REINT JAN RENES EN BAUKJE STINESEN

Gezondheidscommunicatie en de psychologie van gedrag

We eten ondanks een gebrek aan trek een zak chips helemaal leeg. Nemen regelmatig de auto wanneer we net zo goed met de fiets kunnen. We flossen niet, ondanks dat de tandarts het adviseert en vergeten medicijnen in te nemen, terwijl we weten dat het goed voor ons is. Hoe komt dat toch? Het antwoord is: omdat we helaas minder rationeel en wilskrachtig zijn dan we soms denken. Beleidsmakers, wetenschappers en professionals worstelen met de vraag hoe ze mensen effectief kunnen aanzetten tot gezonder gedrag. Op diverse niveaus: van Rijksoverheid tot leefstijlinstituten en zorginstellingen worden er jaarlijks miljoenen uitgegeven om mensen te stimuleren tot een gezonde leefstijl.

De ontwikkeling van effectieve gezondheidscommunicatie en -interventies is een grote uitdaging, waarbij vooral de vraag centraal staat of de huidige focus op het veranderen van individuele intenties en persoonlijke drijfveren niet te beperkt is. Een complex samenspel van verschillende persoonlijke en omgevingsafhankelijke factoren maakt de kloof tussen rationele intenties en feitelijk gedrag moeilijk te dichten. Vooral daar waar kortetermijnopbrengsten voor het individu ontbreken, is de kloof tussen intentie en gedrag groot. Als het om gezondheid gaat doen mensen vaak dingen die ze eigenlijk niet willen (zoals ongezond eten), of ze doen dingen niet waarvan ze vinden dat ze het eigenlijk wel zouden moeten doen (zoals meer bewegen). Een studie van Sheeran naar een drietal gezondheidsgedragingen (condoomgebruik, kankerscreening en bewe-

Theo Wobbes en Maria Van Den Muijsenbergh (red.), Verleiding tot gezond gedrag, Persuasive technology in de gezondheidszorg, Valkhof Pers, Nijmegen 2017 (Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 105.3).

gen) liet bijvoorbeeld zien dat vijftig procent van de mensen met een positieve intentie het gedrag uiteindelijk toch niet uitvoerde.[1]

TE RATIONELE GEDRAGSMODELLEN

Ondanks recente inzichten dat veel van ons gedrag getriggerd wordt via gewoontes en onbewuste impulsen is Ajzen en Fishbeins cognitief georiënteerde Theorie van Gepland Gedrag nog steeds een van de populairste gedragsveranderingsmodellen (en bijna prototypisch voor alle andere cognitieve gedragsmodellen).[2] Een model dat niet alleen door de wetenschap maar ook ruimhartig door veel gezondheidsprofessionals wordt omarmd. Deze theorie gaat ervan uit dat mensen hun gedrag zullen veranderen als zij op de hoogte zijn van de objectieve uitkomsten van hun huidige gedrag (veel sigaretten roken, leidt tot een verhoogde kans op longkanker) en de uitkomsten van mogelijk alternatief gedrag (door niet te roken, leef je langer) en als zij deze uitkomsten als respectievelijk onwenselijk en wenselijk beschouwen. Deze afweging van voor- en nadelen verandert hun attitude ten aanzien van het huidige gedrag en doet hun intentie om alternatief gedrag uit te voeren toenemen.

Volgens de theorie wordt de intentie daarnaast beïnvloed door de subjectieve norm. Dit is het beeld dat een persoon heeft van het gedrag dat belangrijke mensen om hem of haar heen wenselijk achten, evenals de motivatie om zich hieraan te conformeren. Tot slot wordt de intentie mede bepaald door de waargenomen gedragscontrole. Dit is iemands persoonlijke inschatting van de eigen vaardigheden en beperkingen om het gedrag succesvol uit te kunnen voeren. Deze determinant bepaalt hoeveel moeite mensen ergens in steken en hoe lang zij het gedrag volhouden ondanks moeilijkheden.

Om gedrag te kunnen verklaren en mogelijk te veranderen zullen – aldus de Theorie van Gepland Gedrag –

al deze factoren (intentie, attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole) in beschouwing genomen moeten worden. Op basis van een zorgvuldige analyse kan een effectieve communicatiestrategie of interventie worden ontwikkeld. Dat is de theorie. Maar ondanks de vaststelling dat ratio ertoe doet, is het inmiddels duidelijk dat niet iedereen die de bewuste intentie heeft iets te doen, dit ook daadwerkelijk doet en vice versa.

VERKLARINGEN VOOR DE KLOOF TUSSEN INTENTIE EN GEDRAG

Het type gedrag waarover de intentie wordt uitgesproken blijkt van grote invloed op de mate waarin intentie leidt tot gedrag. Zo laat een meta-analyse van Gollwitzer en Sheeran zien dat normatief gestuurd gedrag (alcohol drinken in een kroeg) bijvoorbeeld minder goed voorspeld wordt door intenties dan gedrag dat minder gerelateerd is aan een sociale context, en meer door eigen overtuiging wordt gestuurd (je laten screenen voor borstkanker).[3] Daarnaast blijkt gewoontegedrag (bijvoorbeeld tandenpoetsen) minder vatbaar te zijn voor veranderende intenties dan nieuw gedrag (bijvoorbeeld flossen). Hoe sterker de gewoonte, des te kleiner de kans dat iemands intentie zijn of haar gedrag(sverandering) voorspelt.

Tegenwoordig worden al snel ter verklaring van de kloof tussen intenties en gedrag de theorieën van Nobelprijswinnaar Daniel Kahneman aangehaald. Volgens hem werkt ons brein op twee snelheden. In zijn meest recente boek *Ons feilbaar denken* spreekt hij over twee systemen, door hem nogal prozaïsch systeem 1 en systeem 2 genoemd.[4] Het impulsieve systeem 1 is snel, intuïtief en voor een groot deel automatisch zonder dat we er controle over kunnen uitoefenen. Het reflectieve systeem 2 houdt zich bezig met het langzamere proces van kritisch denken en het nemen van weloverwogen beslissingen. Systeem 1 is naar de mening van Kahneman vaak de oorsprong van de

Theo Wobbes en Maria Van Den Muijsenbergh (red.), Verleiding tot gezond gedrag, Persuasive technology in de gezondheidszorg, Valkhof Pers, Nijmegen 2017 (Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 105.3).

vele irrationele beslissingen die we nemen. Irrationaliteit zit in ons karakter. En daarbij wordt dan vaak opgemerkt dat het dus weinig zin heeft mensen te informeren of voor te lichten over de negatieve consequenties van bepaald gedrag (bijvoorbeeld roken), aangezien we het toch niet kunnen sturen. We zijn willoos. Onze gewoonten en impulsen zijn te sterk, of zoals een bekende uitdrukking stelt: 'De geest is gewillig, maar het vlees is zwak'.

Diverse niet aan systeem 1 gerelateerde redenen kunnen er echter voor zorgen dat intenties niet omgezet worden in gedrag. Ten eerste is er een groot verschil tussen iets bedenken wat je gaat doen en het uiteindelijk ook doen. Wanneer het moment van gedrag uitvoeren dichterbij komt of het gedrag daadwerkelijk uitgevoerd moet worden, kan bijvoorbeeld de situatie er heel anders uitzien dan op het moment van intentievorming. Je blijkt bijvoorbeeld vanwege allemaal deadlines op je werk veel minder tijd te hebben om te gaan hardlopen dan je dacht, of de vrienden met wie je dacht te gaan sporten zeggen allemaal af. Motivatie is in dit soort situaties hoog in aanvang, laag in werkelijkheid. Ten tweede kan er ook sprake zijn van het falen van *prospective memory*.[5] Je bent het wel van plan (iedere dag de pil slikken) en motivatie kan wel degelijk hoog zijn (je wilt echt niet zwanger worden), maar toch kun je simpelweg vergeten de pil te slikken. Ten derde is het mogelijk dat vanwege nieuwe informatie of heroverweging iemand niet langer gemotiveerd is om het gedrag nog te vertonen. Bij eenmalig gedrag kan dat komen door nieuwe informatie over het gedrag (negatieve berichten in de media over vaccinatie). Bij herhalingsgedrag kan dat komen door de feedback die iemand krijgt als hij of zij het gedrag uitvoert. In tegenstelling tot wat was gedacht blijkt het gedrag (bijvoorbeeld dertig minuten matig intensief bewegen of flossen) helemaal niet leuk.

Bovengenoemde redenen geven niet zozeer de invloed van systeem 1 weer, als wel de beperking van systeem 2. Mensen kunnen niet alles voor- en overzien (toch minder

tijd dan van tevoren gedacht) en missen soms de wilskracht en energie om het gewenste te doen (lekker op de bank tv kijken in plaats van buiten hardlopen). Mensen hebben moeite met het correct inschatten van situaties (best mogelijk om naar de kroeg te gaan zonder te veel te drinken) en zijn onvoldoende in staat objectief te registreren wat ze zelf doen (zoveel heb ik toch niet gegeten?). Mensen zijn in veel gevallen niet zozeer impulsief als wel begrensd rationeel.

GEZONDHEIDSINTERVENTIES EN BEGRENSDE RATIONALITEIT

Het besef van begrensde rationaliteit kan mensen helpen bij het daadwerkelijk uitvoeren van goedbedoelde intenties. Mensen kunnen zichzelf beschermen (of kunnen beschermd worden) tegen hun eigen beperking. Ze kunnen bijvoorbeeld gebruikmaken van zogenoemde implementatie-intenties waarin ze hun goede voornemens specificeren tot een 'als-dan'-doel (bijvoorbeeld: 'als ik ga lunchen, dan ga ik twintig minuten wandelen'). De kans is dan groter dat zij hun intenties omzetten in gedrag, dan wanneer ze het doel enkel in algemene zin beschrijven ('ik ga meer bewegen').[3]

Het integreren van dergelijke 'oplossingen' voor de begrensde rationaliteit van mensen kan de effectiviteit van gezondheidsinterventies versterken. Toch is het belangrijk om daarbij verder te kijken dan alleen naar intenties tot gedrag. De praktijk wijst namelijk uit dat zelfs wanneer mensen op hun concrete, zorgvuldig geformuleerde gezonde intenties worden aangesproken, dit nog steeds niet betekent dat het gedrag hier ook daadwerkelijk altijd op volgt. De Vries stelde al in 2000 dat juist bij alledaagse gedragingen, zoals eten, bewegen en boodschappen doen, mensen ook op andere manieren dan de rationele tot een keuze komen. Die processen spelen zich volgens hem voornamelijk buiten het bewustzijn af en hebben niets van doen met

Theo Wobbes en Maria Van Den Muijsenbergh (red.), Verleiding tot gezond gedrag, Persuasive technology in de gezondheidszorg, Valkhof Pers, Nijmegen 2017 (Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 105.3).

het afwegen van voor- en nadelen.[6] Met andere woorden, steeds meer is het besef ontstaan dat gezondheidsgerelateerd gedrag reflectief (we denken erover na) én impulsief (reageren intuïtief) van aard is. Wil gezondheidscommunicatie effectief zijn, zal het beide systemen moeten aanspreken. Gezondheidsinterventies moeten zich dus niet alleen richten op het overbrengen van informatie en gunstig beïnvloeden van intenties vooraf, maar moeten ingrijpen op die momenten waarop mensen (vaak onbewust) worden verleid tot ongezonde keuzes. In een ideale situatie wordt precies op deze kritieke keuzemomenten het spreekwoordelijke duwtje in de gezonde richting gegeven.

EEN (DIGITAAL) DUWTJE IN DE GEZONDE RICHTING

Zo'n spreekwoordelijk goed getimed duwtje in de gezonde richting kan bijvoorbeeld worden gegeven in de vorm van gerichte feedback die is afgestemd op het individu. Vooral een betrokken sociale omgeving kan invloed uitoefenen. De mogelijkheden om mensen juist op *het* moment dat het erop aankomt gerichte ondersteuning te bieden, waren tot voor kort zeer beperkt. Ontwikkelingen op het gebied van interactieve technologie en media maken doelgroepen echter beter bereikbaar en creëren nieuwe kansen.

Op commercieel gebied gebeurt dit al, bijvoorbeeld via *narrowcasting,* waarbij via beeldschermen op een specifieke plaats voor een specifieke doelgroep een bepaalde boodschap wordt overgebracht. Denk bijvoorbeeld aan een drogisterij waar klanten in de winkel op een scherm extra informatie over een nieuw product kunnen bekijken. Ook voor gezondheidscommunicatie is deze koerswijziging noodzakelijk en veelbelovend. Hieronder wordt aan de hand van drie pijlers voor succesvolle gezondheidscommunicatie (het inhaken op het kritieke moment, voelbaar maken van sociale druk en afstemming op het

individu) beschreven hoe technologische ontwikkelingen kunnen worden benut om gezondheidsgedrag positief te beïnvloeden.

Inhaken op het kritieke moment

Zoals uit de voorgaande paragrafen al duidelijk werd, richt veel gezondheidscommunicatie zich op de voorbereidingen in aanloop tot het gedrag. De focus ligt veelal op het creëren van bewustwording en het motiveren tot actie. Toch slagen dergelijke initiatieven er vaak onvoldoende in daadwerkelijk tot gedragsverandering aan te zetten. Wanneer de tijd tussen het moment waarop de intentie wordt gevormd en dat waarop daadwerkelijk moet worden overgegaan tot actie groter wordt, neemt de kans dat het gewenste gedrag wordt uitgevoerd af.[1, 7] Wanneer het erop aankomt lijken alle voornemens en voorbereidingen vaak al lang vergeten. Onbewuste processen en ingesleten gewoontes nemen gemakkelijk de overhand.

Het doorbreken van gewoontegedrag vereist daarom, behalve aandacht voor het afwegingsproces voorafgaand aan het gedrag, ook bewustwording van de keuzecontext.[8] Hoewel men in eerste instantie moet beschikken over de motivatie en het vermogen om het voorgenomen gedrag uit te voeren, is het daarnaast van belang dat het gewenste gedrag op kritieke keuzemomenten in herinnering wordt gebracht. Er is een duidelijke *trigger* nodig.[9]

Zo'n trigger kan bijvoorbeeld worden gecreëerd door het aanpassen van elementen uit de fysieke of sociale omgeving die op kritieke momenten kunnen aansporen tot (on)gezond gedrag. Deze aanpak wordt ook wel *nudging* genoemd.[10] Onderzoek laat zien dat het inhaken op die momenten waarop het gezonde gedrag wordt uitgedaagd loont. Zo blijkt de aanwezigheid van een apart vak voor groente en fruit in winkelwagens, consumenten te stimuleren tot een verdubbeling van de aankoop ervan.[11] Een ander onderzoek laat zien dat een trigger op het kritieke moment ook als stopsignaal kan dienen.[12] Studenten die aten

Theo Wobbes en Maria Van Den Muijsenbergh (red.), Verleiding tot gezond gedrag, Persuasive technology in de gezondheidszorg, Valkhof Pers, Nijmegen 2017 (Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 105.3).

uit een koker waarbij tussen de gewone 'gele' chips met regelmaat een rode zat, aten de helft minder dan studenten die eenzelfde koker met enkel gewone chips kregen.

Het zorgen voor een trigger op het keuzemoment zelf werkt dus goed, maar dit vereist wel precieze timing. Interactieve technologie vergroot de mogelijkheden om op vaak moeilijk te voorspellen keuzemomenten nauwgezet in te haken.[9] Dankzij mobiele communicatiemiddelen staan mensen 24/7 met elkaar in contact en kan altijd en overal informatie worden uitgewisseld. Dit stelt gezondheidsprofessionals in staat op kritieke keuzemomenten net dat duwtje in de gezonde richting te geven. Via mobiele media kan de meest actuele informatie worden verzameld om deze keuzemomenten in kaart te brengen. Zo wisten Hofmann en collega's nauwgezet de dagelijkse verleidingen van hun onderzoeksdeelnemers te documenteren, door via smartphones contact met hen te houden.[13, 14] Op basis van dergelijke informatie kan men de doelgroep langs dezelfde weg een signaal geven dat eraan herinnert dat dit *het* moment is om te handelen. Zo'n signaal kan motiverend en/of faciliterend zijn.[9]

Voelbaar maken van sociale druk

Naast het kritieke moment is ook de sociale omgeving van groot belang. Onderzoek toont aan dat mensen in de aanwezigheid van anderen minder snel toegeven aan verleidingen dan wanneer ze alleen zijn.[13] Bij alcoholconsumptie onder studenten blijken groepsnormen zelfs sterker van invloed dan persoonlijke opvattingen.[15] Het voelbaar maken van sociale druk is dan ook een effectieve strategie voor gedragsbeïnvloeding. Vooral sociale druk vanuit de eigen groep blijkt krachtig.[16] Sociale netwerken en sociale media als bindmiddel voor deze netwerken kunnen daarom doeltreffend worden ingezet bij gedragsbeïnvloeding.[17] Doordat sociale media de aanwezigheid van anderen weten te suggereren, kan sociale druk voelbaar worden gemaakt. Zelfs wanneer je feitelijk alleen bent.

Gezondheidsprofessionals kunnen gebruikmaken van het feit dat mensen elkaar via sociale media geregeld kenbaar maken welke verwachtingen ze van elkaar hebben. In gezondheidsinterventies kan dit gegeven worden benut, door een doelgroep bijvoorbeeld een ruim assortiment aan gezondheidsboodschappen te bieden die zij elkaar kunnen sturen. Door gebruik te maken van persuasieve strategieën kan de effectiviteit van deze boodschappen worden vergroot. Waar bij traditionele grootschalige interventies dergelijke goed uitgedachte gezondheidsboodschappen vaak direct afkomstig waren van een (overheids) instantie, kan nu door middel van sociale media het eigen netwerk optreden als schakel in het communicatieproces. Dit levert een groot voordeel op. Mensen zijn gevoeliger voor de mening van voor hen belangrijke anderen dan voor de opinie van een relatief anonieme instantie.[18] Bovendien neigen ze eerder waarden en gedragingen over te nemen wanneer ze worden gestimuleerd door personen met wie ze zich kunnen identificeren, met wie ze zich verbonden voelen en in wie ze vertrouwen hebben.[16, 19]

Niet alleen de ideeën die mensen hebben over de verwachtingen van anderen zijn van invloed en bruikbaar. Het is belangrijk dat hun perceptie van wat andere mensen *doen* hiermee in overeenstemming is.[16] Wanneer men anderen ziet toegeven aan bepaalde verlangens, blijkt men de verleiding zelf ook minder goed te weerstaan.[14] Het verleiden tot gezond gedrag vereist dus dat juist het gewenste gedrag bij anderen zichtbaar wordt gemaakt. Wanneer traditionele gezondheidscampagnes deze strategie toepassen, is de afstand tussen communicatiedoelgroep en referentiegroep vaak groot. Door sociale media te integreren in de interventie, kan het *eigen* netwerk optreden als referentiegroep.

Daardoor wordt de afstand tussen de communicatiedoelgroep en de referentiegroep kleiner en neemt de kans op overreding toe. Het initiatief dat facebookgebruikers aanmoedigt hun donorregistratie te delen met vrienden

illustreert dit. De donorregistratie van de een kan de ander net het laatste zetje geven zijn uitgestelde voornemen in praktijk te brengen. Bovendien kan het ook vrienden die deze intentie (nog) niet hadden prikkelen. Want wanneer je personen die belangrijk voor je zijn een doel ziet nastreven, kan dit aansporen tot het overnemen van dit doel.[8, 19, 20] Door gebruikers te attenderen op gezond gedrag van anderen in hun netwerk kan dus zowel de vorming als de naleving van intenties worden gestimuleerd. Uitoefening van sociale druk via sociale media, kan daarnaast doorzettingsvermogen versterken. Onderzoekers toonden aan dat vrouwen die tijdens een fietsoefening via een webcam in verbinding stonden met een net iets beter presterende partner, de oefening aanzienlijk langer volhielden.[21]

Afstemming op het individu

Het is niet alleen van belang wanneer en door wie er wordt gecommuniceerd, maar ook dat dit gericht gebeurt. Voor grootschalige gezondheidscampagnes gebaseerd op een eenvoudig zender-ontvangermodel was lange tijd alleen afstemming op een bepaald segment van de populatie haalbaar.[22, 23] Maar de continue afstemming op elkaar zoals we die hebben in onze persoonlijke communicatie, is ook wenselijk voor gezondheidscommunicatie om goed aan te kunnen sluiten bij de behoefte van de doelgroep. Interactieve media faciliteren processen van actie en reactie, waardoor gezondheidscommunicatie beter kan worden afgestemd op verschillende groepen en personen. Met interactieve media kunnen persoonlijke contacten actief worden betrokken. Dit heeft naast de voordelen die in de vorige paragraaf zijn besproken nog een meerwaarde: zij kennen de betreffende persoon en weten als geen ander wat deze nodig heeft. Bovendien geven de mogelijkheden tot interactie met de doelgroep gezondheidsprofessionals in toenemende mate toegang tot persoonsgebonden informatie. Hierdoor kunnen zij hun communicatie gericht

laten aansluiten bij specifieke situaties en keuzemomenten waarvoor een individu komt te staan.

Onderzoeken naar persoonlijke afstemming van gedragsveranderende gezondheidsinterventies laten zien dat de mate waarin rekening wordt gehouden met de specifieke situatie van het individu sterk bijdraagt aan het succes van de interventie.[23] Een persoonlijke boodschap wordt als relevanter ervaren, trekt daardoor de aandacht en wordt, zo suggereren sommigen, beter verwerkt.[24] Een op maat gesneden boodschap is bovendien effectiever, doordat deze simpelweg beter aansluit bij de specifieke factoren die bepalend zijn voor het gedrag van het individu.[24]

Persoonlijke afstemming kan op verschillende niveaus. Zo kan men het individu aanspreken bij zijn eigen naam of bepaalde visuele *cues* gebruiken die hem prikkelen.[22] Ook kan men de communicatie inhoudelijk laten aansluiten bij bepaalde factoren die bepalend zijn voor het gedrag van de betreffende persoon.[24,] Bijvoorbeeld door feedback te geven op het eigen gedrag: hoe heeft het zich ontwikkeld?[23] En hoe verhoudt het zich tot de richtlijnen voor gezond gedrag of tot het gedrag van peers?[24] Daarnaast kan worden ingespeeld op individueel relevante factoren, zoals kennis of risicoperceptie. Bijvoorbeeld dat tieners die alcohol drinken geïnformeerd worden over het feit dat meisjes die veel alcohol drinken vijf keer meer kans hebben op het ontwikkelen van een kwaadaardige vorm van borstkanker.[25] En ook de tactiek kan worden aangepast, bijvoorbeeld door gebruik te maken van bepaalde communicatieve strategieën waarvoor iemand gevoelig is. Sommige mensen vinden het motiverend wanneer hun gedrag wordt afgezet tegen dat van peers ('ik doe het net zo goed als mijn buurman'), terwijl anderen juist gevoelig zijn voor een vergelijking met de eigen prestaties ('ik doe het nu beter dan gisteren').[26]

Hoe meer de communicatie wordt toegespitst op de specifieke context van het individu, het betreffende ge-

Theo Wobbes en Maria Van Den Muijsenbergh (red.), Verleiding tot gezond gedrag, Persuasive technology in de gezondheidszorg, Valkhof Pers, Nijmegen 2017 (Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 105.3).

drag en hieraan gekoppelde inzichten uit de gedragswetenschappen, hoe groter de kans op succes.[23] Hiervoor moeten grote hoeveelheden informatie over individuele personen kunnen worden verzameld en bovendien up-to-date worden gehouden.[22] Inmiddels zijn daar dankzij interactieve technologie steeds meer mogelijkheden toe. We zien het personaliseren van communicatie op basis van constante informatie-uitwisseling bijvoorbeeld terug in advertentiesystemen van sociale netwerksites die steeds beter weten aan te sluiten bij de interesses van individuele gebruikers. Door ontwikkelingen op het gebied van informatie-uitwisseling, kan ook gezondheidscommunicatie beter worden afgestemd. Hierdoor hoeven persoonlijke gezondheidsadviezen zich niet langer te beperken tot één-op-één contacten in professionele setting (bijvoorbeeld tussen diëtist en cliënt). Door middel van mobiele en sociale media kunnen nu ook grootschalige gezondheidsinterventies een persoonlijkere benadering hanteren.

AANDACHTSPUNTEN BIJ HET GEBRUIK VAN INTERACTIEVE TECHNOLOGIE

Interactieve media maken het mogelijk dichter bij het individu en zijn kritieke momenten te komen en kunnen zo helpen de brug te slaan tussen intentie en gezond gedrag. Om dergelijke media in gezondheidsinterventies succesvol in te kunnen zetten, is het belangrijk om met een aantal zaken rekening te houden. Zo moet in overweging worden genomen hoe een communicatieproces waarin de sociale omgeving van de doelgroep een actieve rol vervult, in goede banen kan worden geleid. Wellicht kan effectiviteit alleen worden gewaarborgd wanneer deze participatie plaatsvindt binnen een door de communicatieprofessional geschetst kader, maar dat betekent dat de vrijheid om naar eigen inzicht deel te nemen wordt ingeperkt. Het scheppen van kaders lijkt een noodzaak waarbij verschillende keuzes goed tegen elkaar moeten worden afgewogen.

Daarnaast moet worden nagegaan hoe participatie (blijvend) kan worden gestimuleerd. De actieve rol van de doelgroep in het communicatieproces stelt aan haar ook eisen. Mensen moet zich bewust zijn van een gezondheidsprobleem en vervolgens gemotiveerd zijn om het probleem via interactieve media te tackelen. Dat het gebruik van interactieve media veelal gepaard gaat met gemak, laagdrempeligheid en spel, is in dit opzicht een voordeel. Om participatie in interactieve interventies te stimuleren, dienen deze elementen dan ook optimaal te worden benut.

Een belangrijk punt van aandacht tot slot is het feit dat niet alle persuasieve strategieën die in *real life* effectief zijn gebleken, dit per definitie ook zullen zijn voor online communicatie. Het is belangrijk om na te gaan of en hoe bepaalde strategieën via online communicatie optimaal kunnen worden benut. Als het bijvoorbeeld gaat om beïnvloeding door sociale druk is het belangrijk rekening te houden met het feit dat mensen proberen te voldoen aan de verwachtingen van anderen uit angst dat die hen er anders op zullen aanspreken. Waarschijnlijk zal de stimulans daarom groter zijn wanneer deze anderen fysiek aanwezig zijn. Wanneer dit niet het geval is, is het dus van belang dat men toch het gevoel heeft dat belangrijke anderen weet hebben van het gedrag om het te kunnen afrekenen.[16] Hiervoor kan bijvoorbeeld worden gezorgd door informatie over het gedrag van het individu terug te koppelen naar het sociale netwerk. Bij zo'n feedbacksysteem wordt ook wel gesproken over mediërende technologie.[27] Deze gaat een stap verder dan technologie met een vergelijkende rol die de gebruiker laat zien hoe zijn gedrag zich verhoudt tot dat van anderen. Er wordt extra druk uitgeoefend op de gebruiker door anderen te informeren over zijn gedrag.

Theo Wobbes en Maria Van Den Muijsenbergh (red.), Verleiding tot gezond gedrag, Persuasive technology in de gezondheidszorg, Valkhof Pers, Nijmegen 2017 (Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 105.3).

De belangrijkste oorzaken van (vroeg) overlijden zijn vandaag gedragsgerelateerd en daarmee, theoretisch gezien, grotendeels te voorkomen. Toch blijkt het in de praktijk bijzonder moeilijk mensen aan te zetten tot gezonder gedrag. Veel klassieke gezondheidscampagnes hebben in het gunstigste geval een positief effect op intenties, maar blijken te beperkt om aan te sporen tot gedragsverandering. Hiertoe is het noodzakelijk dat communicatie plaatsvindt op kritieke momenten, er gebruik wordt gemaakt van sociale druk en de doelgroep gerichte feedback ontvangt. Gedragsbeïnvloeding vereist daarom een nieuwe, meer interactieve benadering. Veranderingen in het communicatielandschap hebben de mogelijkheden hiertoe vergroot.

Interactieve technologie stelt professionals in staat hun kennis over gezond gedrag en persuasieve strategieën te versmelten met specifieke kennis over de persoonlijke situatie van de doelgroep. Deze ontwikkeling maakt een (noodzakelijke) transitie realiseerbaar van ongerichte publiekscommunicatie naar grootschalige theoretisch onderbouwde gezondheidscommunicatie afgestemd op het individu. Door interactieve media vormen tijd en plaats niet langer een belemmering, kunnen sociale netwerken actief worden betrokken en kan relevante en actuele informatie over de doelgroep worden verzameld. Hierdoor kan deze op kritieke momenten worden voorzien van gerichte feedback – qua inhoud, timing en tactiek – die daadwerkelijk het verschil kan maken bij alledaagse keuzes die onze gezondheid beïnvloeden.

Theo Wobbes en Maria Van Den Muijsenbergh (red.), Verleiding tot gezond gedrag, Persuasive technology in de gezondheidszorg, Valkhof Pers, Nijmegen 2017 (Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 105.3).

NOTEN

1 P. Sheeran, 'Intention-behavior relations: A conceptual and empirical review', in: *European Review of Social Psychology* 2002-12(1), p. 1-36.
2 I. Ajzen, 'The theory of planned behavior', in: *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 2001-50, p. 179-211.
3 P.M. Gollwitzer &, P. Sheeran, 'Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes', in: M.P. Zanna (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* 2006-38, San Diego, Elsevier 2006, p. 69-119.
4 D. Kahneman. *Ons feilbaar denken. Thinking, fast and slow*, Uitgeverij Business Contact, Amsterdam 2011.
5 A.L. Chasteen, D.C. Park & N. Schwarz, 'Implementation intentions and facilitation of prospective memory', in: *Psychological Science* 2001-12, p. 457-461.
6 N. de Vries. *Het hart, de ruggegraat en de hersenpan. Perspectieven op gezondheidsgedrag*, Faculteit der Gezondheidswetenschappen van de Universiteit van Maastricht, Maastricht 2000.
7 T.L. Webb & P. Sheeran, 'Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence', in: *Psychological Bulletin* 2006-132(2), p. 249-268.
8 H. Aarts, 'Gewoontegedrag: de automatische piloot van mens en maatschappij', in: W.L. Tiemeijer, C.A. Thomas, H.M. Prast (red.), *De menselijke beslisser. Over de psychologie van keuze en gedrag*, WRR/Amsterdam University Press, Amsterdam 2009, p. 65-87.
9 B.J. Fogg. *A behavior model for persuasive design*. Proceedings of the 4th international conference on persuasive technology. ACM New York 2009.
10 T.M. Marteau, D. Ogilvie, M. Roland, M. Suhrcke & M.P. Kelly, 'Judging nudging: can nudging improve population health?', in: *British Medical Journal* 2011-342, p. 263-265.

11 Nudges.org. *Grocery cart choice architecture*, 2010.
12 A. Geier, B. Wansink, P. Rozin, 'Red potato chips: Segmentation cues can substantially decrease food intake', in: *Health Psychology* 2012-31(3), p. 398-401.
13 W. Hofmann, R.F. Baumeister, G. Förster & K.D. Vohs, 'Everyday temptations: An experience sampling study of desire, conflict, and self-control', in: *Journal of Personality and Social Psychology* 2012-102(6), p. 1318-1335.
14 W. Hofmann W, K.D. Vohs & R.F. Baumeister, 'What people desire, feel conflicted about, and try to resist in everyday life', in: *Psychological Science* 2012-23(6), p. 582-588.
15 T. Postmes, L. Steg & K. Keizer, 'Groepsnormen en gedrag: sturing door sociale identiteit en dialoog', in: W.L. Tiemeijer, noot 8, p. 139-155.
16 M.K. Lapinski & R.N. Rimal, 'An explication of social norms', in: *Communication Theory* 2005-15(2), p. 127-147.
17 T.W. Valente, 'Network interventions', in: *Science* 2012-337(49), p. 49-53.
18 N. Aarts & C. van Woerkum. *Strategische Communicatie: principes en toepassingen*, Uitgeverij Van Gorcum, Assen 2008.
19 R.M. Ryan, H. Patrick, E.L. Deci & C.G. Williams, 'Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination Theory', in: *The European Health Psychologist* 2008-10(1), p. 2-5.
20 J. Shah, 'The motivational looking glass: how significant others implicitly affect goal appraisals', in: *Journal of Personality and Social Psychology* 2003-85(3), p. 424-439.
21 B.C. Irwin, J. Scorniaenchi, N.L. Kerr, J.C. Eisenmann & D.L. Feltz, 'Aerobic exercise Is promoted when individual performance affects the group: A test of the Kohler motivation gain effect', in: *Annals of Behavioral Medicine* 2012-44(2), p. 1-9.
22 M.W. Kreuter & R.J. Wray, 'Tailored and targeted health communication: strategies for enhancing information relevance', in: *American Journal of Health Behavior* 2003-27(3), p. S227-S232.

23 S.M. Noar, C.N. Benac & M.S. Harris, 'Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions', in: *Psychological Bulletin* 2007-133(4), p. 673-693.
24 R.P. Hawkins, M. Kreuter, K. Resnicow & M. Fishbein, A. Dijkstra, 'Understanding tailoring in communicating about health', in: *Health Education Research* 2008-23(3), p. 454-466.
25 Y. Cao, W.C Willet, E.B. Rimm, M.J. Stampfer & E.L. Giovannucci, 'Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies', in: *British Medical Journal* 2015-351, p. h4238, doi: 10.1136/bmj.h4238.
26 B.K. Rimer & M.W. Kreuter, 'Advancing tailored health communication: A persuasion and message effects perspective', in: *Journal of Communication* 2006-56, p. s184-s201.
27 T. Waardenburg, R. Winkel & M.H. Lamers, 'Normative social influence in persuasive technology: intensity versus effectiveness', in: M. Bang & E.L. Ragnemalm (red.), *Persuasive technology: design for health and safety*, Springer, Heidelberg 2012, p. 145-156.