschreven maatregelen ook haalbaar zijn.

In deze literatuurinventarisatie is alleen naar een beperkte selectie van overzichtsstudies en rapporten gekeken. Dat er op bepaalde onderwerpen of maatregelen geen overzichtsartikelen zijn gevonden, betekent nog niet dat er geen individuele studies gedaan zijn waaruit effectiviteit zou kunnen blijken. Bovendien is alleen in twee databases gezocht. Dat betekent dat veel andere overzichtsartikelen, die niet in Cochrane database of in Health Evidence staan, niet zijn meegenomen. Dit betekent dat de bevindingen in dit memo niet compleet en uitputtend zijn en als indicatief moeten worden gezien. Op basis van deze beperkte inventarisatie zijn desalniettemin voor een breed scala aan preventieve maatregelen en voor alle leefstijlthema's effectieve voorbeelden gevonden.

Bronnen

Websites

www.eengezondnederland.nl
www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies
www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl
www.rivm.nl/Onderwerpen/V/Voedselconsumptiepeiling/Publicaties
statline.cbs.nl
www.volksgezondheidszorg.info

Publicaties

Beenackers et al. Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies. Rotterdam: Erasmus MC, 2015

Bommelé et al. Quick scan van de literatuur over tabaksontmoediging: Een verkenning van de internationale en Nederlandse literatuur. Utrecht: Trimbos-instituut, 2015

Busch et al. Effecten van leefstijlinterventies gericht op lagere sociaaleconomische groepen. Bilthoven: RIVM, 2011

Busch et al. Effecten van preventieve interventies: zijn er verschillen tussen mensen met een lage en een hoge sociaal economische status? Bilthoven: RIVM, 2012

Centrum Gezond Leven et al. Criteria voor Goed onderbouwd en effectief: beoordeling door de Erkenningscommissie Interventies. Bilthoven: RIVM, 2013

Centrum Gezond Leven. Factsheet Monitor CGL-producten 2015. Bilthoven: RIVM, 2015

Chambers et al. Reducing the volume, exposure and negative impacts of advertising for foods high in fat, sugar and salt to children: A systematic review of the evidence from statutory and self-regulatory actions and educational measures. *Prev Med.* 2015;75:32-43

De Ridder et al. Wetenschappelijk kader nudging in de publieke gezondheidszorg. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2015

Lorenc et al. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *JECH.* 2013;67(2):190-3

Monshouer et al. Points of sale of tobacco products. Synthesis of scientific and practice-based knowledge on the impact of reducing the number of points of sale and restrictions on tobacco product displays. Utrecht: Trimbos-instituut, 2014

Monshouer et al. Factsheet Display ban verkooppunten tabak. Utrecht: Trimbos-instituut, 2015

Ndumbe-Eyoh et al. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC public health.* 2013;13:1056

Niebylski et al. Healthy food subsidies and unhealthy food taxation: A systematic review of the evidence. *Nutrition*. 2015;31(6):787-95

Purshouse et al. Modelling to assess the effectiveness and cost-effectiveness of public health related strategies and interventions to reduce alcohol attributable harm in England using the Sheffield Alcohol Policy Model version 2.0. Report to the NICE Public Health Programme Development Group, 2009

Ronit et al. Obesity and industry self-regulation of food and beverage marketing: a literature review. *Eur J Clin Nutr*. 2014;68(7):753-9

Sannen et al. Preventie van alcohol-, tabaks-, en drugsgebruik onder studenten: Inventarisatie van preventieve interventies voor MBO-, HBO- en WO-studenten in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut, 2015

Spreen et al. Een rookverbod in de Nederlandse horeca; Een kosten-batenanalyse. Den Haag: Centraal Planbureau, 2008

Suijkerbuijk et al. De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en drugs. *Tijdschr Psychiatrie*. 57(2015)7, 498-507

Te Velde et al. Modeling the long term health outcomes and cost-effectiveness of two interventions promoting fruit and vegetable intake among schoolchildren. *Econ Hum Biol*. 2011;9(1):14-22

Thow et al. A systematic review of the effectiveness of food taxes and subsidies to improve diets: understanding the recent evidence. *Nutr Rev*. 2014;72(9):551-65

Van den Berg et al. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010

Van den Berg et al. Kosteneffectiviteit: euro's per QALY is niet genoeg. *NTvG*. 2011;155:A3817

Van Gils et al. Cost-effectiveness research on preventive interventions: a survey of the publications in 2008. *Eur J Public Health*. 2011;21(2):260-4

White et al. How and why interventions that increase health overall widen health inequalities within

Bijlage 7. Samenstelling werkgroep

Naam	Plaatsvervanger	Organisatie
Dr F.J.H. Don (voorzitter)		
Drs. M.C. Beens	Prof. dr. M.C.H. Donker	MinVWS/VGP
Drs. A.M.P. van Bolhuis	Prof. dr. Ir. A. J. Schuit	RIVM
Prof. dr. M.C.H. Donker	Drs. M.C. Beens	MinVWS/PG
Drs. E.E. de Kleuver	I.E.J. Vanhecke	MinSZW
Drs. T. Gelissen	Drs. K. Kuipers	MinAZ
Drs. C.M.E. Groot	Drs. F.W. Suijker	MinEZ
Dr. J.J.J. Jonker	Mr.drs. D.S. Buytendorp	MinFin
Drs. F.J.M. van Dongen	Drs. A.N.M. Stet	MinBZK
Drs. A.J.H.M. Voncken	Dr. Ir. A.J.M. van Loon	MinOCW
Prof. dr. B. ter Weel	Dr. E.S. Mot	CPB
Drs. J.J.J. Verheijden (secretaris)	Drs. S. Harmes	MinFin
Drs. F.E. Robben (secretaris)	Mr. drs. P. Boone	MinVWS

Bijlage 8. Betrokken experts

Naam	Organisatie
Dr. P. van Baal	EUR
Dr. M. Bakker	ZonMw
Prof. dr. B. van den Berg	RUG
Dr. M. van den Berg	RIVM
Prof. dr. S. Cnossen	EUR
Prof. dr. C. de Graaf	Wageningen UR
Dr. ir. A. Haveman-Nies	Wageningen UR
Dr. J. van der Horst-Graat	Wageningen UR
Prof. dr. ir. M. Jansen	Maastricht University
Dr. F. Kalshoven	De Argumentenfabriek
Prof. M. Kompier	Radboud Universiteit Nijmegen
Prof. dr. J. Mackenbach	EUR
Prof. dr. W. van Mechelen	VuMC
Prof. dr. E. Meijer	TUe
Prof. dr. D. van de Mheen	Maastricht University/EUR
Dr. G. Nagelhout	Maastricht University
Dr. E. Over	RIVM
Prof. dr. J. Polder	Tilburg University/Rivm
Dr. R. Potter van Loon	EUR
Prof. dr. H. Prast	Tilburg University
Dr. K. Redekop	EUR
Prof. dr. D. de Ridder	Utrecht University
Prof. dr. J.C. Seidell	VU
Prof. dr. K. Stronks	AmC
Dr. W. Tiemeijer	WRR
Dr. H. Toussaint	VU/HvA
Prof. dr. J.C.M. van Trijp	Wageningen UR
Prof. dr. A. Verhoeff	UvA
Dr. E. de Vet	Wageningen UR
Dr. B. Wouterse	CPB
Dr. E. Zantinge	RIVM