



ENGAGERENDE EN OVERTUIGENDE COMMUNICATIE IN GEZONDHEIDSBEVORDERING

Communiceren naar gezondheidswinst

Hoe ontwikkel je engagerende en overtuigende gezondheidsboodschappen?

Engagerende en overtuigende communicatie in gezondheidsbevordering

Communiceren naar gezondheidswinst

Hoe ontwikkel je
engagerende en overtuigende
gezondheidsboodschappen?

Colofon

Engagerende en overtuigende communicatie in gezondheidsbevordering

Communiceren naar gezondheidswinst

Leen Van Brussel

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

verantwoordelijke uitgever

Vlaams Instituut Gezond Leven vzw

Linda De Boeck

Gustave Schildknechtstraat 9

1020 Brussel

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

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

www.gezondleven.be

Inhoudsopgave

Colofon	4
Inleiding	9
Structuur en leeswijzer	9
Scope van de leidraad.....	10
DEEL 1	11
WAT IS PERSUASIEVE COMMUNICATIE BINNEN GEZONDHEIDSBEVORDERING?	11
Definitie en situering.....	12
Ethische persuasieve communicatie.....	12
Het doel	12
Persuasieve communicatie en gedragsverandering.....	13
In 6 stappen van boodschap naar actie?	13
Gedrag en gedragsdeterminanten	14
Denk- en doe-vermogen.....	14
Twee routes naar gedragsverandering	14
3 manieren waarop de boodschap gelezen wordt	16
Persuasieve communicatie als gedragsveranderingstechniek	17
Leefstijl en omgeving	19
Een gezonde leefstijl.....	20
Een gezonde omgeving	20
Inzicht krijgen in het probleem en de doelgroep: randvoorwaarden voor een effectieve gezondheidsboodschap	21
Probleemanalyse en communicatiedoelen.....	21
Doelgroepanalyse en doelgroepsegmentatie.....	22
Doelgroepanalyse	22
Doelgroepsegmentatie	23
Stap 1: Breng de heterogeniteit van de doelgroep in kaart.....	23
Stap 2: Bepaal subgroepen of segmenten.....	24
Segmenteren op basis van gedragsdeterminanten.....	24
Andere segmentatiecriteria	25
Stap 3: Beslis of een gesegmenteerde aanpak nodig is.	25
Stap 4: Beslis op welke segmenten je je (prioritair) richt.	27
De juiste kanalen kiezen	28

Typologie van communicatiekanalen	28
Welke communicatiekanalen kiezen?	29
Communicatiecontexten	31
DEEL 2	33
RATIONEEL, EMOTIONEEL EN NARRATIEF OVERTUIGEN	33
Rationeel overtuigen	34
Argumenteren	34
Opbouw van argumenten	34
Eigenschappen van overtuigende argumenten	35
Eénzijdig of tweezijdig	36
Statistisch bewijs	37
Versterken van attitudes	37
Verhogen van risicoperceptie	37
Emotioneel overtuigen	39
Positieve emoties	39
Humor	39
Gebruiken bij welke doelgroepen?	39
Gebruiken bij welke thema's?	40
Trots	40
Gebruiken bij welke doelgroepen?	41
Gebruiken bij welke thema's?	41
Hoop	41
Gebruiken bij welke doelgroepen?	42
Gebruiken bij welke thema's?	42
Verbondenheid	42
Bij welke doelgroepen gebruiken?	43
Bij welke thema's gebruiken?	43
Negatieve emoties	46
Angst	46
Bij welke doelgroepen (niet) gebruiken?	48
Bij welke thema's gebruiken?	48
Schuld	48
Narratief overtuigen	52

Entertainment–Education.....	53
Wanneer gebruiken?.....	53
Storytelling en persoonlijke getuigenissen.....	55
DEEL 3.....	57
VUISTREGELS VOOR EEN ENGAGERENDE EN OVERTUIGENDE GEZONDHEIDSBODSCHAP	57
Trek de aandacht en val op.....	58
Meerdere zintuigen	58
Creatief	58
De juiste toon	58
Een sterke identiteit	59
Dichtbij de doelgroep.....	59
Wees duidelijk.	60
What, now what, so what?	60
Kernboodschap	60
Taalgebruik.....	61
Visuals	62
Actief, positief en persoonlijk.....	62
Maak het haalbaar en verlaag weerstand.	63
Concreet en op korte termijn.....	64
Rolmodellen	64
Gedrag dat al gesteld wordt	64
Benadruk incentives.	65
Soorten incentives	65
Maak de boodschap sociaal.	68
Een positieve norm.....	68
Descriptief en injunctief	68
Rolmodellen en sociale steun	69
Kies voor geloofwaardig bewijs.....	70
Eerlijk en niet misleidend	70
Cijfers of woorden?	70
Statistisch bewijs.....	71
Narratief bewijs.....	71

Frame je boodschap strategisch en ethisch.	72
Een winstframe of verliesframe?	72
Risico's en cijfers framen	73
Focus op gedrag	73
Niet afschrikken, niet valselyk geruststellen	73
Speel in op risico-reductie	74
Framen van verantwoordelijkheid	74
Kies de juiste boodschapper.	75
Verschillende prototypes	75
Afstemmen op de doelgroep	76
Vermijd stigmatisering en victim blaming.....	76
'Labelen'	77
Ongewenste effecten van victim blaming en stigmatisering	77
Communiceer met oog voor diversiteit.....	79
Cultuursensitief communiceren	80
Cultuursensitief op twee niveaus	80
Westerse waarden zijn niet universeel	81
G-culturen en F-culturen	81
Cheklst overtuigende communicatie.....	85

Inleiding

Deze driedelige leidraad gaat over het toepassen van **overtuigende communicatietechnieken** binnen **gezondheidsbevordering**. Hij ondersteunt gezondheidsbevorderaars in het ontwikkelen van boodschappen die burgers op een engagerende manier motiveren tot een gezonde(re) leefstijl of beleidsmakers en andere beslissingsmakers (bv. bedrijfsleiders, schooldirecteuren etc.) tot het (verder) uitwerken van een kwaliteitsvol gezondheidsbeleid. Kortom: deze leidraad focust op overtuigende communicatie als een specifieke techniek om te werken aan een **gezonde leefstijl** in een **gezonde omgeving**.

Of je nu mondeling een gezondheidsboodschap verspreidt, of via artikels, folders, affiches, infographics of een grootschalige (social)mediacampagne: wanneer je als gezondheidsbevorderaar communiceert om een gezonde leefstijl of een gezonde omgeving te bepleiten, heb je er alle voordeel bij om boodschappen te formuleren die zo **engagerend** mogelijk zijn. Want boodschappen die het publiek kunnen engageren – omdat ze duidelijk, haalbaar en relevant zijn – hebben meer kans om te **overtuigen** en effectief tot gedragsverandering aan te zetten.

Structuur en leeswijzer

De leidraad omvat drie delen.

Het **eerste deel** legt uit wat persuasieve communicatie binnen gezondheidsbevordering precies inhoudt: **de definitie, de relatie tussen persuasieve communicatie en gedragsverandering, en de randvoorwaarden voor een effectieve gezondheidsboodschap**.

Het **tweede deel** gaat in op verschillende **overtuigingslogica's** die je kan inzetten bij het ontwikkelen van engagerende en overtuigende gezondheidsboodschappen: rationele, emotionele en narratieve overtuiging. We leggen het verschil tussen deze verschillende overtuigingsvormen uit en gaan in op de vraag wanneer je het best welke soort 'appeals' – **rationele, emotionele of narratieve** – gebruikt.

In het **derde deel** geven we de **10 vuistregels** voor een engagerende en overtuigende gezondheidsboodschap mee. Goede en minder goede praktijken illustreren altijd de vuistregels.

De drie delen vormen **één geheel**, maar kunnen tegelijk **afzonderlijk van elkaar** gelezen én gebruikt worden.

Wie heel praktisch op zoek is naar principes, richtlijnen en tips voor engagerende en overtuigende boodschappen, heeft in eerste instantie veel baat bij deel 2 en 3. Om de relatie tussen gezondheidscommunicatie en gedragsverandering beter te begrijpen en te voldoen aan de randvoorwaarden voor een effectieve communicatie, raadpleeg je best ook deel 1.

Scope van de leidraad

Als gezondheidsbevorderaar kan je deze drieledige leidraad gebruiken om engagerende en overtuigende boodschappen te ontwikkelen die zich richten naar verschillende doelgroepen:

- de **burger** die je wil motiveren tot een gezonde leefstijl;
- de **intermediair** die je wil motiveren tot het gebruik van een bepaalde methodiek en/of het uitrollen van een preventief gezondheidsbeleid (bv. op scholen, op het werk ...) en
- de **beleidsmaker** die je wil motiveren tot het uitwerken van een structureel preventief gezondheidsbeleid.

De leidraad richt zich daarbij op boodschappen die gebruik maken van ‘**gemedieerde communicatie**’. Dat is de soort communicatie die verspreid wordt naar grote(re) groepen en daarbij gebruik maakt van allerhande media en communicatiekanalen. Interpersoonlijke communicatie, d.w.z. face-to-face-communicatie, valt daar niet onder. Gemedieerde communicatie kan plaatsvinden via verschillende soorten media, en op verschillende niveaus. We onderscheiden:

- **organisatiemedia**: nieuwsbrieven, intranet, folders, brochures en affiches die binnen organisaties en hun leden verspreid worden ...;
- **gemeenschapsmedia**: folders, brochures en affiches die in gemeenschapscentra, buurtcentra en verenigingen verspreid worden; lokale media of gemeenschapsmedia (fora, lokale radiostations en regionale kranten ...) en
- **massamedia**: kranten, radio en televisie, en het internet (zowel websites als sociale mediasites). Massamedia kunnen zowel mainstreamkanalen (bv. kranten zoals De Morgen en Het Laatste Nieuws, magazines als Flair en Libelle) als gespecialiseerde kanalen (bv. Artsenkrant, Tijdschrift Publieke Ruimte) inhouden. Ze kunnen zich richten op een algemeen publiek (bv. alle Vlamingen) of tot een bepaald segment (bv. vrouwen, jongeren ...).

DEEL 1

WAT IS PERSUASIEVE COMMUNICATIE BINNEN GEZONDHEIDSBEVORDERING?

Wat betekent persuasieve communicatie binnen gezondheidsbevordering? Dat is de centrale vraag van dit eerste deel. We geven een definitie van persuasieve communicatie binnen gezondheidsbevordering en staan stil bij de relatie tussen een overtuigende gezondheidsboodschap en gedragsverandering. Dat doen we aan de hand van gedragsinzichten en inzichten uit de communicatiewetenschappen. Daarnaast reiken we een aantal belangrijke randvoorwaarden aan voor het ontwikkelen van een effectieve, engagerende en overtuigende gezondheidsboodschap.

Definitie en situering

'Persuasieve communicatie' is een verzameling van overtuigende communicatietechnieken die ontwikkeld werden binnen de commerciële marketingsector.

Ethische persuasieve communicatie

Persuasieve communicatie heeft vaak een negatieve bijklank omdat ze als doel heeft om mensen te overtuigen van iets waar ze mogelijk weigerachtig tegenover staan. Maar een ethische vorm van persuasieve communicatie onderscheidt zich van **dwingende communicatie** (maakt dus geen gebruik van expliciete of impliciete bedreigingen) en van **manipulatieve communicatie** (die het denkvermogen van mensen omzeilt door foute redenen aan te reiken, misleidende overdrijvingen mee te geven etc.). Bovendien weerhoudt ethische persuasieve communicatie zich ervan om mensen te **stigmatiseren** (te veronderstellen of insinueren dat het niet stellen van een aanbevolen gedrag negatieve eigenschappen toeschrijft aan mensen) en te **culpabiliseren** (= te veronderstellen of insinueren dat het individu de schuld draagt van de oorzaken of de gevolgen van een bepaald gedrag).

Het doel

Vandaag wordt persuasieve communicatie toegepast in verschillende sectoren. Ook in non-profitsectoren met een maatschappelijke en sociale insteek. Binnen de sector van gezondheidsbevordering verwijst persuasieve communicatie naar de soort communicatie die een **positieve invloed** wil uitoefenen op de **gezondheid van mensen en gemeenschappen** door, met behulp van persuasieve communicatietechnieken die engagerend (i.e. een gevoel van betrokkenheid bewerkstelligen), motivatie-verhogend en drempelverlagend werken, **redenen** aan te reiken voor het stellen van het **gezonde gedrag**, het inrichten van een **gezonde omgeving** of het organiseren van een **gezond overheidsbeleid**. Persuasieve communicatie binnen gezondheidsbevordering kan zich daarom richten tot de **eindgebruiker** (een brede groep of sterk gesegmenteerd), **intermediairs**, **organisaties** en **beleidsmakers**.

Persuasieve communicatie ...

- heeft als doel aan te zetten tot een gezond(e) gedrag/omgeving/beleid;
- kan zich richten tot de eindgebruiker, intermediairs en beleidsmakers;
- reikt met behulp van persuasieve technieken redenen aan die de voordelen van het/de gezonde gedrag/omgeving/beleid en/of de nadelen van het/de ongezonde gedrag/omgeving/beleid benoemen en benadrukken;
- is motivatie-verhogend en drempelverlagend;
- is niet dwingend of manipulatief en
- is niet stigmatiserend of culpabiliserend.

Persuasieve communicatie en gedragsverandering

Het doel van persuasieve communicatie bestaat er dus in om mensen aan te zetten tot actie: een verandering in hun gedrag. Maar de relatie tussen gezondheidscommunicatie en gedragsverandering is complex en kan vanuit een aantal perspectieven beter begrepen worden.

In 6 stappen van boodschap naar actie?

Tussen het ontvangen van de boodschap en het overgaan tot actie wordt een hele, soms moeilijke, weg afgelegd. Het ‘**Model of Persuasion**’ van **McGuire** geeft de **verschillende hordes** weer die we moeten nemen vooraleer we naar aanleiding van een boodschap kunnen overgaan tot **actie**. Hoe verder de stappen vorderen in het proces naar verandering, hoe moeilijker ze worden.

1. Ten eerste moet de boodschap het doelpubliek **bereiken via geschikte kanalen**.
2. Ten tweede moet de boodschap de **aandacht** van het doelpubliek trekken.
3. Het doelpubliek moet ten derde de boodschap volledig **begrijpen**.
4. **Geloof hechten** aan de boodschap ofwel de boodschap **accepteren** vormt een vierde voorwaarde.
5. Ten vijfde moet de boodschap het doelpubliek **bijblijven**.
6. Tot slot, wanneer alle hordes succesvol genomen zijn, **kan** het doelpubliek **overgaan tot actie**. Toch zijn er ook andere factoren, waaronder persoonlijkheid en praktische drempels, die bepalen of het al dan niet tot actie zal komen.

William McGuire's Model Of Persuasion (6 Steps)



In [deel 3](#) van deze leidraad lees je de do's en don'ts voor het ontwikkelen van een boodschap die de aandacht trekt en duidelijk en geloofwaardig is. We geven vuistregels mee die je helpen om een boodschap te ontwikkelen die over de nodige eigenschappen beschikt om bovenstaande hordes te nemen en mensen te motiveren tot gedragsverandering.

Toch dringen twee belangrijke nuances met betrekking tot het ‘Model of Persuasion’ zich nu al op.

Gedrag en gedragsdeterminanten

Ten eerste is het niet zo dat een communicatiecampagne die geen directe impact heeft op het eigenlijke gedrag van mensen per definitie onsuccesvol is. Het is belangrijk na te gaan of de campagne effect heeft op de determinanten van gedrag. Dat zijn de factoren die een invloed hebben op gedrag, zoals kennis, attitudes, risicoperceptie etc. Mogelijk heeft je communicatiecampagne wel een invloed gehad op een of meerdere van deze determinanten (om te weten op welke determinanten je best inzet, is een goede probleemanalyse nodig). Dan kan je wel van een succesvolle campagne spreken. Het kan zijn dat je een bijkomende interventie moet doen die bijvoorbeeld meer gericht is op 1-op-1-begeleiding, of het aanpassen van de omgeving om net nog dat extra stapje naar eigenlijke gedragsverandering mogelijk te maken.

Denk- en doe-vermogen

Ten tweede focust het 'Model of Persuasion' erg op het cognitieve proces: een boodschap begrijpen, er geloof aan hechten en ze onthouden. Het model staat daarentegen weinig stil bij het onderscheid tussen denk- en doe-vermogen. Maar: **weten is nog niet doen**. Het '**doe-vermogen**' van mensen hangt niet alleen af van wat zij weten, bijvoorbeeld over gezond gedrag, maar ook van **persoonkenmerken** zoals temperament, zelfcontrole en zelfvertrouwen. Ook **(levens)gebeurtenissen** die het doe-vermogen tijdelijk onder druk kunnen zetten spelen een rol, en er zijn mogelijk **praktische drempels in de omgeving** van mensen die actie moeilijk(er) maken. Communicatie houdt zoveel mogelijk rekening met het onderscheid tussen 'denkvermogen' en 'doevermogen', bijvoorbeeld door niet alleen in te zetten op rationele argumenten, maar ook te emotioneren. Toch is communicatie slechts één deel van het verhaal, en is de combinatie met andere technieken en strategieën (zoals structurele beleidsmaatregelen en individuele coaching) nodig om effectief aan gezondheid te werken. Opnieuw is dus de boodschap dat communicatiecampagnes best worden aangevuld met bijkomende interventies om de kans op gedragsverandering te optimaliseren.

Twee routes naar gedragsverandering

Het '**Elaboration Likelihood Model**' (Petty & Cacioppo) verschaft ons een bijkomend inzicht: de weg van een gezondheidsboodschap naar een eventuele gedragsverandering is er niet noodzakelijk eentje van actieve cognitieve verwerking. Het model leert ons meer specifiek dat er twee routes gevolgd kunnen worden naar (eventuele) gedragsverandering: de centrale route en de perifere route.

- **De centrale route** impliceert een **actieve cognitieve verwerking** van de gezondheidsboodschap: de ontvanger van de boodschap gaat dan nadenken over de **inhoud** ervan, en evalueert de kwaliteit van de gegeven argumenten en redenen tot (gedrags)verandering. Indien de uitkomst van deze verwerking positief is, zal de ontvanger bereid zijn om naar de boodschap te handelen. Beïnvloeding van attitudes en gedrag via de centrale route vindt plaats wanneer de ontvanger van de boodschap **gemotiveerd** is om de boodschap actief te verwerken. Wanneer de ontvanger al in zekere mate positief staat tegenover het gezonde gedrag dat de boodschap aanbeveelt, is de kans groter dat de centrale route gevolgd wordt. Maar ook een boodschap die voor de doelgroep zo **relevant** mogelijk en begrijpelijk is, verhoogt de kans op een centrale route naar overtuiging. Tot slot is het zo dat bij **hogere vaardigheden** (bv. hoger opgeleiden) de kans op het volgen van de centrale route groter is.
- Wordt er **weinig cognitieve inspanning** geleverd om de boodschap te verwerken, dan spreken we van de **perifere route** naar overtuiging. Binnen deze route gaan mensen niet zozeer op de kwaliteit van de inhoud en argumenten van de boodschap af, maar eerder op **heuristieken** zoals de aantrekkelijkheid van de boodschapper, oppervlakkige herkenbaarheid en de emotionele associaties die gemaakt worden. Soms ontbreekt de motivatie om een boodschap actief te verwerken, of is er weinig interesse in het onderwerp. Mentale belasting (zoals stress) kan er ook toe bijdragen dat er weinig cognitieve ruimte is om een boodschap inhoudelijk te verwerken. De kans op duurzame gedragsverandering is kleiner wanneer de perifere route gevolgd wordt, maar toch worden in de praktijk vele communicatieboodschappen via deze route verwerkt.

Je stemt je boodschap best zowel op een centrale verwerking als op een perifere af: een duidelijke en relevante boodschap, sterke argumenten, en perifere 'cues' zoals aantrekkelijke visuals. De vuistregels voor een engagerende boodschap die [deel 3](#) meegeeft, zijn gericht op de mogelijkheid tot zowel een centrale als een perifere verwerking. Wel is het zo dat wanneer de centrale route gevolgd wordt, het potentiële effect op gedrag en gedragsdeterminanten duurzamer is en minder vatbaar voor tegenargumenten dan wanneer de perifere route gevolgd wordt. Een boodschap die herkenbaar en relevant is voor de doelgroep én zo sterk mogelijk aansluit bij aanwezige vaardigheden is daarom uitermate belangrijk.

3 manieren waarop de boodschap gelezen wordt

Een andere manier om naar de relatie tussen een communicatieboodschap en gedragsverandering te kijken is via het **'receptiemodel'** van **Stuart Hall**. Dit model, ingebed in de 'culturele studies', wijst op het belang van sociale en culturele factoren en verschillen in de manier waarop de ontvanger een boodschap leest of interpreteert.

Hoe succesvol de verschillende hordes naar actie worden genomen, en welke route naar eventuele gedragsverandering wordt gevolgd, is niet voorspelbaar. Een gezondheidsboodschap is niet iets wat je 'injecteert' en dat met zekerheid tot het gewenste gedrag leidt.

Het receptiemodel leert ons dat de manier waarop doelgroepen een boodschap begrijpen en of ze er al dan niet naar handelen, in belangrijke mate afhangt van **sociale en maatschappelijk-culturele factoren**. Het is belangrijk dat je met deze factoren rekening probeert te houden en een boodschap ontwikkelt die aansluiting vindt bij de **culturele schema's** van de ontvanger. Culturele schema's zijn gedeelde maar vaak impliciete betekeniskaders die tot uitdrukking komen in waarden, normen, verwachtingen en opvattingen met betrekking tot, bijvoorbeeld, gezondheid.

Stuart Hall stelt dat er grofweg **drie verschillende 'posities'** bestaan van waaruit een gezondheidsboodschap begrepen wordt door het doelpubliek. Merk op dat deze posities pas ingenomen kunnen worden wanneer hordes 1 en 2 uit het 'Model of Persuasion' al genomen zijn. Met andere woorden: wanneer de boodschap het publiek bereikt heeft en de aandacht heeft kunnen trekken.

- **De 'voorkeurspositie'**: het doelpubliek begrijpt en interpreteert de gezondheidsboodschap zoals die bedoeld is door de gezondheidsbevorderaar. Bijvoorbeeld: je ontwikkelt een boodschap over het belang van voldoende bewegen en benadrukt daarbij de te boeken gezondheidswinst. Je ondersteunt je boodschap met een foto van slanke en sportieve mensen, waardoor je impliciet ook een normatieve boodschap meegeeft over de esthetiek van een slank en sportief lichaam. De voorkeurslezing impliceert dat degene die de boodschap leest die volledig begrijpt, en er volledig 'in mee stapt'.
- **De 'onderhandelingspositie'**: het doelpubliek begrijpt de boodschap, maar accepteert ze slechts gedeeltelijk. Toegepast op hetzelfde voorbeeld: de doelgroep begrijpt de gezondheidsboodschap en accepteert de kernboodschap ('voldoende bewegen is gezond'). Maar de incentive 'er goed uitzien' is niet relevant of, bijvoorbeeld, de visualisatie ervan komt niet overeen met het (schoonheids)ideaal dat leeft bij het doelpubliek.

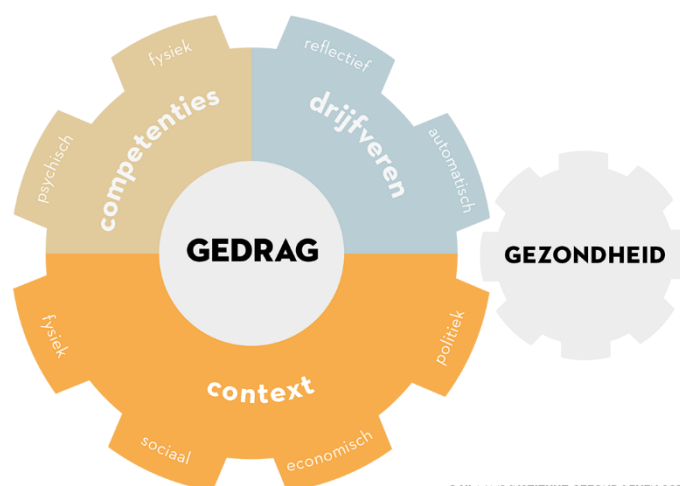
- De 'weerstandpositie': in dit geval wordt de boodschap volledig verworpen of genegeerd omdat ze niet past binnen het referentiekader van degene die de boodschap ontvangt. Er zijn ook andere redenen waarom het doelpubliek weerstand kan bieden tegen een boodschap, zoals het gebruik van inefficiënte fear appeals en schuld-appeals (zie deel 2).

Je wil graag vermijden dat je publiek de boodschap vanuit een weerstandpositie leest. Dat doe je door zo sterk mogelijk aan te sluiten bij de culturele schema's van de doelgroep. In deel 3 komt dit verder aan bod via het principe van cultuursensitief communiceren. Over hoe je inefficiënte fear appeals en schuld-appeals vermijdt die eveneens een weerstandslazing kunnen bewerkstellingen, lees je meer in deel 2.

Persuasieve communicatie als gedragsveranderingstechniek

Persuasieve communicatie is een gedragsveranderingstechniek die tot doel heeft de individuele burger, intermediairs of beleidsmakers aan te zetten tot gezond gedrag of tot het inrichten van een gezonde omgeving. Dit gebeurt door in te werken op bepaalde gedragsdeterminanten, zij het de determinanten die aan de basis liggen van het gedrag van de burger of aan het gedrag van beleidsmakers die instaan voor de inrichting van een gezonde omgeving.

Onderstaand model, **het gedragswiel** (ontwikkeld door het Vlaams Instituut Gezond Leven), inventariseert mogelijke determinanten van gedrag. Op welke determinanten persuasieve communicatie kan inwerken, kunnen we dus situeren op het gedragswiel.



Persuasieve communicatie is als gedragsveranderingstechniek goed geschikt om op bepaalde **determinanten van gedrag** in te werken. Dat zijn in eerste instantie determinanten die betrekking hebben op de **drijfveren** van de doelgroep:

- **attitudes**: de houding van de doelgroep of hun evaluatieve opvattingen ten aanzien van bepaalde onderwerpen of gedragingen (bv. positief staan tegenover gezonde voeding, water niet lekker vinden, de overtuiging hebben dat vrijen met condoom niet fijn is);
- **uitkomstverwachting**: de inschatting van de uitkomsten van een bepaald gedrag in een bepaalde situatie (bv. overtuigd zijn dat je je beter zal voelen als je wekelijks 2x gaat sporten, verwachten dat een gezond ontbijt je meer energie zal geven);
- **risicoperceptie**: de inschatting van het risico dat iemand loopt op een bepaald gezondheidsprobleem en de ingeschatte ernst daarvan (bv. denken dat je geen risico loopt op huidkanker als je herhaaldelijk onbeschermd in de zon vertoeft);
- **eigen-effectiviteit**: de perceptie van de doelgroep over het kunnen inzetten van de eigen competenties om gewenst gedrag te stellen (bv. jezelf in staat achten om te weerstaan aan de sociale druk om alcohol te drinken);
- **sociale rol en identiteit**: de mate waarin mensen vinden dat het gewenste gedrag past binnen de eigen identiteit en binnen de typische gedragingen en kenmerken die horen bij een of meerdere sociale rollen die ze bekleden (bv. vinden dat het bij je rol als moeder hoort om je baby 6 maanden borstvoeding te geven);
- **doelen en intenties**: mentale voorstellingen van uitkomsten of eindresultaten die de doelgroep wenst te bereiken (en de intentie om hiervoor bepaalde stappen te zetten) (bv. het plan hebben om volgende week een start-to-run-traject te starten, meer tijd willen maken voor rust en ontspanning om minder stress te ervaren).

Bovenstaande drijfveren die vooral reflexief van aard: het resultaat zijn van actief denkwerk. Maar ook op **automatische drijfveren** kunnen persuasieve gezondheidsboodschappen inwerken. Meer bepaald kunnen volgende gedragsdeterminanten hierdoor beïnvloed worden:

- **behoeften en verlangens**: een gedrevenheid voor het wel/niet stellen van een bepaald gedrag vanuit het idee dat dit gevolgd zal worden door iets aangenaams of onaangenaams (bv. grijpen naar een sigaret op stressvolle momenten om spanning te verlichten);
- **heuristieken of denkschema's**: veelal onbewuste en vaak voorspelbare patronen in het denken die het maken van keuzes kunnen beïnvloeden. Voorbeelden:

- de keuzes die mensen maken worden beïnvloed door de manier waarop keuzemogelijkheden verwoord of gepresenteerd worden (cf. framing);
- mensen zijn geneigd het gedrag te stellen dat door de meerderheid gesteld wordt (cf. sociale norm);
- mensen zijn geneigd om meer gevolg te geven aan wat ze aantrekkelijk en/of grappig vinden (cf. fun theory).

Tot slot kan ook op de **kennis** van de doelgroep over het onderwerp waarover gecommuniceerd wordt, ingewerkt worden.

Over het algemeen is persuasieve communicatie minder geschikt om in te werken op de **vaardigheden** van de doelgroep (maar ze houdt hier uiteraard wel rekening mee). **Kritische vaardigheden** (het vermogen om info kritisch te verwerken), **gedragsregulatie** (het vermogen om het eigen gedrag te reguleren) en **copingvaardigheden** (het vermogen om met tegenslagen of moeilijkheden om te gaan), worden het beste aangepakt via 1-op-1-interventies waarbij sterk op maat van het individu gewerkt kan worden, zoals dat het geval is bij leefstijlcoaching.

Persuasieve gezondheidsboodschappen kunnen ook inwerken op een aantal **contextfactoren** die aan de basis liggen van menselijk gedrag. Zo kunnen communicatiecampagnes bijvoorbeeld inwerken op de **sociale norm** en gezond gedrag proberen te normaliseren of ongezond gedrag (bv. roken) te denormaliseren. Op diepere culturele schema's – waarden, normen en betekenissen die sociale groepen met elkaar delen – heeft een persuasieve gezondheidsboodschap minder snel invloed. Diepgewortelde culturele opvattingen, verhalen en overtuigingen over vaccinaties, bijvoorbeeld, zijn niet zomaar te veranderen door persuasieve technieken in een communicatiecampagne toe te passen. Persuasieve gezondheidsboodschappen kunnen wel hun effectiviteit vergroten door rekening te houden met deze culturele invloeden. We noemen dit **cultuursensitieve boodschappen**.

Op een meer indirecte manier kan je ook persuasieve communicatie inzetten om de **fysieke context** (bv. de aanwezigheid van veilige fietspaden in de gemeente), de **politieke context** (bv. het beleid rond frisdrankautomaten op school) en de **economische context** (bv. de kostprijs van de tabakoloog) te beïnvloeden door aan advocacy te doen naar beleidsmakers toe.

Leefstijl en omgeving

Je kan persuasieve communicatie als gedragsveranderingstechniek aanwenden om aan een gezonde leefstijl én omgeving te werken.

Een gezonde leefstijl

Traditioneel worden de technieken van persuasieve communicatie ingezet om het gedrag van individuele burgers te beïnvloeden. Binnen het domein van gezondheid gaat dit dan om het aansporen van burgers tot een gezonde leefstijl: gezond eten, voldoende bewegen, matig zijn met alcohol, geen drugs nemen, veilig vrijen, niet roken etc.

Sociale marketing is de meest gekende strategie die persuasieve communicatietechnieken gebruikt om het gedrag van de burger te beïnvloeden. Binnen sociale marketing gaat het om de toepassing van commerciële marketingconcepten om een verandering te bewerkstelligen die maatschappelijk wenselijk is, zoals het boeken van gezondheidswinst. Sociale marketing verwijst meestal naar eerder grootschalige (sociale)mediacampagnes, maar haar principes – waaronder de focus op gedrag, het benutten van gedragsinzichten, het belang van publiekssegmentatie – kunnen evenzeer worden toegepast in kleinschalige communicatieacties.

Een gezonde omgeving

Vandaag worden technieken van persuasieve communicatie ook meer en meer ingezet als een middel om verandering op het niveau van de (sociale en fysieke) **omgeving en het beleid** te bewerkstelligen.

Communicatiestrategieën die inzetten op maatschappelijke verandering en daarbij gebruik maken van persuasieve communicatietechnieken zijn (onder andere) **counter-marketing en media-advocacy**.

Counter-marketing maakt gebruik van commerciële marketingtechnieken, maar dan wel om weerstand te bieden tegen industrieën, bedrijven, en organisaties die producten of diensten leveren waarvan bekend is dat ze schadelijk zijn voor de gezondheid (alcohol, tabak, verwerkt voedsel, maar ook kindermarketing voor ongezond voedsel).

Media-advocacy verwijst naar de praktijk waarbij media worden ingezet om politieke steun te verwerven voor het aanpakken van onderliggende oorzaken van gezondheidsproblemen of gezondheidsongelijkheid.

Via counter-marketing en media-advocacy kan aan ‘agenda-setting’ gedaan worden: bepaalde gezondheidsproblematieken onder de aandacht brengen en zo op de media-agenda en de publieke agenda plaatsen.

Inzicht krijgen in het probleem en de doelgroep: randvoorwaarden voor een effectieve gezondheidsboodschap

We weten hoe belangrijk het is dat een gezondheidsboodschap relevant is voor de doelgroep. Maar welke inzichten en kennis heb je nodig om een relevante gezondheidsboodschap te ontwikkelen? En wat doe je ermee?

Probleemanalyse en communicatiedoelen

Zoals eerder vermeld, kan je op technieken van persuasieve communicatie terugvallen om in te werken op verschillende gedragsdeterminanten. Op basis van deze determinanten bepaal je de **communicatiedoelen**: het doelpubliek sensibiliseren over risico's, informeren om kennis te verhogen, het vormen van positieve attitudes, etc.

Welke je precieze communicatiedoel(en) is/zijn, bepaal je op basis van een **probleemanalyse**. Daarbij breng je eerst grondig **het probleem** zelf in kaart: wat is het gezondheidsprobleem en wat zijn de oorzaken ervan? Liggen die vooral bij leefstijlfactoren, bij omgevingsfactoren, of bij een combinatie ervan? En bij wie stelt het probleem zich, en in welke mate?

Je bepaalt daarna ook duidelijk wat het gewenste gedrag is dat bepaalde actoren moeten stellen (bv. de burger, intermediairs, beleidsmakers) om een positieve invloed te hebben op het gezondheidsprobleem.

Vervolgens ga je na welke **determinanten** aan de basis liggen van het probleemgedrag én het gewenste gedrag. Het gedragswiel helpt je deze determinanten in kaart te brengen. Je kan op verschillende manieren informatie inwinnen over het probleem: via literatuurstudie en via het afnemen van vragenlijsten/interviews/focusgroepen bij de doelgroep en bij experts.

Een probleemanalyse vormt een belangrijke randvoorwaarde voor het ontwikkelen van een effectieve gezondheidsboodschap. Een boodschap die niet is afgestemd op de probleemanalyse, schiet haar doel voorbij en zal nooit effectief zijn.

Bijvoorbeeld: een communicatiecampagne die focust op kennisverhoging terwijl eigenlijk negatieve attitudes tegenover bijvoorbeeld gezonde voeding of veilig rijden aan de basis liggen van het gedrag, zal haar effect missen.

Het is heel belangrijk om je altijd de vraag te stellen of een communicatiecampagne wel de juiste aanpak is om te werken aan het geïdentificeerde gezondheidsprobleem. Een omgevingsinterventie is mogelijk beter geschikt. Of misschien loont het meer als je sterker inzet op individuele begeleiding van risicogroepen. Zo is uit onderzoek gebleken dat grootschalige communicatiecampagnes niet de meest geschikte aanpak zijn om mensen die twijfelen aan het nut van vaccinaties bij baby's en kinderen te bereiken en te overtuigen.

Doelgroepanalyse en doelgroepsegmentatie

Een boodschap die niet afgestemd is op de doelgroep waartoe ze zich richt, heeft weinig kans op slagen. Een belangrijke randvoorwaarde voor een effectieve communicatie is dat je de doelgroep zo goed mogelijk kent. Daarvoor moet je ten eerste je doelgroep duidelijk afbakenen. Zoals al duidelijk werd, kan je doelgroep bestaan uit eindgebruikers, intermediairs of beleidsmakers. Je doelgroep kan daarenboven breed zijn (bv. 'de Vlaming', 'de algemene bevolking') of specifieker (bv. mensen met een verhoogd risico om een bepaald gezondheidsprobleem te ontwikkelen en/of om niet of minder deel te nemen aan preventieve of gezondheidsbevorderende acties en methodieken).

Alleszins: de doelgroep is die verzameling van mensen bij wie je een bepaald gedrag wil bereiken of veranderen met het oog op het boeken van gezondheidswinst. Dat kan gezondheidswinst zijn bij de doelgroep van je communicatie, of bij een andere doelgroep. **Bijvoorbeeld:** je communiceert naar vrouwen tussen 50 en 65 jaar over borstkankerscreening met de bedoeling om gezondheidswinst te boeken bij deze groep. Of je communiceert naar beleidsmakers over het belang van een cultuursensitief screeningsaanbod om gezondheidswinst te boeken bij de einddoelgroep (vrouwen van 50 t.e.m. 65 jaar, met bijzondere aandacht voor vrouwen met migratieachtergrond die minder vaak participeren aan borstkankerscreenings).

Doelgroepanalyse

Bij een **doelgroepanalyse** vergaar je inzicht in de doelgroep. Dit doe je door de doelgroep zelf te bevragen (bijvoorbeeld a.d.h.v. interviews, focusgroepen, dagboekonderzoeken, surveys ...), via experts en/of via wetenschappelijke literatuur. Je wint bij deze drie soorten bronnen informatie in over:

- hoe de doelgroep geraakt wordt door het probleem;
- de demografische gegevens van de doelgroep (geslacht, leeftijd/levensfase, socio-economische positie, taal, burgerlijke stand, gezinssituatie ...);
- de gedragsdeterminanten van de doelgroep: competenties, drijfveren en omgeving (fysieke, sociale, culturele economische en politieke);
- het gedrag dat de doelgroep stelt;

- communicatiekanalen die de doelgroep benut.

Doelgroepsegmentatie

De doelgroepanalyse vormt de basis van waaruit je gaat bepalen of je je doelgroep best verder gaat segmenteren. Dit betekent dat je jouw algemene doelpubliek opsplijt in **kleinere en meer homogene groepen** van mensen – segmenten – die gelijkaardige interesses, noden, behoeften, waarden of eigenschappen vertonen.

Doelgroepsegmentatie is een principe vanuit de sociale marketing en heeft als doel alle subgroepen op een zo efficiënt en effectief mogelijke manier te bereiken. Vertaald naar gezondheidsbevordering is de rationale achter doelgroepsegmentatie het boeken van gezondheidswinst bij de volledige doelgroep door **het differentiëren van de communicatieaanpak naar verschillende subdoelgroepen met gelijkaardige interesses/noden/waarden en gedragingen wanneer dat nodig is.**

We geven hieronder de basisstappen mee die je binnen het proces van doelgroepsegmentatie doorloopt.

Stap 1: Breng de heterogeniteit van de doelgroep in kaart.

Om te beslissen of en in welke mate doelgroepsegmentatie nodig is, breng je de heterogeniteit van de doelgroep in kaart. Vertrekkend vanuit de doelgroepanalyse, stel je jezelf daarbij de volgende vragen:

1. Zijn er verschillen in de mate waarin mensen uit de doelgroep getroffen worden door het gezondheidsprobleem?
2. Zijn er verschillen in determinanten die een impact hebben op de gezondheid of het gedrag?
3. Zijn er verschillen in het gebruik van communicatiekanalen?

Bijvoorbeeld: stel dat je voor je project rond borstkankerscreening de groep ‘vrouwen tussen 50 en 69 jaar’ hebt gedefinieerd als prioritaire doelgroep. Uit je analyse blijkt dat er groepen zijn die financieel en sociaal zwaarder getroffen worden door het gezondheidsprobleem (borstkanker). Dit zijn vrouwen met een lage(re) sociaaleconomische status (SES). Deze groep beschikt door stress en zorgen over een lage bandbreedte, waardoor ze minder geneigd zijn deel te nemen aan screenings. Daarnaast blijkt dat er groepen zijn voor wie borstkanker(screening) een taboeonderwerp is. Uit je analyse blijkt dat dit vooral speelt bij moslimvrouwen. Vervolgens merk je ook dat bepaalde groepen binnen je algemene doelgroep zich niet laten screenen uit angst voor een negatief resultaat, terwijl bij andere groepen net

een te lage risicoperceptie speelt: het idee dat het hen niet overkomt. Tot slot zijn er binnen de doelgroep grote verschillen wat betreft de begrijpbaarheid van de toegereikte informatie. Meer bepaald geeft je analyse aan dat de bestaande info over borstkankerscreening voor vrouwen met een lichte verstandelijke beperking niet toegankelijk en begrijpelijk is.

Stap 2: Bepaal subgroepen of segmenten.

Op basis van de in kaart gebrachte heterogeniteit van de doelgroep, kan je duidelijker subgroepen gaan bepalen.

Dat doe je op basis van heterogeniteit op kenmerken die belangrijk zijn voor het gezondheidsprobleem. Je gaat op zoek naar verschillende groepen die intern zo homogeen mogelijk zijn wat de elementen betreft die voor het gezondheidsprobleem belangrijk zijn. Dat doe je op basis van bepaalde segmentatiecriteria.

Segmenteren op basis van gedragsdeterminanten

Die criteria hebben in eerste instantie vaak betrekking op **gedragsdeterminanten**. Deze determinanten kunnen verbonden zijn aan sociodemografische kenmerken. Maar het is belangrijk dat je *voorbij* deze kenmerken op zoek gaat naar de factoren die aan de basis liggen voor het wel of niet stellen van een (on)gezond/gezondheidsbevorderend gedrag. Bijvoorbeeld: een laag opleidingsniveau, het geslacht of de migratieachtergrond van mensen zijn *op zich* niet de redenen waarom mensen een bepaald gedrag al dan niet stellen. Daarachter schuilen bepaalde gedragsdeterminanten – zoals kennis, attitudes of sociale steun – die wél de eigenlijke redenen zijn van het al of niet stellen van bepaald gedrag. Die determinanten kunnen uniek zijn voor een bepaalde groep van mensen (bv. mensen met een migratieachtergrond), maar zullen vaak gedeeld worden met andere groepen.

Bijvoorbeeld: in je project rond borstkankerscreening bepaal je volgende subgroepen:

- Vrouwen die veel stress en zorgen ervaren en daardoor een **beperkte bandbreedte** hebben om met borstkankerscreening bezig te zijn (gedragsdeterminant: economische context, gedragsregulatie, doelen en intenties).
 - Dit speelt vooral bij vrouwen met lage SES.
- Vrouwen voor wie **borstkanker(screening) een taboe-onderwerp is**, waardoor ze minder geneigd zijn om zich te laten screenen (gedragsdeterminanten: sociaal-culturele context en attitudes).
 - Dit is vooral een probleem bij moslimvrouwen.

- Vrouwen die heel **angstig zijn voor een mogelijk negatief resultaat** (dat er kanker aanwezig is) en zich uit deze angst niet laten screenen (gedragsdeterminant: risicoperceptie en uitkomstperceptie).
 - o Deze gedragsdeterminant is niet verbonden aan socio-economische kenmerken, maar vooral met het feit of mensen in de naaste omgeving getroffen werden of zijn door kanker.
- Vrouwen die zich door een **lage risicoperceptie** ('mij overkomt het niet') niet laten screenen (gedragsdeterminant: risicoperceptie).
 - o Vooral bij vrouwen van 60 jaar en ouder lijkt dit te spelen. Ook vrouwen die geen onmiddellijke naasten met kanker hebben, lijken vaker over een lagere risicoperceptie te beschikken.
- Vrouwen voor wie de aangereikte **info niet toegankelijk en begrijpelijk** is, waardoor ze zich minder vaak laten screenen (gedragsdeterminant: competenties).
 - o Dit speelt vooral bij vrouwen met een migratieachtergrond die de taal niet machtig zijn en bij vrouwen met een licht verstandelijke beperking.

Andere segmentatiecriteria

Naast segmenteren op gedragsdeterminanten, kan je ook segmenten maken op basis van de mate waarin groepen een verhoogd risico lopen op een gezondheidsprobleem of er zwaarder door getroffen worden (economisch, sociaal ...). Je kan deze segmenten maken aan de hand van socio-economische parameters, migratieachtergrond etc. In het geval van communicatie naar intermediairs en/of beleidsmakers kan het ook zijn dat je verder segmenteert naar welke einddoelgroepen ze (waar) bereiken, wat hun bevoegdheden zijn etc.

Stap 3: Beslis of een gesegmenteerde aanpak nodig is.

Je kent nu relevante subdoelgroepen of segmenten. Vervolgens vraag je je af of de in kaart gebrachte verschillen tussen de subdoelgroepen afdoende redenen zijn om effectief over te gaan tot een gesegmenteerde aanpak: aparte boodschappen ontwikkelen voor de verschillende subdoelgroepen. Segmentatie is nodig wanneer bij verschillende segmenten (gedrags)determinanten spelen die je niet in één boodschap kan aansnijden.

Bijvoorbeeld: Angst voor een negatief resultaat ('ik zal het wel hebben') en een te lage risicoperceptie ('mij overkomt het niet') zijn beide mogelijke gedragsdeterminanten die maken dat mensen niet participeren in bevolkingsonderzoeken naar kanker. Dit zijn in feite **tegenstelde determinanten** waarop je je boodschap moet afstemmen. Dat wil zeggen dat je zal moeten segmenteren naar deze twee doelgroepen: mensen die bang zijn voor een mogelijk negatief resultaat en mensen die denken dat het hen niet

zal overkomen. Je ontwikkelt dan twee boodschappen (die mogelijk ook gebruik maken van andere overtuigingstechnieken, afgestemd op de eigenheid van de doelgroep (zie deel 2 en 3)):

- Eén boodschap gericht op mensen die angst hebben voor een mogelijk negatief resultaat. Deze boodschap probeert deze angst als drempel tot niet-deelname te verlagen.
- Eén boodschap gericht op mensen met een te lage risicoperceptie. Deze boodschap probeert de risicoperceptie te verhogen (zonder angst te induceren) zodat er bij de doelgroep een hogere ‘sense of urgency’ wordt gecreëerd.

Je kan zowel een boodschap inwerkt op angst als een boodschap die inwerkt op risicoperceptie zo sterk mogelijk afstemmen op mensen met een lagere bandbreedte en mensen die het moeilijk hebben om complexere informatie te verwerken. Je kan deze groepen via beide boodschappen aanspreken.

Boodschap 1

Groepen bereikt door de boodschap	Groepen met beperkte bandbreedte	Groepen voor wie kanker een taboe-onderwerp is	Groepen die angst hebben voor slecht resultaat	Groepen met een te lage risicoperceptie	Groepen voor wie bestaande informatie en communicatie ontoegankelijk is
	X	X		X	X

Boodschap 2

Groepen bereikt door de boodschap	Groepen met beperkte bandbreedte	Groepen voor wie kanker een taboe-onderwerp is	Groepen die angst hebben voor slecht resultaat	Groepen met een te lage risicoperceptie	Groepen voor wie bestaande informatie en communicatie ontoegankelijk is
	X	X	X		X

Het is waarschijnlijk dat je voor mensen met lagere bandbreedte en mensen die nood hebben aan zeer toegankelijke informatie iets **extra's** zal moeten doen. Bijvoorbeeld omdat ze, door gedrags- en omgevingsfactoren – een hoger risico lopen op een gezondheidsprobleem of er mogelijk zwaarder door getroffen worden. Je zal

bijvoorbeeld, naast een communicatiecampagne, meer moeten inzetten op 1-op-1-begeleiding. Dit is het principe van **proportioneel universalisme**: je reflecteert over welke aanpak gezamenlijk kan zijn (voor de volledige doelgroep, dus) – op basis van verbindende factoren – en wanneer de aanpak aanpassingen of extra's nodig heeft. Deze extra's zitten dan niet (per se) op het niveau van de inhoud van de boodschap, maar eerder op het niveau van de kanalen die je benut om de boodschap tot bij de doelgroep te brengen.

Als het niet nodig is om je boodschap naar verschillende doelgroepen te segmenteren, communiceer dan zeker **met oog voor diversiteit**. Bouw in je boodschap diversiteit in op het niveau van de beelden (mensen van verschillende etniciteit, verschillend uiterlijk ...) die je gebruikt, de vormen waarin je je boodschap meegeeft (bv. via cijfers of getuigenissen). Dit vanuit het idee dat verschillende (groepen van) mensen zich aangesproken voelen tot verschillende beelden en formuleringen – ook al delen ze veel met elkaar (bijvoorbeeld bepaalde gedragsdeterminanten zoals attitudes, risicoperceptie etc.).

Naast de vraag of het nodig is om je boodschap te segmenteren voor verschillende subdoelgroepen, stel je de vraag naar **mediumsegmentatie**. Het is mogelijk dat er tussen bepaalde segmenten géén overlappende communicatiekanalen benut worden. In dat geval moet je mediumsegmentatie toepassen: je benut andere communicatiekanalen voor andere doelgroepsegmenten. Eerder dan naar de gedragsdeterminanten die een basis vormen voor de hierboven besproken boodschapsegmentatie, kijk je hier naar de sociodemografische kenmerken van de geïdentificeerde segmenten. Via gegevens als geslacht, leeftijd, SES, etniciteit etc. breng je makkelijker de gebruikte communicatiekanalen in kaart.

Stap 4: Beslis op welke segmenten je je (prioritair) richt.

Aangezien je niet alles tegelijk kan doen, budgetten maar een aantal acties toelaten of je alleen ene bepaalde mankracht hebt, zal je in een vierde stap vaak gaan prioriteren. Deze keuze wordt dikwijls op organisatieniveau gemaakt. Zo kan je gaan voor de groepen die het zwaarst getroffen (kunnen) worden door het gezondheidsprobleem, of voor een groep die een unieke drempel ondervindt (bv. slechtzienden). Ook hier kan proportioneel universalisme een richtinggevend principe zijn.

De juiste kanalen kiezen

Een doelgroepanalyse maken betekent ook dat je in kaart brengt welke media en communicatiekanalen de doelgroep het meeste gebruikt. Dit helpt je om vervolgens de meest geschikte communicatiekanalen te selecteren om je boodschap te verspreiden. Want zoals het Model of Persuasion duidelijk maakt, is het bereiken van de doelgroep een eerste voorwaarde om tot gedragsverandering te komen. Vaak zal je voor verschillende subdoelgroepen of segmenten differentiëren naar kanalen die je benut om hen te bereiken. In een aantal gevallen zijn er tussen verschillende subdoelgroepen geen overlappende kanalen, en pas je mediumsegmentatie toe.

Er bestaan verschillende communicatiekanalen waarmee je je boodschap kan verspreiden. Wat verder vind je een typologie (onderverdeling) van kanalen. Om de juiste communicatiekanalen te bepalen, moet je in elk geval rekening houden met volgende aspecten:

- **De voorkeuren en gewoonten van het doelpubliek:** welke communicatiekanalen verkiest het doelpubliek? Luistert het doelpubliek graag naar de radio, leest het vaak kranten (papier of digitaal; 'populaire' kranten (*Het Laatste Nieuws*) of de zogenaamde 'kwaliteitskranten' (*De Morgen* en *De Standaard*))? Welke media ziet het doelpubliek als de meest geloofwaardige?
- **De vaardigheden van het doelpubliek:**
 - geletterdheid: informatie kunnen lezen en verwerken;
 - gezondheidsvaardigheden: gezondheidsinformatie begrijpen, evalueren en in de praktijk omzetten;
 - digitale vaardigheden: de breedte van gebruikte internettoepassingen en de technische en sociale vaardigheden om ermee te werken en er gepast mee om te gaan.
- **Het communicatiedoel:** wil je met de boodschap informeren/sensibiliseren en/of overtuigen? Of vaardigheden verhogen?
- **De boodschap:** bevat de boodschap uitgebreide info, heeft ze een rationele of emotionele insteek, maakt ze gebruik van storytelling ...?
- **Budget:** bepaalde communicatiekanalen, zoals televisie, veronderstellen een hoger budget.

Typologie van communicatiekanalen

Er bestaan verschillende mogelijke **typologieën** om communicatiekanalen in te delen. We vallen terug op onderstaand (niet-exhaustief ingevuld) model dat enerzijds de **schaal** waarop gecommuniceerd wordt – d.w.z. het aantal ontvangers dat je met een bepaald medium kan bereiken – onderscheidt en anderzijds de **mate van interactie** tussen zender en ontvanger die het kanaal mogelijk maakt.

		Interactiepotentieel		
Potentieel aantal ontvangers		<i>Laag</i>	<i>Medium</i>	<i>Hoog</i>
	<i>Hoog</i>	Massamedia: televisie, radio, kranten, magazines, folders en affiches	Websites Apps Interactieve radio	Sociale media
	<i>Medium</i>	Lokale media en gemeenschapsmedia (bv. wijkkrant) Briefwisseling	Interactieve lokale media (bv. radio)	
	<i>Laag</i>	Intranet	Educatieve sessies, workshops ...	Face-to-face, Telefoon

Welke communicatiekanalen kiezen?

Welke type kanalen je kiest, hangt af van verschillende factoren: het doel van je communicatie en de doelgroep. Het is uiteraard goed om veel mensen te bereiken via kanalen met een hoog aantal potentiële ontvangers. Maar via media met een kleiner potentieel aantal ontvangers bereik je vaak beter specifieke groepen met een boodschap die je dus meer op maat kan maken. Kanalen met een hoger interactiepotentieel zijn vaak ook beter geschikt voor mensen met een beperkte bandbreedte en/of vaardigheden om complexe informatie te verwerken.

Of je kiest voor kanalen met een hoger of lager interactiepotentieel hangt ook weer af van bovengenoemde factoren. Een sensibiliseringscampagne vraagt minder interactie. Een communicatieactie waarmee je wil werken aan bepaalde vaardigheden of die zich richt naar mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties, gaat wel best via kanalen die meer interactiviteit toelaten.

Naast het potentieel aantal ontvangers en de mate van interactiviteit zijn er nog een aantal andere parameters waarmee je als gezondheidsbevorderaar rekening kan houden bij het kiezen van geschikte kanalen:

- **‘Cue’-variëteit:** Dit geeft weer of een bepaald medium verschillende types ‘cues’ (verbaal, auditief, geschreven, getekend ...) kan opnemen. Media die meerdere soorten ‘cues’ kunnen opnemen, spreken meerdere zintuigen aan en zijn beter geschikt om mensen te bereiken met een lagere taalvaardigheid.
- **Specialisatie:** Geeft weer hoe gespecialiseerd of gesegmenteerd een medium is. Richt het zich tot een algemeen publiek of tot een bepaald segment: bv. jongeren, vrouwen, een bepaalde taalgroep of etnisch-culturele gemeenschap. Mainstreammedia hebben vaak een breder bereik, maar gespecialiseerde media hebben dan weer een hoog potentieel om cultuursensitieve en toegankelijke boodschappen op maat te verspreiden.

	Geschikt voor welke doelen?
Massamedia met een groot bereik (bv. radio en televisie, kranten en magazines, websites)	– bewustzijn verhogen: informeren en sensibiliseren – problemen op de publieke agenda plaatsen – in beperktere mate motiveren tot effectieve gedragsverandering
Lokale media (bv. lokale/regionale kranten en radio) en gemeenschapsmedia gericht op een bepaalde gemeenschap (cultureel, seksuele geaardheid)	– bewustzijn verhogen: informeren en sensibiliseren – motiveren tot gedragsverandering – communiceren over problematieken die vooral een bepaalde gemeenschap treffen en die ook bespreekbaar maken

Folders en affiches	- bewustzijn verhogen: informeren en sensibiliseren - motiveren tot gedragsverandering - meer gedetailleerde info meegeven - andere communicatiekanalen ondersteunen
Sociale media, games en apps	- bewustzijn verhogen: informeren en sensibiliseren - motiveren tot gedragsverandering - vaardigheden en zelf-effectiviteit verhogen

In onderstaande tabel geven we een overzicht van de communicatiekanalen die gezondheidsbevorderaars vaak gebruiken, inclusief hun toepassingsmogelijkheden.

Communicatiecontexten

Tot slot denk je ook na over de **contexten of settings** waarbinnen je je boodschap via bepaalde communicatiekanalen binnenbrengt. Het is belangrijk dat je hierbij zoveel mogelijk aanwezig bent in '**real-life**' **settings** van mensen, waar ze effectief (on)gezond gedrag stellen. Je kan in verschillende contexten aanwezig zijn waarbinnen je je boodschap (via verschillende kanalen) kan verspreiden: de medische context, werk- of schoolcontext, vrijetijdscontext, onderweg, het gezin, de buurt etc. Zeker wanneer je communiceert naar risicogroepen en mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties is het zeer belangrijk om zoveel mogelijk real-life settings te benutten.

Je kan onderstaande matrix gebruiken, die laat je per subdoelgroep of segment (zie doelgroepsegmentatie) toe aan te geven welke communicatiekanalen per context/setting je kan benutten binnen een project.

Doelgroep/Segment	Context/setting Kanaal	Medische context	Vrije tijd en verenigingsleven	Onderweg	Gezin/ familie	Buurt
	1-op-1					
	Brief					
	Print (flyer, affiche ...)					
	Community media					
	Massamedia (radio, tv, krant, magazine)					
	Digitale media					

DEEL 2

RATIONEEL, EMOTIONEEL EN NARRATIEF OVERTUIGEN

Gezondheidsboodschappen kunnen vooral inzetten op het activeren van denkprocessen, of eerder inspelen op emoties. Boodschappen doen vaak een combinatie van beide. Door in je communicatie bewust om te gaan met het gebruik van rationele of emotionele ‘appeals’, verhoog je de effectiviteit ervan.

Daarnaast wint het gebruik van verhalende of narratieve elementen aan populariteit in gezondheidscommunicatie. Het is inderdaad vaak een effectieve techniek om de opslag van de boodschap in het geheugen te vergemakkelijken, om te sensibiliseren rond bepaalde thema's en om aan te zetten tot eigenlijke gedragsverandering.

Rationeel overtuigen

Gezondheidsboodschappen die rationeel overtuigen, maken gebruik van logische argumenten en bewijsvoering aan de hand van cijfers. Rationele boodschappen werken het beste bij groepen die **al een zekere motivatie** hebben om gedrag aan te passen, of al in zekere mate **overtuigd zijn van de risico's** verbonden aan een bepaald gedrag.

Argumenteren

Logische argumenten staan centraal in een rationele boodschap. Daarom is het belangrijk dat je voldoende aandacht besteedt aan het formuleren van overtuigende argumenten. Maar wat zijn nu precies de bouwstenen van argumenten?

Opbouw van argumenten

Volledige argumenten bestaan uit 3 componenten:

- **de claim:** de positie die verdedigd wordt;
- **het bewijs:** de data (afkomstig van een bron die niet de boodschapper is) die de claim ondersteunen en
- **de rechtvaardiging** van de claim: de stelling die de logische connectie maakt tussen bewijs en claim.

Bijvoorbeeld:

Argument: “Mensen met een lage SES participeren minder vaak aan het lokale sportaanbod omdat ze een financiële drempel ervaren. We moeten waken over de financiële toegankelijkheid van het lokale sportaanbod, omdat mensen van alle socio-economische achtergronden het recht hebben om te participeren in het sportaanbod.”

Claim: We moeten waken over de financiële toegankelijkheid van het lokale sportaanbod.

Bewijs: Mensen met een lage SES participeren minder vaak aan het lokale sportaanbod omdat ze een financiële drempel ervaren.

Rechtvaardiging: Mensen van alle socio-economische achtergronden hebben het recht om te participeren in het sportaanbod.

In het voorbeeld wordt de rechtvaardiging **expliciet** meegenomen in de argumentatie. Vaak wordt rechtvaardiging slechts verondersteld, maar niet expliciet vernoemd en geïntegreerd in het argument.

Dit is hier bijvoorbeeld het geval: “Mensen met een lage SES participeren minder vaak aan het lokale sportaanbod omdat ze een financiële drempel ervaren. We moeten dus waken over de financiële toegankelijkheid van het lokale sportaanbod.” In dit voorbeeld wordt de rechtvaardiging, nl. ‘we moeten ervoor zorgen dat het lokale sportaanbod toegankelijk is en blijft voor mensen van alle socio-economische achtergronden’ niet vernoemd.

TIP

Voor de acceptatie en de kracht van het argument is het belangrijk dat er geloof wordt gehecht aan het bewijs, maar zeker ook aan de rechtvaardiging. De overtuigende kracht van de boodschap is groter als je de rechtvaardiging expliciet opneemt in het argument.

Eigenschappen van overtuigende argumenten

Naast de opbouw (claim, bewijs en rechtvaardiging) zijn er nog een aantal andere eigenschappen waaraan argumenten best voldoen, willen ze overtuigend en effectief zijn:

- **Zekerheid:** mensen vermijden graag onzekerheid. Ga dus voor argumenten waar je zoveel mogelijk ‘zekerheden’ in kan bouwen. Heb je geen zekerheden, dan ben je genooddaakt om het over risico’s en kansen te hebben. Daarbij maak je altijd de afweging tussen enerzijds eerlijk communiceren over bestaande risico’s, en anderzijds het vermijden van een afschrikkende effect. In deel 3 lees je meer over het [communiceren over cijfers en risico’s](#).
- **Positief:** positief geformuleerde argumenten hebben vaak meer impact dan negatieve geformuleerde.
- **Causale verklaringen:** zijn makkelijk te begrijpen en overtuigender dan meer genuanceerde pistes.
- **Relevantie:** zorg ervoor dat het argument overeenkomt met de waardenkaders en wereldbeelden van de doelgroep.
- **Begrijpelijk en eenduidig:** zorg dat het argument duidelijk is en slechts op één manier begrepen kan worden.
- **Haalbaar en aanvaardbaar:** een argument kan pas overtuigingskracht hebben wanneer het voor de doelgroep haalbaar en aanvaardbaar is. Met andere woorden: het argument moet realistisch zijn.
- **Innovatie:** een vernieuwend en origineel argument heeft meer impact dan een vertrouwd argument.

TIP

Je taalgebruik kan het argument krachtiger of net minder krachtig maken. Zo maken *hedges* je argument minder overtuigend omdat ze onzekerheid uitdrukken. Vermijd ze daarom. Voorbeelden van hedges zijn: *mogelijk, over het algemeen, ongeveer, soms, overwegend, hoofdzakelijk, zekere mate, blijkbaar, schijnbaar ...*

Boosters daarentegen zetten je argument kracht bij omdat ze zekerheid en commitment uitstralen. Voorbeelden van boosters zijn: *zeker, effectief, zonder twijfel, duidelijk, natuurlijk, altijd (of nooit) ...*

Eénzijdig of tweezijdig

Er is een verschil tussen **éénzijdige boodschappen** en **tweezijdige boodschappen**.

Bij éénzijdige boodschappen worden alleen pro-argumenten meegegeven: argumenten die het aanbevolen gedrag ondersteunen. Bij tweezijdige boodschappen worden daarnaast ook tegenargumenten meegegeven.

Is de doelgroep al grotendeels akkoord met de boodschap die je meegeeft? Dan zijn éénzijdige argumenten overtuigend. Is de doelgroep nog niet overtuigd, dan kies je beter voor tweezijdige argumenten. Let wel op: als je tegenargumenten integreert, weerleg je die ook best. Dat verhoogt de overtuigingskracht van de boodschap én de geloofwaardigheid van de boodschapper.

Dit is een **voorbeeld** van een tweezijdig argument:

“Een tekenbeet vermijden is niet gemakkelijk, maar laat dat je natuurpret niet bederven. Bewegen in de natuur is gezond. Wil je toch iets doen om tekenbeten te voorkomen in de natuur? Blijf dan zoveel mogelijk op de paden in het bos, draag bedekkende kledij en gebruik een insectenwerend middel op basis van DEET. Nadien controleren op tekenbeten blijft noodzakelijk!”

Pro-argument: je kan enkele zaken doen om te voorkomen dat je een tekenbeet oploopt in de natuur: zoveel mogelijk op de paden blijven, bedekkende kledij dragen, een insectenwerend middel gebruiken. Nadien controleren op tekenbeten blijft noodzakelijk.

Tegenargument (impliciet aanwezig): je kan een tekenbeet voorkomen door de natuur te vermijden.

Weerlegging van het tegenargument: het is gezond om te bewegen in de natuur.

Bovendien: geen gebruik van hedges, waardoor het argument krachtiger overkomt.

TIP

Wil je de doelgroep aanzetten tot een bepaald gedrag dat (nog) niet op grote bijval kan rekenen? Ontwikkel dan een tweezijdige boodschap. Je formuleert dan niet alleen argumenten pro het aanbevolen gedrag, maar presenteert én weerlegt ook tegenargumenten.

Statistisch bewijs

Rationele boodschappen maken dikwijls gebruik van **statistisch bewijs**. We hebben het dan over percentages, gemiddelden etc. die informatie weergeven afkomstig van een grote groep mensen.

Het communiceren van cijfergegevens kan een positieve invloed hebben op de attitudes en risicoperceptie van de doelgroep.



Praktijkvoorbeelden

Deze campagnes maken gebruik van rationele overtuiging a.d.h.v. statistisch bewijs. Dit soort boodschappen heeft eerder een effect bij mensen die al kennis hebben over respectievelijk borstkanker en aids en al enige motivatie hebben om zich te laten screenen/veilig te vrijen.

Versterken van attitudes

Statistisch bewijs gebruiken in gezondheidsboodschappen kan een overtuigende werking hebben in **het versterken van attitudes**, eerder dan in het veranderen van attitudes. Net daarom werkt rationele overtuiging het best bij mensen die al enige motivatie hebben. Narratief bewijs aan de hand van persoonlijke getuigenissen zijn daarentegen beter geschikt voor het veranderen van attitudes.

Verhogen van risicoperceptie

Statistisch bewijs kan ook bijdragen tot een accuratere **risicoperceptie** bij de doelgroep. Mensen denken vaak dat ze minder risico lopen op een bepaalde aandoening dan anderen, daarom is het een goed idee om het risiconiveau duidelijk

te benoemen – zonder dat dit per se deel moet uitmaken van je kernboodschap of dat je hier sterk op moet focussen. Sta wel steeds voldoende stil bij het framen van cijfers en risico's zodat dit op een manier gebeurt die bijdraagt aan de sense of urgency zonder hierbij de doelgroep af te schrikken. In deel 3 ([framen van cijfers en risico's](#)) lees je hier meer over.

Alvast enkele tips bij het geven van statistisch bewijs over risico's:

- Koppel een verhaal (narratieve elementen) aan cijfers over risico's – zo krijgen ze meer betekenis.
- Focus op gedrag dat het risico kan verlagen, eerder dan op het risico op zich.
- Om mensen een beter beeld te geven van een bepaald risico kan je ook de vergelijking maken met een ander risico waar de doelgroep meer mee bekend is. Let er wel op dat je geen risico waar de doelgroep geen of weinig controle over heeft (bv. luchtvervuiling) vergelijkt met een risico waar de doelgroep wel (in zekere mate) controle over heeft (bv. gezond eten, fysieke activiteit ...). Dit kan kwade reacties uitlokken, die haaks staan op gedragsverandering.

Emotioneel overtuigen

De belangrijkste functie van emoties is het sturen van ons gedrag. Zeker bij mensen die nog **weinig kennis** hebben over de gezondheidsproblematiek, **geen of onvoldoende positieve attitudes** koesteren tegenover het aanbevolen gedrag, of **nog weinig** wil of intentie vertonen om tot het gezonde gedrag over te gaan, bepalen emoties in belangrijk mate of ze tot gedragsverandering zullen overgaan. Maar ook wanneer de doelgroep wel al kennis/motivatie/gedragsveranderingsintentie vertoont, loont het de moeite om – naast het gebruik van rationele appeals – in te werken op emoties. Net omdat die zo'n belangrijke rol spelen in het sturen van menselijk gedrag.

Gezondheidsboodschappen kunnen inspelen op verschillende soorten emoties. Op positieve emoties zoals blijdschap, trots, hoop en verbondenheid. En op negatieve emoties zoals angst, afkeer en schuld.

Positieve emoties

Inspelen op positieve emoties in gezondheidsboodschappen is een goed idee. Positieve boodschappen **trekken de aandacht** en zorgen ervoor dat de boodschap **makkelijk onthouden** wordt. Bovendien **faciliteren ze positieve attitudes en gedragsverandering**.

Je kan op verschillende positieve gevoelens (tegelijkertijd) inspelen met een gezondheidsboodschap. We overlopen de belangrijkste.

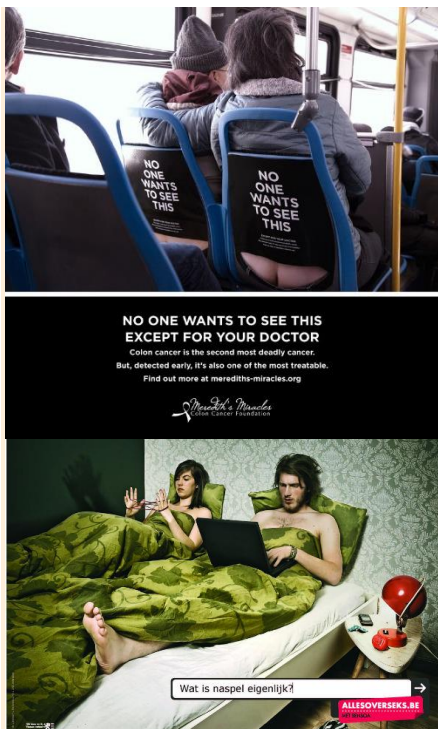
Humor

Hoewel humor op zich geen emotie is, kan het een hele reeks van positieve emoties opwekken, zoals vreugde.

Een humoristische boodschap valt meer op en wordt **langer onthouden**. Dat verhoogt de kans dat mensen zich de boodschap zullen herinneren wanneer ze een concrete beslissing moeten nemen.

Gebruiken bij welke doelgroepen?

Studies tonen aan dat humoristische gezondheidsboodschappen in het bijzonder effectief kunnen zijn bij doelgroepen die **weinig interesse** tonen in het onderwerp en **lage intentie** hebben om over te gaan tot gedragsverandering.



Praktijkvoorbeelden

Het gebruik van humor in een communicatiecampagne over screening op darmkanker en seksuele gezondheid (onderwerpen waarop een licht taboe rust).

Gebruiken bij welke thema's?

Humor inzetten is over het algemeen een goed idee wanneer je communiceert over thema's die je doelgroep eerder als **saai** ervaart (bv.: vaccinatie, voldoende water drinken ...). Ook bij thema's waarop een **licht taboe** rust (bv. darmkanker), kan humor helpen en het onderwerp bespreekbaar maken. Maar **let wel op**: humor is **cultuurgebonden**, en ook **persoonsgebonden** factoren als leeftijd spelen een rol in wat mensen als humoristisch (of net niet) beschouwen. Er zijn altijd bepaalde onderwerpen waarop – zeker in bepaalde culturen – een te groot taboe rust en waar humor niet wordt geapprecieerd. Inzicht in en testing bij de doelgroep zijn cruciaal.

Trots

Iemand is trots wanneer die zich verantwoordelijk voelt voor een sociaal gewaardeerd en positief resultaat. Het is ook een trigger om te communiceren over verwezenlijkingen en sociale status te verwerven. Denk maar aan **socialmediaposts** over persoonlijke verwezenlijkingen en de vele foto's. Een opportuniteit van 'trots-appeals' is dat ze interactie tussen mensen over persoonlijke verwezenlijkingen bevorderen. Daarom zijn social media vaak geschikt om te integreren in een gezondheidsbevorderend project wanneer je van trots-appeals gebruik maakt.

Ook **apps** lenen zich hiertoe: je kan er mensen complimenten geven over hun verwezenlijkte resultaten (die ze op hun beurt dan weer kunnen delen op sociale media).

Gebruiken bij welke doelgroepen?

Gedrag aanpassen ten gunste van een gezonde levensstijl vraagt voor vele mensen een grote **inspanning**. Wanneer mensen een kleine stap ondernemen om gezonder te leven, ervaren ze vaak een gevoel van trots. Anders dan bij humor, zijn overtuigende boodschappen die inspelen op trots vooral effectief bij mensen die wel **al enige wil en intentie** vertonen om gezonder te gaan leven. Dergelijke boodschappen kunnen gezond gedrag aanmoedigen en **duurzame gedragsverandering** faciliteren.

Gebruiken bij welke thema's?

Gezondheidsthema's zoals gezonde voeding en stoppen met roken die een **duurzame en intensieve gedragsverandering** vragen.



Praktijkvoorbeeld

Een voorbeeld van een campagne die een gevoel van (geanticipeerde) trots integreert in een stoppen-met-roken-boodschap

Hoop

Overtuigende boodschappen kunnen ook inspelen op hoop. Ze wekken dan het gevoel op dat een situatie op dit moment niet van toepassing is, maar dat ze wel **mogelijk en haalbaar** is.

Gevoelens van hoop kunnen positief inwerken op de **eigen-effectiviteit** van mensen zodat ze zich in staat voelen om het gewenste gedrag te stellen of te bereiken.



Praktijkvoorbeeld

Een voorbeeld van een 'hope appeal': iets wat nog niet het geval is, maar wel mogelijk is

In grootschalige communicatiecampagnes kan je **aanmoedigende taal** gebruiken, of een **rolmodel** (bv. influencer) inschakelen dat mensen inspireert en motiveert. In

screeningscampagnes kan je gebruik maken van een winstframe (zie deel 3) en dus focussen op de positieve gevolgen van de aanbevolen screening op het vlak van gezondheid.

Een andere vorm van een ‘hope appeal’ is in communicatiecampagnes de nadruk te leggen op het bijdragen aan een betere wereld door het gezonde gedrag te stellen. Je brengt dan een individu-overstijgende boodschap.

Gebruiken bij welke doelgroepen?

Omdat mensen vaak het zelfvertrouwen missen om effectief te stoppen met roken, worden hope appeals traditioneel dikwijls gebruikt bij communicatie rond

stoppen met roken. Maar je

kan hope appeals ook breder inzetten. Mensen die op zich wel graag hun gedrag zouden aanpassen, maar het zelfvertrouwen missen om effectief tot gedragsverandering over te gaan, hebben voordeel bij gezondheidsboodschappen die hope appeals gebruiken.

Gebruiken bij welke thema's?

Traditioneel gebruikt communicatie rond stoppen met roken vaak gebruik van hope appeal. Dit omdat mensen vaak het zelfvertrouwen missen om effectief te stoppen met roken. Maar hope appeals kunnen absoluut ook breder in gezet worden.



Praktijkvoorbeeld

‘Graag zien is laten kijken’ is een campagne die gelanceerd werd in Limburg om allochtone moslimvrouwen ertoe te bewegen zich te laten screenen op baarmoederhalskanker en borstkanker. Omdat deze onderwerpen vaak taboe zijn binnen deze gemeenschap, werd er ingespeeld op de sociale verbondenheid tussen vrouwen (bv. moeder en dochter). Een mogelijke kanker vroeg detecteren verhoogt de kans aanzienlijk om te genezen en dus langer ‘moeder van’ te blijven.

Verbondenheid

Ook verbondenheid is een positieve emotie. En het is een van de psychologische basisbehoeften van mensen en dus ook een belangrijke drijfveer.

Appelleren op gevoelens van verbondenheid in gezondheidsboodschappen benadrukt **menselijke relaties**, en spreekt mensen vaak aan als ‘ouder van’, ‘kind van’ of ‘partner van’. Zo wordt er vaak een **samenhorigheids-** en **verantwoordelijkheidsgevoel** opgewekt.

Bij welke doelgroepen gebruiken?

Gezondheidsboodschappen die inspelen op verbondenheid zijn het meest effectief bij groepen die **weinig interesse in of kennis over** een bepaald onderwerp hebben. Het is eveneens een manier om aan cultuursensitieve communicatie te doen naar groepen die (rond een bepaald thema) minder individualistisch zijn ingesteld (dat kunnen etnisch-culturele groepen zijn, of mensen met een beperking, mantelzorgers etc.)

Bij welke thema's gebruiken?

Het is een goed idee om op deze emotie in te spelen of ze op te wekken in communicatie rond onderwerpen waarop een zeker **taboe** rust, die **angst** inboezemen en die men dus liever uit de weg gaat, of die net **onderschat** worden.



Praktijkvoorbeeld

Een interventie in de Rotterdamse Dordtselaan, waarbij ingespeeld wordt op het gemeenschapsgevoel van de inwoners van de Dordtselaan ('onze Dordtselaan').

Onderstaande tabel biedt een overzicht van de verschillende soorten positieve emoties die boodschappen kunnen opwekken en geeft aan voor welke doelgroep en welk thema het opwekken van deze gevoelens geschikt is.

	Doet wat?	Bij wie?	Bij welk soort thema's werken ze het best?
Humor	Opslag in het geheugen faciliteren	Mensen die nog niet (voldoende) positief staan t.o.v. aanbevolen gedrag; weinig wil/intentie tot gedragsverandering	Thema's die als saai gezien worden en thema's waarop een licht taboe rust (bv. geestelijke gezondheid, darmkankerpreventie ...)
Trots	Duurzame gedragsverandering aanmoedigen	Mensen die al positief staan t.o.v. het aanbevolen gedrag; enige wil/intentie tot gedragsverandering vertonen	Thema's zoals gezond eten, meer bewegen, stoppen met roken ... die een inspanningsrijke en duurzame leefstijlverandering vragen
Hoop	Gevoel van eigen-effectiviteit bevorderen	Mensen die al positief staan t.o.v. het aanbevolen gedrag, maar met lage eigen-effectiviteit	Thema's die een meer algemene bedreiging vormen (bv. de directe en indirecte risico's van (passief) roken)
Verbondenheid	Inspelen op gevoelens van verantwoordelijkheid; risicoperceptie en uitkomstverwachting beïnvloeden	Mensen met weinig kennis (bv. over risico's) en interesse/wil of intentie tot gedragsverandering	Thema's waar een taboe op rust, die angst inboezemen of waarvan de risico's net onderschat worden



Praktijkvoorbeeld

Sommige communicatieacties combineren positieve emotionele appeals. Een mooi voorbeeld in de Ierse HSE 'quit campagne'. Hier wordt het verhaal van echte ex-rokers verteld op de woorden en muziek van Gloria Gaynor's 'I Will Survive'. De campagne maakt gebruik van volgende emoties:

- Trots**: het gevoel van trots van ex-rokers op hun verwezenlijking (stoppen met roken) komt duidelijk naar voren.
- Hoop**: door echte mensen naar voor te schuiven, mensen waarmee het publiek zich kan identificeren, wordt er een boodschap van hoop uitgezonden: "Als zij het kunnen, kan ik het misschien ook."
- Verbondenheid**: "Je doet het niet alleen voor jezelf, ook voor je geliefden" is een boodschap die de clip meegeeft. Onder andere via beelden van een moeder die voor haar baby zorgt op de woorden "As long as I know how to love, I know I'll stay alive".

Op het eind van de clip verschijnt nog de boodschap: "Ireland now has more quitters than smokers. You can join them. We can help". Ook in deze boodschap worden gevoelens van hoop en verbondenheid met een bredere gemeenschap van leren opgewekt.

Negatieve emoties

Angst

De **'fear appeal'** is de meest gekende soort boodschap die negatieve emoties opwekt.

Fear appeals zijn boodschappen die **angst willen opwekken** door een voor de doelgroep relevante en significante bedreiging weer te geven, gevolgd door of vergezeld van aanbevelingen die de bedreiging reduceren.

Fear appeals bevatten drie bouwstenen:

- **de angst:** de negatieve emotie die de boodschap uitlokt;
- **de bedreiging:** het gevoel vatbaar te zijn voor de bedreiging afgebeeld in de boodschap;
- **de oplossing:** de aanbevelingen die toegepast kunnen worden om de bedreiging te reduceren.

De fear appeal wordt het vaakst gestructureerd volgens een **'probleem-oplossing'**-patroon. Zo'n patroon sluit aan bij onze manier van denken, en is dus het meest helder en makkelijkst om te volgen. Benoem dus best eerst de bedreiging en de vatbaarheid van de doelgroep ervoor, en reik daarna een oplossing aan: wat kan de doelgroep doen om de bedreiging te reduceren? Ontbreekt dit laatste, dan kan de boodschap mogelijk een negatief of boemerangeffect kennen (mensen sluiten zich af van de boodschap of bieden weerstand door het afgeraden gedrag te versterken).



Praktijkvoorbeelden

Het gebruik van fear appeals in sensibiliseringsboodschappen over respectievelijk cholesterolscreening en rookstop.

Volgens het **'Extended Parallel Process Model'** (Witte) zijn er twee reacties mogelijk op fear appeals. Beide reacties hebben hetzelfde doel: de onprettige emotie die waargenomen wordt – angst – wegwerken.

- **'Fear control'**. Hierbij wordt de angst weggewerkt door de boodschap te mijden en af te blokken.

- **‘Danger control’.** Hierbij wordt de angst weggewerkt door gedrag aan te passen, waardoor de bedreiging achter de fear appeal aangepakt wordt.

‘Danger control’ is uiteraard de gewenste respons. Om de kans op deze reactie te maximaliseren, moet aan drie voorwaarden worden voldaan:

- **De bedreiging** die het onderwerp van de boodschap vormt, moet relevant en significant zijn voor de doelgroep, en ook zo gepercipieerd worden.
- **De aanbevelingen** die meegegeven worden om de bedreiging te reduceren moeten effectief zijn en als effectief beschouwd worden door de doelgroep.
- **De aanbevelingen** die meegegeven worden om de bedreiging te reduceren moeten haalbaar zijn en als haalbaar gezien worden door de doelgroep.

Is er sprake van een reële bedreiging of een reëel risico, maar ook van een ineffectieve aangereikte oplossing, dan is de kans groot dat de ‘fear control’-respons optreedt. Is er noch een reële bedreiging, noch een effectieve oplossing aanwezig, dan zal de boodschap waarschijnlijk simpelweg niet opgemerkt of genegeerd worden.

TIPS

Verhoog de gepercipieerde bedreiging: het publiek moet overtuigd zijn van de ernst en relevantie van de gezondheidsbedreiging, én van zijn vatbaarheid ervoor. Hiervoor zijn een levendige taal en een persoonlijke toon en benadering aangewezen. Om de gepercipieerde vatbaarheid voor de bedreiging te verhogen, is het aangeraden om op zoveel mogelijk manieren te illustreren hoe de gezondheidsbedreiging gevolgen heeft voor mensen waarmee de doelgroep eigenschappen deelt. Dat doe je best door numerieke en narratieve gegevens (bv. getuigenissen) te combineren.

Verhoog de gepercipieerde effectiviteit: het is belangrijk dat de boodschap benadrukt dat het aanbevolen gedrag de bedreiging effectief reduceert. Ga dus genoeg door op de positieve effecten van het aanbevolen gedrag. Een 20-jarige roker denkt misschien dat ‘het kwaad geschied’ is en moet je ervan overtuigen dat zijn gezondheid zal verbeteren als hij stopt met roken. Het is dus goed als je boodschap mogelijke misconcepties corrigeert en juiste veronderstellingen versterkt. Dat doe je dan wel aan de hand van een voor de doelgroep in kwestie geloofwaardige en relevante bron of boodschapper (dat is niet per definitie een wetenschappelijk expert, maar kan ook een *peer* of *influencer* zijn).

Verhoog de gepercipieerde eigen-effectiviteit: de doelgroep moet effectief geloven dat ze het aanbevolen gedrag kan stellen én volhouden. Dat is cruciaal. Integreer ‘hope appeals’ in je boodschap om de gepercipieerde eigen-effectiviteit te verhogen: gebruik aanmoedigende taal en rolmodellen, hanteer een winstframe (zie deel 3) ...

Bij welke doelgroepen (niet) gebruiken?

Fear appeals gebruik je heel omzichtig en schaars. Inzicht in de doelgroep is extra cruciaal. Want als je fear appeals gebruikt bij doelgroepen die er niet ontvankelijk voor zijn, is de kans op ongewenste respons (= fear control) nog eens zo groot.

Je kan het overwegen om fear appeals te gebruiken bij doelgroepen die **al ongerust zijn** over hun gezondheid of een aspect ervan. Uit de literatuur blijkt dat fear appeals effectiever zijn bij ouderen dan bij jongeren. Maar als de doelgroep negatief staat tegenover een bepaald aanbevolen gedrag (bv. stoppen met roken), dan bestaat de kans dat de fear appeal bij de doelgroep op weerstand botst en zijn effect mist. Gebruik fear appeals ook beter niet bij doelgroepen met een lage zelf-effectiviteit. Bouw je toch angstelementen in, besteed dan zeker voldoende aandacht aan de haalbaarheid van het aanbevolen gedrag én integreer ook hope appeals in je boodschap.

Onderzoek geeft aan dat factoren zoals leeftijd en cultuur de perceptie van fear appeals kunnen beïnvloeden. Maar ook heel persoonlijke ervaringen met het onderwerp blijven een belangrijke rol spelen in hoe mensen reageren op een fear appeal, waardoor de perceptie ervan altijd in belangrijke mate een individuele aangelegenheid blijft. Algemeen gezien is het aan te raden om fear appeals heel gericht in te zetten naar specifiek afgebakende doelgroepsegmenten, waarbij je zo goed mogelijk kan inschatten hoe de fear appeal gepercipieerd zal worden.

Bij welke thema's gebruiken?

Je kan fear appeals gebruiken om te communiceren over gezondheidsbedreigingen waarbij het individu zelf stappen kan ondernemen om de bedreiging te reduceren. Communiceer zeker niet aan de hand van fear appeals over gezondheidsbedreigingen waar het individu zelf weinig aan kan doen, zoals luchtverontreiniging in de buurt.

Schuld

Gezondheidsboodschappen die gedrag proberen te veranderen door **schuldgevoelens** op te wekken, zijn meestal **niet effectief**. Ook ethisch gezien zijn ze af te raden, omdat ze vaak stigmatiserend werken.

Wanneer iemand waarmee we geen directe relatie hebben ons met een schuldgevoel wil opzadelen, wekt dat kwaadheid en irritatie op. Deze gevoelens verhouden zich negatief tot verandering in attitudes en gedragingen.



Praktijkvoorbeelden

Voorbeelden van zogenaamde ‘schuld–appeals’ die niet–effectief zijn gebleken:

- Een campagne om te sensibiliseren rond de risico’s van samen slapen met je baby (risico op verstikking) die mensen aanspreekt in hun rol van ouder, maar de associatie ‘samen slapen = onverantwoordelijke ouder’ insinueert.
- Een campagne om te sensibiliseren rond het belang van gezonde voeding tijdens de borstvoeding. Deze campagne botste op veel weerstand en had het omgekeerde effect dan bedoeld. Jonge moeders voelden zich minder gemotiveerd om borstvoeding te geven door het geanticipeerde schuldgevoel.

Inspelen op het **verantwoordelijkheidsgevoel** van mensen is een **beter alternatief**. Verantwoordelijkheidsgevoelens opwekken met een boodschap is interessant aangezien mensen geneigd zijn om consistent te handelen naar beloften en engagementen.

Er is dan geen sprake van een ‘guilt appeal’, maar er wordt wel impliciet gealludeerd op **geanticipeerd schuldgevoel**: wat zou ik voelen als ik mijn verantwoordelijkheid niet zou opnemen?

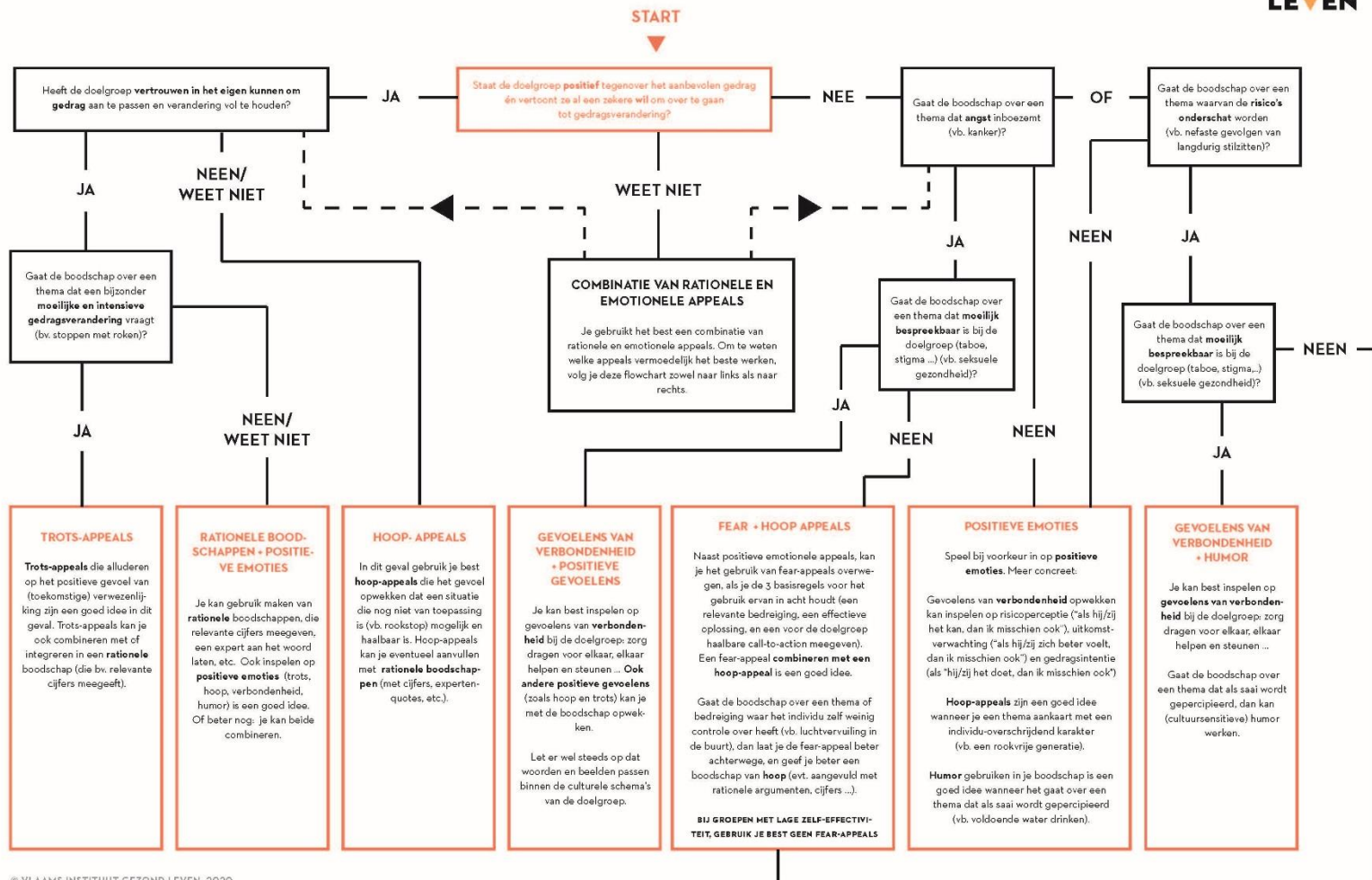


Praktijkvoorbeeld

Een alternatief voor de ‘schuld–appeal’: inspelen op het verantwoordelijkheidsgevoel van mensen tegenover hun geliefden door publieke commitment af te beelden.

Onderstaande flowchart helpt je om, op basis van doelgroep en thema, de meest geschikte communicatieve appeals te selecteren.

FLOWCHART RATIONELE EN EMOTIONELE APPEALS



Narratief overtuigen

Narratieve boodschappen, in de vorm van o.a. fictieve of non-fictieve verhaallijnen, getuigenissen en persoonlijke cases, winnen aan populariteit binnen de gezondheidsbevordering. Ze zijn dan ook vaak effectief gebleken, zowel voor algemene als specifieke doelgroepen. Het potentieel van narratieve gezondheidsboodschappen? Ze vertellen **geloofwaardige verhalen** die voor de doelgroep relevant en herkenbaar zijn. Deze verhalen zorgen er onder andere voor dat de doelgroep (complexe) informatie (beter) begrijpt, de informatie (beter) onthoudt en dat er een emotionele band ontstaat. In die zin kunnen narratieve boodschappen dus emotionele appeals versterken. Maar narratieve elementen kunnen ook gecombineerd worden met rationele appeals, bijvoorbeeld in de communicatie over cijfers en risico's.

Narratieve boodschappen vormen dus **geen alternatief voor rationele en/of emotionele appeals**, want ze kunnen zowel cognitieve als emotionele responsen triggeren. Maar narratieve boodschappen kunnen beide soorten appeals wel sterker maken door er een verhalende component aan te koppelen waardoor de overtuigingskracht toeneemt. Ook kan je zowel rationele als emotionele appeals integreren in narratieve gezondheidsboodschappen.

Narratieve gezondheidsboodschappen spelen in op de verhalende (of 'storytelling') natuur van mensen en sluiten dus nauw aan bij de manieren waarop we in ons dagelijkse leven communiceren. Met hun **verhalende component** zijn narratieve boodschappen daarom beloftevolle tools om in te zetten in gezondheidsbevordering. De kracht van narratieve boodschappen gaat uit van de **volgende mechanismen**:

- **Transportatie**: mensen kunnen sterk in het verhaal worden meegesleept: ze worden getransporteerd in het verhaal. Hierdoor kan het narratief een effectieve invloed hebben op attitudes, overtuigingen en gedrag in de echte wereld.
- **Identificatie**: wanneer mensen zich identificeren met een persoon of karakter, delen ze zijn/haar perspectief en ervaringen zowel op cognitief als emotioneel niveau. Hoe sterker mensen zich met personen of karakters identificeren, hoe groter de kans op gedragsverandering.

Narratieve boodschappen beschikken met name over een hoog potentieel om:

- de **aandacht** te trekken van groepen met **weinig kennis** over het onderwerp;
- de **aandacht** te trekken van groepen die **weinig betrokken** zijn bij het onderwerp;
- **weerstand** tegen het aanbevolen gedrag te helpen **overwinnen**, omdat overtuiging subtieler is;
- complexe informatie **behapbaar** te maken en
- **cultuur-sensitief** te werk te gaan.

Entertainment–Education

In zijn ‘complete’ vorm is een narratief een verhaal met een duidelijk begin, midden en einde met scènes, karakters en conflicten als ingrediënten. In dergelijke ‘uitgebreide’ vorm komen we narratieve gezondheidsboodschappen tegen in Entertainment–Education–initiatieven. Entertainment–Education verwijst naar het integreren van educatieve boodschappen (bv. over gezondheid) in entertainment. Verhaallijnen over gezondheid integreren in soaps (bv. *Thuis*) is de meest gekende (maar niet de enige) vorm van ‘edutainment’.

Wanneer gebruiken?

Entertainment–Education gaat uit van de positie dat **populaire cultuur en entertainment** krachtige instrumenten van verandering zijn. Omdat populaire media een wijd bereik hebben, is Entertainment–Education vaak goed geschikt om:

- groepen met een **lage SES** te bereiken;
- groepen te bereiken die **weinig vertrouwen hebben in educatie door ‘experten’ of in instituten en systemen** (bv. jongeren in de bijzondere jeugdzorg);
- groepen te bereiken die **veel weerstand** tegenover een bepaalde thematiek koesteren. Deze mensen zullen minder snel actief een narratief met een anti-rook-plot vermijden dan dat ze bijvoorbeeld een antirook-campagne vermijden;
- **gevoelige gezondheidsthema’s** aan te kaarten (bv. seksuele gezondheid) en
- **zeer complexe of ‘wicked’ gezondheidsthema’s** aan te snijden (bv. vaccinatietwijfel).

Daarnaast wordt Entertainment–Education voornamelijk gebruikt als deel van een bredere strategie om bepaalde gezondheidsthema’s op de **publieke agenda** te

plaatsen en zo verandering op niveau van individuen, gemeenschappen, organisaties en de maatschappij te bewerkstellingen.

Entertainment–Education heeft zijn **effectiviteit** bewezen. Voorbeelden hiervan zijn:

- de Indiase radiosoap *Tartu* die verandering realiseerde inzake gendergelijkheid en seksuele gezondheid;
- de transmediale Zuid–Afrikaanse serie *Soul City* die thema's als hiv, alcohol en huiselijk geweld op de agenda plaatste;
- de transmediale Amerikaanse serie *East Los High* die een groot bereik had en het publiek wist te engageren rond thema's van seksuele gezondheid;
- de Nederlandse serie *Medisch Centrum West* waar een Entertainment–Education–interventie ervoor zorgde dat met name lager opgeleide jongeren kritischer gingen nadenken over hun drinkgedrag en
- de Nederlandse serie *Costa!* waarin effectieve boodschappen over seksuele gezondheid (bv. condoomgebruik) werden ingebouwd.

Als je Entertainment–Education als strategie gebruikt, kan je **verschillende kanalen en formats** inzetten:

- **Televisie** blijft een populair medium. Het integreren van gezondheidsboodschappen in verhaallijnen van **soaps** (zoals *Thuis*) is nog altijd een geschikte manier om een brede groep te bereiken en bepaalde thema's op de agenda te plaatsen en/of te normaliseren (al wordt televisie wel minder populair bij jongeren (Digimeter 2017)).
- **Sociale media** kunnen ook worden ingezet. Op Facebookpagina's van een soap als *Thuis* bijvoorbeeld wordt er vaak over de verhaallijnen gepraat. Via deze kanalen kan je dus het thema dat in de verhaallijn verweven zit extra in de verf zetten. Je kan sociale media ook op zich inzetten, zonder die te koppelen aan een televisieprogramma. Dat kan via miniseries, maar ook **vloggers** – die vaak een grote invloed hebben bij jongeren – kunnen vandaag een rol spelen om bepaalde thema's op de agenda te zetten en/of te normaliseren. Kijk naar de Vlaamse campagne 'Vloggers vs. Sigaretten', waar vloggers in hun filmpjes "de meest vieze of vreemde stoffen" in sigaretten testen.



- **Health games** integreren een gezondheidsthema in een digitale game. Games zetten aan tot interactie en zorgen voor een verhoogde 'sense of realness'. Health games kunnen rechtstreeks inzetten op gezond gedrag, bijvoorbeeld wanneer bewegen inherent deel uitmaakt van de game. *Woogie Boogie* is een voorbeeld van Gezond Leven, *Ben de Bever* een beetje van de CM. Een internationaal voorbeeld is het hardloopspeel '*Zombies, Run!*'. Health games kunnen ook inzetten op het verhogen van kennis en het vormen van attitudes. *Super Shagland* is zo'n game die inspeelt op seksuele ervaringen en zo het gebruik van condooms promoot.

Storytelling en persoonlijke getuigenissen

Gezondheidscommunicatie kan storytelling inzetten om te overtuigen, omdat ze persoonlijke getuigenissen van mensen weergeeft. De verhalen kunnen zowel door echte als door fictieve mensen verteld worden, in de eerste of in de derde persoon. Anders dan bij edutainment gebruikt storytelling geen entertainment. **Persoonlijke getuigenissen** maken vaker deel uit van een educatieve interventie.

Persoonlijke getuigenissen functioneren als **narratief bewijs**. Er gaat een sociale bewijskracht van uit, omdat het verhalen zijn van rolmodellen waarin de doelgroep zich kan herkennen. Rolmodellen moeten geen helden of bekende personen zijn. Het zijn vaak ook '*peers*'. De narratieve en sociale vorm van bewijs is volgens verschillende studies overtuigender dan statistisch bewijs wanneer een boodschap niet overeenstemt met de eigen attitudes. Waar statistisch bewijs dus beter geschikt is voor het vormen en versterken van attitudes, leent narratief bewijs zich beter tot het **veranderen van attitudes**. De reden hiervoor is het feit dat mensen geneigd zijn te veralgemenen vanuit verhalen en dat het moeilijk is om de concrete ervaring van anderen te negeren.

Narratief bewijs zal vaak in eerste instantie een emotionele respons uitlokken en wordt in verband gebracht met (het versterken van) gedragsintenties. Gebruik maken van narratief bewijs heeft ook een positieve invloed op risicoperceptie.

De techniek van storytelling wordt ook toegepast in '**behavioral journalism**'. Dat is een communicatiestrategie die 'role-model stories' van echte mensen inzet en daarbij focust op hoe zij erin geslaagd zijn om hun gedrag te veranderen ten voordele van hun gezondheid. De formats die behavioral journalism gebruikt variëren van reality-tv over magazines tot gespecialiseerde nieuwsbrieven voor een specifiek publiek.

Onderzoek suggereert dat mensen in media zoals magazines, brochures en socialemediaposts meer aandacht besteden aan rolmodellen die op hen lijken, terwijl ze op televisie liever (op)kijken naar bekende personen die het aanbevolen gedrag demonsteren.

In gezondheidsbevordering is storytelling een gebruikelijke techniek bij campagnes of communicaties rond **kankerscreening**. Persoonlijke verhalen ondersteunen identificatie en daarbij ook een accurate risicoperceptie. Dikwijls worden 'survival-stories' ingezet: die spelen in op risicoperceptie en geven tegelijkertijd een positieve en hoopvolle boodschap mee.

Het gebruik van persoonlijke verhalen en getuigenissen in communicatie rond kankerscreening kan ook een positieve invloed hebben op **andere determinanten** die een rol spelen in screeningsgedrag. Denk aan de angst voor de procedure, de uitkomst en de gevolgen, en aan de twijfels over de effectiviteit van de screening ('kan het echt mijn leven redden?').



Praktijkvoorbeelden

Het gebruik van persoonlijke getuigenissen in gezondheidsboodschappen

DEEL 3

VUISTREGELS VOOR EEN ENGAGERENDE EN OVERTUIGENDE GEZONDHEIDSBOODSCHAP

Of je nu rationele of emotionele appeals gebruikt in je gezondheidsboodschap: er bestaan algemene principes die je hoe dan ook best zo veel mogelijk volgt wanneer je een gezondheidsboodschap ontwikkelt. Deze principes noemen we de **vuistregels voor een engagerende en overtuigende gezondheidsboodschap**. In dit derde deel staan deze vuistregels centraal. Praktijkvoorbeelden ondersteunen steeds de principes. Achteraan dit deel is een checklist terug te vinden waarin alle vuistregels worden samengevat.

Trek de aandacht en val op.

Een boodschap ontwikkelen die opvalt: het is een essentiële basisvoorwaarde voor een overtuigende gezondheidsboodschap. Pas wanneer je boodschap opvalt tussen de vele info en boodschappen die mensen dagelijks zien passeren, bestaat de kans dat ze blijft en dat mensen er op cruciale beslissingsmomenten naar teruggrijpen.

Je boodschap moet dus opvallen en aantrekkelijk zijn. Maar hoe doe je dat nu concreet? Hoe ontwikkel je boodschappen die blijven hangen?

Meerdere zintuigen

Hoe meer zintuigen je aanspreekt, hoe beter je boodschap opgemerkt, onthouden en opgevolgd zal worden. Gebruik dus **woord én beeld**. Laat je boodschap ook op **gadgets** plaatsen als je die mogelijkheid hebt. Gadgets maken een campagne tastbaarder.

Creatief

Denk na over een levendig en creatief **taalgebruik** (bv. metaforen, alliteraties etc.), treffende slogans, een creatief gebruik van **visuals**. En overweeg daarbij het gebruik van **humor en parodie**. Trek de aandacht met **sterke titels** en werk met **blikvangers**.

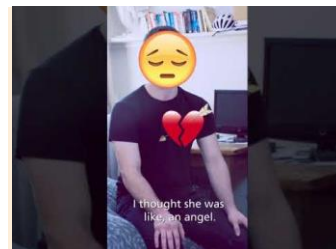
De juiste toon

Zorg voor een **gepaste toon**. Die kan licht of zwaar, informeel of formeel, grappig, speels of serieus, vrolijk of dramatisch zijn.

Veel hangt af van je **doelgroep**. Richt je je bijvoorbeeld tot jongeren, dan kan de toon eerder informeel, grappig en speels zijn.

Ook het **thema** van de boodschap is belangrijk: thema's die mensen als 'saai' zien, kan je gerust wat vrolijker of grappig brengen.

De keuze van je toon hangt samen met welk soort '**appeal**' (zie deel 2) je kiest. Rationele appeals zorgen vaak voor een serieuzere toon. Als je positieve emoties integreert in je boodschap zal



Praktijkvoorbeeld

Een voorbeeld van een campagne die sensibiliseert over seksueel overdraagbare aandoeningen en zich richt tot 15-24-jarigen. Met het gebruik van emoji's, vindt de campagne aansluiting bij de 'visuele taal' van de doelgroep.

dat eerder tot een grappige, speelse of warme toon leiden. Fear appeals brengen dan weer een dramatische toon met zich mee.

Een sterke identiteit

Zorg dat de communicatiematerialen over **een herkenbare identiteit** beschikken. De identiteit van een project houdt het volgende in: naam, logo, slogan en mogelijk bijkomende afbeeldingen. Waak erover dat die identiteit altijd zichtbaar is op boodschappen en materialen. Een duidelijke, sterke identiteit zorgt ervoor dat:

- de boodschap makkelijker onthouden wordt;
- conversaties over de campagne gestimuleerd worden;
- na verloop van tijd, aspecten van de identiteit (bv. de slogan, het logo) de boodschap van de identiteit representeren, waardoor mensen de volledige boodschap terugroepen wanneer ze de slogan lezen of het logo zien.

Dichtbij de doelgroep



Praktijkvoorbeeld

De advocacy-campagne 'Truth' is multimediaal aanwezig op internet en sociale media, via affiches en folders, in het straatbeeld etc., én heeft een sterke identiteit.

Tot slot: om zichtbaar te zijn is het belangrijk om op het juiste moment en op de juiste plaats te 'triggeren'. Zorg dat je communiceert daar waar de doelgroep (fysiek of virtueel) aanwezig is. Zet daarbij in op **verschillende kanalen** (flyers, affiches, infographics, massmedia, sociale media ...) en bij voorkeur op **verschillende niveaus** (organisatie-, gemeenschaps- en populatieniveau).

Goed om te weten: aanwezig zijn op **sociale media** biedt vandaag een sterke meerwaarde: het zorgt voor extra zichtbaarheid en een groter bereik, en het laat interactie en participatie toe – wat mogelijk ook voor een grotere betrokkenheid zorgt.

TIPS voor een boodschap die opvalt en blijft:

- Zet in op woord én beeld.
- Gebruik levendige, creatieve taal (alliteraties, metaforen ...).
- Kies voor aantrekkelijke visuals in een professionele lay-out (foto's, illustraties, infographics ...).
- Overweeg humor en parodie.
- Kies voor een gepaste toon (informeel of formeel).
- Zet in op een herkenbare identiteit.
- Communiceer daar waar de doelgroep is.

Wees duidelijk.

What, now what, so what?

Formuleer een **duidelijke gezondheidsboodschap**, met aandacht voor deze drie aspecten: 'what?', 'now what?' e, 'so what?'

- **'What?'**: breng de sleutel informatie van de boodschap duidelijk over (feitelijke informatie, een bepaald gedrag, een bezorgdheid ...).
- **'Now what?'**: definieer duidelijk het gewenste gedrag/de aanbevolen actie: de 'call to action'. De doelgroep moet goed weten wat je aanbeveelt, hoe ze eventuele handelingen moet uitvoeren. Bekijk goed hoe je de call to action formuleert. Een call to action waarmee je via een imperatief een bevel, verzoek of wens formuleert ('wandel enkel dag minstens een half uur') botst mogelijk op weerstand. Zeker bij mensen die weinig intentie hebben om hun gedrag aan te passen. Het gebruik van rolmodellen en het geven van mogelijke acties zijn andere calls to action die bij deze doelgroepen mogelijk op minder weerstand botsen.
- **'So what?'**: benoem duidelijk de voordelen van de aanbevolen actie/het aanbevolen het gedrag voor de doelgroep. Als ze het aanbevolen gedrag opvolgen, hoe ziet hun toekomst er dan uit? Wat zijn de gevolgen van het ongezonde gedrag? En wat kan er gebeuren als de doelgroep geen actie onderneemt?

Kernboodschap

Zorg dat er altijd **één duidelijke kernboodschap** is en zet die **aan het begin of bovenaan het communicatiemateriaal**. Zo vindt je doelpubliek die makkelijk. De kernboodschap hoort bovenaan een webpagina, aan de bovenkant van een poster of op de eerste pagina van een brochure. **'Prop' niet te veel info** in de boodschap en

vermijd te veel afleidende details, zeker bij affiches of flyers. Zorg ervoor dat de tekst vlot en prettig leest, de lezer die na één keer lezen begrijpt en ook meteen een antwoord vindt op mogelijke vragen. Zet **kernwoorden** eventueel in vet.

Taalgebruik

Gebruik **duidelijke, toegankelijke taal**. Dat zorgt ervoor dat de boodschap makkelijker verwerkt wordt. Stem je taalgebruik goed af op je doelgroep: gebruik woorden die je doelgroep ook zelf in het **dagelijkse leven** gebruikt, en hanteer geen of **zo weinig mogelijk technisch jargon**.

Is jargon gebruiken onvermijdelijk, bijvoorbeeld bij risicocommunicatie of screeningscampagnes? Leg dat woord dan uit waar je het gebruikt, of onmiddellijk erna. Waak er ook over dat je consequent hetzelfde woord gebruikt voor één begrip.

Praktijkvoorbeeld

Een voorbeeld van duidelijke communicatie met:

- een duidelijke boodschap:
 - o What?: binnen roken is nooit oké.
 - o Now what?: rook buiten.
 - o So what?: doe het voor je kinderen.
- toegankelijk en duidelijk taalgebruik, ondersteund met illustraties, en actief geformuleerde boodschappen.



Visuals

Je boodschap visueel ondersteunen met bijvoorbeeld **illustraties en pictogrammen** maakt haar extra toegankelijk, zeker voor mensen met lage(re) gezondheidsvaardigheden. Creatieve visuals zijn ook een prima idee bij minder goed bespreekbare onderwerpen. Kies wel altijd visuals die de boodschap – het ‘what’, het ‘so what’ of het ‘now what’ – ondersteunen. Ga dus niet zomaar voor een leuke of creatieve visual, maar voor een goed doordachte.

Actief, positief en persoonlijk

Tot slot: formuleer de kernboodschap **actief en positief**. Als je met je boodschap wil informeren, denk dan na over waarom het zo belangrijk is dat het publiek over die info beschikt (het ‘so what’) en vertaal dit naar een concrete ‘call to action’ (het ‘now what’: bv. verdere informatie opzoeken, zich informeren bij of via een bepaald kanaal ...).

Formuleer je boodschap voor **één persoon** (‘jij’) en niet voor een abstracte groep. Zo zorg je ervoor dat wie de boodschap leest of hoort zich aangesproken voelt.

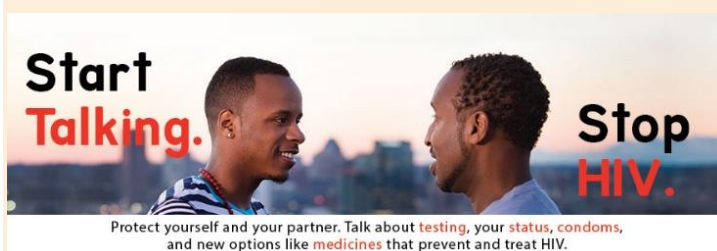
Tip: Vraag best altijd advies aan een copywriter, die kijkt of je boodschap en taalgebruik toegankelijk en duidelijk genoeg zijn. Maar test je boodschap ook zeker bij je doelgroep.



Praktijkvoorbeeld

De socialemediacampagne ‘know your lemons’ gebruikt een foto van citroenen om op de verschillende tekenen van borstkanker te wijzen. Omdat de boodschap zo creatief is, valt ze meer op en blijft ze langer hangen. De boodschap (wat zijn de tekenen van borstkanker) wordt heel concreet en toegankelijk, zonder daarbij expliciete foto’s van borsten te gebruiken.

Praktijkvoorbeeld



De ‘Start Talking. Stop HIV’-campagne wil sensibiliseren over veilig vrijen maar geeft eigenlijk geen duidelijke boodschap mee. Sommige groepen dachten dan ook dat de

campagne wou meegeven dat praten tegen HIV beschermt. Vooral mensen met lage gezondheidsvaardigheden hebben het heel moeilijk om de boodschap correct te interpreteren.

Maar ...

Toch kan zo'n campagne conversaties aanmoedigen, wat de effectiviteit van de campagne ten goede komt. Maar dan moet er wel genoeg persoonlijke ondersteuning worden geboden om de boodschap te kaderen en er een goed begrip van te faciliteren, bijvoorbeeld in een klassikale context of bij de huisarts.

Want ...

Uit onderzoek blijkt dat zogenaamde **cryptische gezondheidsboodschappen** aanleiding kunnen geven tot gesprekken over de onderwerpen waarnaar ze verwijzen. Zulke gesprekken kunnen dan weer leiden tot het bijstellen van sociale normen, en langs die weg tot gedragsverandering. Wel is een **ondersteunende omgeving** superbelangrijk bij cryptische gezondheidsboodschappen. Een **settinggerichte interventie** leent zich beter tot het gebruik van cryptische gezondheidsboodschappen dan een grootschalige communicatiecampagne. Op voorwaarde dat de setting de nodige omkadering en ondersteuning biedt om gesprekken rond de gezondheidsboodschap te voeren. Let op: je gebruikt beter geen cryptische boodschappen wanneer je doelgroep over lage gezondheidsvaardigheden beschikt. Want dan loop je het risico dat gezondheidsongelijkheden vergroot worden, omdat de boodschappen door de meest kwetsbare groepen niet (juist) begrepen worden. Gebruik je cryptische gezondheidsboodschappen, dan is een testing bij de doelgroep hoe dan ook noodzakelijk.

TIPS voor een duidelijke, heldere boodschap:

- Heb aandacht voor 'what', 'now what' en 'so what'.
- Gebruik duidelijke en toegankelijke taal met visuele ondersteuning (illustraties, pictogrammen ...) die relevant is.
- Ga voor één duidelijke kernboodschap en formuleer ze actief en positief.
- Vraag advies aan een copywriter én test de boodschap uit bij je doelgroep.

Maak het haalbaar en verlaag weerstand.

Een zekere 'veranderangst' is eigen aan de mens. Maar gedrag of acties die te veel inspanningen of opofferingen vragen, zullen op extra weerstand botsen. Denk na over

de **drempels** van het aanbevolen gedrag: tijd, inspanning, budget en de psychologische en sociale kost. Speel via je communicatie in op die veranderingst, dat kan op een aantal manieren.

Concreet en op korte termijn

Vraag **geen** al te grote veranderingen in één keer, maar zeer **concrete en duidelijke acties**. Zoals: 'Sta 5 minuutjes recht na een half uur zitten', 'Controleer jezelf 's avonds op tekenbeten' ... De acties hebben bij voorkeur op **korte termijn** effect.

Ook acties die duidelijk **afgelijnd zijn in de tijd** (bv. een rookvrije dag) kunnen drempelverlagend werken en veranderingst verkleinen. Denk goed na over wat voor de doelgroep haalbare acties zijn. Als je oproept tot verschillende acties, zorg er dan voor dat je niet te veel stappen vraagt, dat de stappen klein zijn, concreet, en niet te moeilijk.

Rolmodellen

Je kan ook **rolmodellen** inschakelen waarmee de doelgroep bepaalde gelijkenissen vertoont. Zij kunnen het aanbevolen gedrag demonstreren en daarmee aantonen hoe je bepaalde drempels kan overwinnen. Hierdoor kan het vertrouwen en de zelf-effectiviteit van de doelgroep groeien.

Gedrag dat al gesteld wordt

Aansluiten bij positief gedrag dat al gesteld wordt in je boodschap, is een andere manier om veranderingst te verlagen. Zoals in een Britse campagne voor baarmoederhalsscreening: *"Je zou niet te laat komen voor een sollicitatie, mis ook je baarmoederhalsscreening niet"*, of *"Je zou je kinderen niet vergeten oppikken van school, vergeet ook je baarmoederhalsscreening niet"*.



Praktijkvoorbeeld

Deze campagne zet aan tot een concrete actie, afgebakend in de tijd: 24 uur niet roken. Ze vraagt dus niet om te *stoppen* met roken, maar alleen om één volledige dag niet te roken. De campagne gebruikt bovendien een 'rolmodel' dat de doelgroep goed kent: een personage uit de serie *Thuis*. In dit geval bestond de doelgroep vnl. uit mensen met een lagere SES, waarvan uit studies is gebleken dat *Thuis* bij hen populair is.

Focus je best op **een positieve actie**, zo maak je verandering aantrekkelijker. Dus liever niet: “welk gedrag mag men niet meer stellen”, maar wel: “welk gedrag wil je dat men gaat stellen (in de plaats van het oude gedrag)”. Verandering is meestal maar aantrekkelijk als je de doelgroep een positief pad of een uitweg kan laten zien of ervaren.

Tot slot: gebruik zo weinig mogelijk het woord ‘moeten’. Dit wekt over het algemeen meer weerstand op.

TIPS voor het verlagen van veranderangst:

- Vraag geen al te grote veranderingen ineens, maar beveel concrete acties en concreet gedrag aan.
- Baken acties en handelingen af in de tijd.
- Werk met rolmodellen.
- Vind aansluiting bij bestaand gedrag.
- Focus op een positieve actie.
- Maak zo weinig mogelijk gebruik van het woord ‘moeten’.

Benadruk incentives.

Via incentives geef je de doelgroep **een extra duwtje** in de rug om ze aan te zetten tot gedragsverandering of tot actie. Dat doe je door duidelijk aan te geven **waarom** de doelgroep er voordeel bij heeft om haar gedrag aan te passen of tot acties over te gaan (‘so what?’).

Soorten incentives

Incentives kunnen fysiek, economisch, sociaal, psychologisch en moreel van aard zijn. Ze kunnen ‘pro’ of ‘contra’ een bepaald gedrag geformuleerd zijn. Over het algemeen gebruik je het best **positief geformuleerde incentives**.

Probeer ook incentives te integreren die op **korte termijn** winst opleveren. Zeker voor mensen met een lage SES is dit belangrijk.

Het is belangrijk om die incentives te benadrukken die voor de doelgroep het meest doorwegen en het meest **relevant** zijn. Het is een goed idee om – indien mogelijk – **meerdere incentives** te integreren in één gezondheidsboodschap.

Fysiek

Pro: *gezond gewicht, goede conditie, minder kans op een bepaalde ziekte/aandoening, hogere levensverwachting ...*

Contra: *overgewicht, slechte conditie, meer kans op een bepaalde ziekte/aandoening lagere levensverwachting ...*

Economisch

Pro: *het gezonde gedrag is goedkoper; er is een materiële beloning verbonden aan het gezonde gedrag.*

Contra: *het ongezonde gedrag is duurder; er is een materiële 'straf' verbonden aan het ongezonde gedrag.*

Sociaal

Pro: *'erbij horen', 'cool' zijn, geaccepteerd worden binnen de groep, sociaal aanzien, respect, vriendschap ...*

Contra: *er niet bij horen, niet cool bevonden worden, niet geaccepteerd worden, geïsoleerd worden, aanzien worden als egoïstisch ...*

Psychologisch

Pro: *je goed in je vel voelen, weerbaarheid en veerkracht, zelfzekerheid, minder kans op depressieve gedachten, persoonlijke groei en ontwikkeling ...*

Contra: *je niet goed in je vel voelen, verminderde weerbaarheid en veerkracht, meer kans op depressieve gedachten ...*

Moreel

Pro: *het 'goede' doen, bijdragen aan een betere samenleving, solidariteit, duurzaamheid ...*

Contra: *gedrag stellen dat haaks staat op de waarden van een 'goede' samenleving; >< duurzaamheid, solidariteit ...*

Tips voor een effectief gebruik van incentives:

- Gebruik meerdere incentives in één gezondheidsboodschap als dat mogelijk is.
- Gebruik best positief geformuleerde incentives.
- Gebruik bij voorkeur incentives die heel waarschijnlijk zijn voor de doelgroep.
- Benadruk de kortetermijnvoordelen.
- Stem incentives af op de doelgroep: zijn ze relevant voor de doelgroep, sluiten ze aan bij de normen en waarden van de doelgroep?

Maak de boodschap sociaal.

Sociale interactie is een menselijke basisbehoefte. Je kan hier in gezondheidsboodschappen op verschillende manieren op inspelen: via het stellen van een positieve sociale norm en via het bieden van sociale steun.

Een positieve norm

Het is een goed idee om een **positieve sociale norm** te stellen. Dit heeft te maken met de sociale incentive die we hierboven al besproken hebben, maar is tegelijkertijd niet helemaal hetzelfde. Een sociale incentive benadrukt wat je te winnen hebt bij het stellen van een bepaald gedrag op sociaal vlak, bijvoorbeeld je sociaal aanzien verhogen. Terwijl het stellen van een sociale norm gaat over hoe je in een boodschap kan verwijzen naar het gedrag van ‘de groep’ of ‘de meerderheid’ om het gedrag van een individu of instantie te beïnvloeden.

Descriptief en injunctief

Hoe gaat dat dan precies? We toetsen ons gedrag steeds aan dat van anderen uit onze omgeving. Een sociale norm heeft twee dimensies:

- Een **descriptieve** dimensie, waarbij het gaat over het gedrag dat het frequentst gesteld wordt binnen de groep (bv.: je ziet dat de leden van je groep vaak gaan sporten, dus ‘sporten is goed’).
- Een **injunctieve** dimensie, waarbij het gaat over het gedrag dat acceptabel of onacceptabel is binnen de groep (bv.: je hoort leden van je groep vaak positief praten over sporten, dus ‘sporten is goed’).

Een positieve norm stellen kan mensen (onbewust) overtuigen van het gezonde gedrag. Je stelt een positieve norm door aan te geven dat de meerderheid van de doelgroep voor het gezonde gedrag/(overheids)beleid kiest.

Bijvoorbeeld:

“Ga jij twee keer per jaar naar de tandarts? In Vlaanderen gaat 7 op de 10 volwassen gelukkig twee keer per jaar naar de tandarts!”

“In vele Europese landen, waaronder Nederland, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Zwitserland en Denemarken wordt psychologische zorg al terugbetaald.”

Je kan ook de afwijking van de norm benadrukken. Bijvoorbeeld: “Slechts 30% van de volwassen Vlamingen tussen de 25 en 65 jaar gaat minder dan twee keer per jaar naar de tandarts”. Waak er in dit geval wel over dat je de minderheid die afwijkt van de norm niet gaat stigmatiseren.

Ook wanneer de meerderheid het gezonde gedrag niet stelt, is het vaak beter positief te communiceren (bv.: 40% doet het wél, i.p.v. 60% doet het niet).

Soms is het **niet mogelijk een positieve descriptieve norm** te stellen, wanneer bijvoorbeeld 9 op de 10 mensen minder dan de aanbevolen hoeveelheid groente en fruit eten, of wanneer slechts 2,4% van de 10- tot 13-jarigen voldoende lichaamsbeweging krijgt. In dat geval formuleer je best **positieve injunctieve norm**, door bijvoorbeeld mee te geven dat de meerderheid van de groep meer groente en fruit wil eten, positief staat tegenover lichaamsbeweging etc. Denk er ook aan om **de groep** waarover en waarnaar je communiceert **zo specifiek mogelijk** te benoemen. Bijvoorbeeld: “Nu al kiezen 200 werknemers van ons bedrijf die in de cafetaria komen eten elke dag een stuk fruit als dessert”.

Rolmodellen en sociale steun

Je kan ook een positieve sociale norm stellen door te werken met **influencers en ambassadeurs**. Dit zijn (al dan niet bekende) mensen die het gewenste gedrag al stellen en anderen aansteken om te volgen. De beoogde reactie is: “als die het doet, dan doe ik het ook”. Rolmodellen afbeelden die het gewenste gedrag demonstren of vaardigheden aanleren, is bovendien een manier om via communicatie een vorm van onrechtstreekse sociale steun te bieden. Een andere manier om dat te doen, is het gebruik van boodschappen of beelden over sociale steun in je communicatiematerialen. Op die manier speel je in op gevoelens van verbondenheid en zorg, die het gewenste gedrag kunnen triggeren. Een mooi voorbeeld is de campagne ‘laten zien is laten kijken’ over borst- en baarmoederhalskanker, gericht op allochtone moslimvrouwen.

TIPS voor een sociale boodschap:

- Benadruk een positieve sociale norm om mensen tot het gezonde gedrag aan te zetten. Doe dat op een van deze twee manieren:
 - benadruk dat de meerderheid het gezonde gedrag al stelt of
 - benadruk dat de meerderheid het gezonde gedrag wíl stellen.
- Bied sociale steun via je communicatie:
 - door rolmodellen in te schakelen: ‘als hij/zij het kan/doet, dan ik ook’ of
 - door sociale steun weer te geven (in woorden of beelden).

Kies voor geloofwaardig bewijs.

Eerlijk en niet misleidend

De boodschap moet **geloofwaardig bewijs** bevatten dat de voordelen van het gewenste of aanbevolen gedrag of de actie ondersteunt. Geloofwaardig bewijs is ten eerste **eerlijk en integer**. Behoed je voor het meegeven van misleidende informatie. Spreek bijvoorbeeld niet over zekerheden wanneer er eerder sprake is van kansen of graden van waarschijnlijkheid (al hoef je ook niet álle onzekerheden te gaan benoemen). Gebruik ook **geen extreme voorbeelden**, in positieve noch in negatieve zin. Iemand die dankzij de steun van een tabakoloog al na één week helemaal gestopt is met roken, is weinig geloofwaardig. Zo’n ‘extreem voorbeeld’ werkt eerder demotiverend. Extreme voorbeelden in de negatieve zin, zoals je die in [fear appeals](#) terugvindt, hebben vaak tot gevolg dat mensen zich voor de boodschap afsluiten. Ook het benoemen van alle mogelijke onzekerheden kan een paniecreactie met zich meebrengen, waardoor mensen de boodschap misschien afblokken.

Weet wel: soms kan een boodschap als misleidend *geïnterpreteerd* worden door het publiek zonder dat het de intentie was en er dus niet per se sprake is van effectieve misleiding. Zo is het gebleken dat een boodschap als *“een actieve leefstijl beschermt tegen borstkanker”* geïnterpreteerd kan worden als een boodschap die stelt dat een actieve leefstijl borstkanker voorkomt. Een testing van je boodschap is dus altijd aan te raden!

Cijfers of woorden?

Je kan je boodschap ondersteunen aan de hand van twee types ‘bewijs’: cijfers of verhalen en getuigenissen.

Het geschikte bewijs vinden voor je boodschap kan een uitdaging zijn, want sommige types bewijs werken wél voor de ene doelgroep, maar niet voor de andere. In elk geval hangt het geleverde bewijs altijd vast aan argumenten die overeenstemmen met de interesses en belangen van de doelgroep.

Statistisch bewijs

Doelgroepen die al een zekere interesse en motivatie hebben in/voor het aanbevolen gedrag zijn eerder gebaat bij **quotes van experts, statistieken en rationele argumenten**. Gebruik je cijfers en statistieken als bewijs? Ondersteun die dan altijd met verhalen of visuals. Sta ook voldoende stil bij de framing van cijfers.

Narratief bewijs

Voor doelgroepen die weinig tot geen motivatie en interesse hebben, werken **getuigenissen en persoonlijke cases** beter. We noemen dit narratief bewijs. Bij communicatiecampagnes die zich richten tot de algemene bevolking is het vaak een goed idee om beide vormen van bewijs te combineren: zo spreekt de boodschap zowel het 'hoofd' als het 'hart' aan.

TIPS voor een geloofwaardige boodschap:

- Wees altijd eerlijk en integer: gebruik geen extreme voorbeelden en communiceer niet over zekerheden als die er niet zijn.
- Integreer geloofwaardig bewijs in je boodschap:
 - quotes van experts en statistieken zijn aan te raden voor doelgroepen met al enige kennis en motivatie;
 - narratief bewijs (bv. getuigenissen) zijn een goed idee voor doelgroepen die nog weinig kennis en motivatie hebben.
- Test je boodschap bij de doelgroep.

Frame je boodschap strategisch en ethisch.

Hoe je je gezondheidsboodschap framet, kan een niet te onderschatten invloed uitoefenen op hoe je boodschap aankomt bij de doelgroep. In het formuleren van gezondheidsboodschappen kan framing op verschillende manieren een rol spelen.

Een winstframe of verliesframe?

- Een **positief frame of 'winstframe'**: je benadrukt de positieve eigenschappen of gevolgen van een keuze ('wat heb je te winnen?').
- Een **negatief frame of 'verliesframe'**: je legt de focus op de nadelen van een keuze ('wat heb je te verliezen?').

Welk frame het meest efficiënt is, hangt af van het **gevoel van risico** dat de doelgroep associeert met het aanbevolen gedrag.

Er is voldoende evidentie om te stellen dat een **winstframe** het meest geschikt is om te communiceren over gedrag dat voor de doelgroep een **laag risico** op een onaangename uitkomst inhoudt. Dit is over het algemeen '**gezondheidsbevorderend**' **gedrag**: condooms gebruiken, zonnecrème smeren, voldoende bewegen, etc.

Wordt het aanbevolen gedrag eerder geassocieerd met een **hoger risico** op een onaangenaam resultaat, dan is een **verliesframe** vaak overtuigender. Dat is bijvoorbeeld het geval in kankerscreeningcommunicatie, waarbij het risico op een positieve uitslag (de aanwezigheid van kanker) bestaat. Een verliesframe werkt in tegenstelling tot een winstframe beter bij **preventie- en detectie**communicatie.

De risicoperceptie verbonden aan een bepaald gedrag hangt in belangrijke mate samen met de **betrokkenheid van de doelgroep** bij het onderwerp van de communicatie. Daarbij spelen o.a. kennis van en interesse in het onderwerp, maar ook ervaringen van vrienden en familie een rol. Bijvoorbeeld: mensen waarvan een naaste getroffen werd door kanker, zullen kankerscreening als meer risicovol ervaren. Bij hen heeft een verliesframe meer kans om te overtuigen dan een winstframe.

Niettegenstaande het potentieel van verliesframes in communicatie over kankerscreening of ander preventie- en detectiegedrag, vraagt het gebruik ervan ook de nodige **omzichtigheid**. Een verliesframe faciliteert het gebruik van een **fear appeal**. Let er daarom zeker op dat je de basisvoorwaarden voor het inzetten van fear appeals (een relevante dreiging, een efficiënte oplossing en een haalbare call to action) respecteert. Gebruik je een verliesframe, integreer dan

bij voorkeur ook [positieve emotionele appeals](#). Speel in op gevoelens van hoop, trots, verbondenheid, of maak (voorzichtig en na testing) gebruik van humor.

Risico's en cijfers framen

Framing speelt een belangrijke rol in het presenteren van **risico's**. Goede risicocommunicatie zet in op accurate risicoperceptie, maar wil tegelijkertijd ook mogelijke paniecreacties vermijden.

Focus op gedrag

Je kan best activerend communiceren door te focussen op het gedrag dat mensen kunnen stellen om een risico te voorkomen of te reduceren eerder dan op de risico's of onzekerheden zelf.

Bijvoorbeeld: focus in je boodschap op wat mensen kunnen doen om zichzelf te controleren op tekenbeten en op hoe ze die beten tijdig en correct kunnen verwijderen, eerder dan op de mogelijke risico's van een tekenbeet. Risico's kunnen, en moeten in sommige gevallen, zeker benoemd worden. Maar ze moeten niet de focus van je boodschap zijn. Een te exclusieve focus op risico in plaats van op gedrag kan demotiveren of verlammen.

Niet afschrikken, niet valselijk geruststellen

Ook het risico kan je op verschillende manieren communiceren. Zo kan je exacte cijfers meegeven, of meer algemeen spreken over een 'verhoogd risico'.

Exacte cijfers zijn preciezer en accurater. Maar ze kunnen onbedoelde reacties bij de doelgroep losmaken. Enerzijds kunnen exacte cijfers over risico's mensen afschrikken. Anderzijds kunnen ze de doelgroep valselijk geruststellen.

Bijvoorbeeld: 86% van alle longkankers wordt veroorzaakt door roken. Rokers hebben tot 20 keer meer kans om longkanker te ontwikkelen dan mensen die niet roken. Dat zijn confronterende cijfers. Over deze cijfers communiceren kan sensibiliserend werken en een positieve impact hebben op de sense of urgency, maar evenzeer kan dit cijfer de doelgroep afschrikken. Een negatief effect hiervan kan zijn dat rokers zich van de boodschap afkeren en er niet ontvankelijk voor zijn. Daarom is het belangrijk om exacte cijfers niet 'zonder meer' te communiceren, maar altijd in combinatie met (positievere) boodschappen die doorverwijzen naar hulp, die gebruik maken van [hope appeals](#) etc.

Anderzijds is het ook belangrijk om geen vals gevoel van veiligheid of gerustheid over te brengen via cijfers. Zo kan het zijn dat rokers zich 'beschermde' voelen door de 80% rokers die

geen longkanker ontwikkelt eerder dan dat ze zich afgeschrikt voelen door de 15% tot 20% die wel longkanker zal ontwikkelen.

Wanneer je vermoedt of wanneer blijkt uit testing bij de doelgroep dat exacte cijfers mensen afschrikt of net een vals gevoel van veiligheid geeft, kan je beter in meer algemene termen communiceren over een 'verhoogd' of 'verlaagd' risico.

Speel in op risico-reductie

Nog goed om te weten in het kader van het frames van cijfers: mensen zijn steeds op zoek zijn naar zoveel mogelijk **risico-reductie**. Hier kan je op inspelen. Hypothetisch: een vaccin dat de kans op een bepaalde ziekte reduceert van 20% naar 10% wordt als minder 'aantrekkelijk' beschouwd wanneer je communiceert dat het effectief is in de helft van de gevallen dan wanneer je communiceert dat het volledig effectief is tegen een van de twee virussen die met dezelfde kans toeslaan en de ziekte veroorzaken.

Framen van verantwoordelijkheid

Framing speelt ook een rol in de perceptie van wie **verantwoordelijk** is voor gezondheid. In de samenleving, en in het bijzonder in de media, circuleert vaak het dominante frame van de **individuele verantwoordelijkheid**. Dit wijst op het idee dat hoe gezond iemand is vooral afhangt van welke keuzes hij/zij maakt. Deze keuzes hangen dan weer af van hoeveel zelfdiscipline en wilskracht iemand heeft om er een gezonde leefstijl op na te houden. Binnen zo'n beeld is er weinig of geen aandacht voor de invloed van sociale determinanten op gezondheid. Het feit dat gezondheid ook het product is van sociale systemen en beïnvloed wordt door sociale en omgevingsfactoren wordt niet in acht genomen.

Door aan '**re-framing**' te doen kan je als gezondheidsbevorderaar de aandacht verschuiven naar het belang van sociale determinanten, omgevingsfactoren en beleidskeuzes. Om steun op te bouwen voor een beleid en interventies die werk maken van het verkleinen van vermijdbare gezondheidsongelijkheid, is het belangrijk dat er een breder bewustzijn is over de sociale determinanten van gezondheid. Daarbij is het goed om **stap voor stap en duidelijk causale verbanden** uit te leggen: hoe hebben sociale determinanten zoals ervaringen in de kindertijd, huisvesting, opleiding en inkomen een invloed op gezondheid? **Narratieve elementen**, zoals relevante getuigenissen, kunnen de re-framing ondersteunen. Je gebruikt dan het best stemmen van mensen met een persoonlijke betrokkenheid, maar ook met een betrokkenheid in de beleidsaspecten van de problematiek.

Maak altijd in de mate van het mogelijke **actieve zinnen**. Passieve zinnen zijn niet alleen stroever en moeilijker leesbaar. Ze verbergen ook wie er achter een bepaalde actie zit. Zo verdwijnen de 'daders' of verantwoordelijken letterlijk uit het beeld of frame. Probeer altijd de verschillende

verantwoordelijkheden in proportie te benoemen. Bijvoorbeeld: 'tieners kopen alcohol'. Als je alleen dat benoemt, ontsnappen verschillende andere actoren uit beeld. Wie verkoopt de alcohol, wie produceert die? Wie maakt het mogelijk dat die alcohol gemaakt én verkocht kan worden aan jongeren?

TIPS voor een strategische en ethische framing:

- **Streef je naar individuele gedragsverandering, ga dan voor een winst- of verliesframe:**
 - een winstframe: het meest effectief in communicatie die mensen aanzet om zich te beschermen tegen gezondheidsrisico's (bv. gezond eten en voldoende beweging);
 - een verliesframe: het meest effectief in communicatie die mensen aanzet om zich preventief te laten screenen.
- **Communiceer je over risico's en cijfers, vraag je dan af hoe:**
 - je eerlijk over risico's en cijfers communiceert en
 - hoe je tegelijkertijd paniekreacties of net een vals gevoel van veiligheid vermijdt.
- **Wil je ingaan tegen dominante frames uit de media, zoals het frame van de individuele verantwoordelijkheid, gebruik dan 're-framing' als strategie: leg de nadruk niet uitsluitend op de rol van individuele keuzes inzake leefstijl, maar evenzeer op de rol van sociale invloeden en omgevingsinvloeden.**

Kies de juiste boodschapper.

De boodschapper verwijst enerzijds naar de organisatie of instantie die de communicatie voert (bv. Gezond Leven). Als die organisatie als betrouwbaar, integer en kwalitatief wordt gezien, dan komt dat de effectiviteit van de boodschap ten goede. Anderzijds verwijst de boodschapper ook naar het 'model' dat in de gezondheidsboodschap verschijnt en informatie presenteert, gedrag demonstreert of een getuigenis aanlevert. In deze betekenis van het woord is de boodschapper evenzeer belangrijk, zeker bij mensen met een lagere SES.

Verschillende prototypes

De boodschapper kan de aandacht van het publiek trekken, abstracte concepten concretiseren, de vorming van attitudes versterken (door zijn/haar geloofwaardigheid) en de opslag van de boodschap in het geheugen vergemakkelijken.

Je kan verschillende **prototypes** boodschappers gebruiken:

- bekende personen (bv. bekende zanger(es), acteur/actrice, entertainer)
- overheidsambtenaren (bv. ministers)
- experten en autoriteiten (bv. dokter, onderzoeker)
- gewone 'echte' mensen (bv. 'vrouw uit de middenklasse', 'arbeider'...)
- ervaringsdeskundigen (bv. patiënt)
- geanimeerde karakters

Afstemmen op de doelgroep

Je moet de boodschapper afstemmen op de doelgroep. Jongeren, zeker wanneer ze met moeilijke problematieken – zoals verslavingen – te kampen hebben, bereik je beter via *peers* of ervaringsdeskundigen dan via traditionele experten (bv. een dokter).

TIPS: Wanneer kies je welke boodschapper?

- **Bekende mensen:** als je de aandacht wil vestigen op een saai onderwerp.
- **Expert:** om rationele argumenten/rationeel bewijs aan te leveren.
- **Ervaringsdeskundigen:** om de ernst van de negatieve gevolgen van een bepaald gedrag te benadrukken.
- **Ervaringsdeskundigen die eigenschappen met de doelgroep delen:** om risicoperceptie te verhogen. Dit doe je door het risico concreet te maken en een gezicht te geven.
- **'Peers':** om het aanbevolen gedrag te demonstreren, eigen-effectiviteit te verhogen ...
- **Stem de boodschapper af op de doelgroep!**

Vermijd stigmatisering en victim blaming.

We weten dat gedrag zoals eten, drinken, roken en bewegen niet te reduceren valt tot individuele keuzes. Daarom mag je boodschap niet de indruk wekken dat de verantwoordelijkheid en zelfs schuld van gezondheidsproblemen (enkel) liggen bij het individu en niet bij sociale en omgevingsfactoren.

‘Labelen’

Een dergelijke ‘victim blaming’ werkt vaak stigmatiserend: er wordt letterlijk een ‘label’ gekleefd op bepaalde groepen van mensen, waardoor zij negatief worden gepercipieerd, zoals ‘lui’, ‘dom’, ‘ongedisciplineerd’ etc.

Ongewenste effecten van victim blaming en stigmatisering

De mogelijke effecten van victim blaming en stigmatisering zijn niet te onderschatten. Op **individueel niveau** zijn stigmatiserende boodschappen geen motivator voor gedragsverandering, integendeel. Mensen die zich gestigmatiseerd voelen ervaren meer stress en minder mentaal welbevinden. Uit onderzoek blijkt dat mensen die tot een gestigmatiseerde groep behoren, vaak minder kwalitatieve gezondheidszorg ontvangen. Op breder **maatschappelijk niveau** kunnen stigma's ertoe bijdragen dat context- en omgevingsfactoren die mee aan de basis liggen van een gezondheidsproblematiek waarover een stigma bestaat (bv. obesitas) minder in acht worden genomen. Hierdoor kan er op termijn minder aandacht gaan naar het uitwerken van integrale interventies die zowel inzetten op educatie, omgeving, regelgeving en zorg en begeleiding. Een mogelijk effect daarvan is dan weer het vergroten van gezondheids- en sociale verschillen.

TIPS: Antistigmatiserend communiceren

Dit doe je beter NIET:

- pejoratieve taal gebruiken (bv. ‘dik’);
- categoriale taal gebruiken (bv. ‘allochtonen’, ‘mindervaliden’, ‘armen’ ...);
- focussen op gewicht of uiterlijk;
- via je taalgebruik insinueren dat er geen herstel mogelijk is, bv. ‘lijdt aan’, ‘is getroffen door’ ...;
- stereotypes gebruiken of erop alluderen (bv.: wie een te hoog gewicht heeft, is lui. Of: mensen met een beperking zijn zwak, passief en hulpbehoevend OF inspirerende helden die door hun inzet uitzonderlijk presteren);



Praktijkvoorbeeld

Deze campagne insinueert zowel door het woordgebruik en de rechtstreekse aanspreking (‘your’) (‘WARNING’; ‘cut your portions’; ‘it’s hard to be a little girl if you’re not’; ‘Cut your risk’) als door het beeldmateriaal (bv. lichaam zonder hoofd) dat de verantwoordelijkheid van overgewicht en obesitas louter bij het individu ligt.

- specifiek voor communicatie over eetgedrag en eetstoornissen: foto's van lichamen zonder hoofd gebruiken.

Dit doe je beter WEL:

- eerst de persoon, dan de conditie/aandoening benoemen (bv. mensen met dementie in plaats van dementerenden of iemand die behandeld wordt voor boulimie in plaats van boulimiepatiënt);
- geen stereotypes gebruiken of ze zichtbaar (bv. met humor) onderuit halen;
- nuances of dagelijkse realiteit afbeelden en weergeven;
- focussen op gezondheid, niet op uiterlijk of bijvoorbeeld gewicht;
- geen morele uitspraken doen (bv.: je moet wel dom/lui zijn als je rookt of te veel weegt);
- het belang en het nut van hulpverlening benadrukken en informatie over beschikbare hulp toevoegen;
- specifieke en concrete acties voorstellen (de 'now what' of call to action);
- specifiek voor communicatie over eetgedrag en eetstoornissen: zorgen voor een diversiteit aan lichaamsmaten in afbeeldingen.
 - Voorbeelden van niet-stigmatiserende foto's van mensen met obesitas vind je hier: <https://www.worldobesity.org/resources/image-bank/P60>.
 - Stigmatiserend communiceren vermijden? Kijk op diversewoordenlijst.vrt.wordpress.com.



Praktijkvoorbeelden

Twee campagnes die diversiteit naar huidskleur, seksuele geaardheid en familietypes normaliseren.

Communiceer met oog voor diversiteit.

Vandaag hanteren nog (te) veel boodschappen die gericht zijn aan het algemene publiek 'blank', 'middenklasse', 'heteroseksueel' ... als norm. Het gevolg is dat verschillende sociale groepen zich niet of onvoldoende zullen identificeren met de boodschap, waardoor ze (deels) haar effect mist. **Bijvoorbeeld:** hoe kan je verwachten dat vrouwen van Maghrebijnse of Afrikaanse origine deelnemen aan borstkankerscreenings wanneer alle beelden die circuleren in campagnes die van blanke vrouwen zijn?



Praktijkvoorbeeld

Links zie je de originele foto van de 'Graag traag'-campagne. De Turnhoutsebaan is gelegen in een multiculturele buurt in Antwerpen, maar we zien alleen blanke mama's. Rechts staat een nieuwe, realistischere foto met enkele buurtbewoners, getrokken door een freelancefotograaf uit de buurt.

Om te communiceren met oog voor diversiteit moet je zoeken naar **verbindende factoren** die verschillende groepen met elkaar gemeen hebben. Gedeelde interesses of behoeften, of gedeelde rollen (bv. de ouderrol). Het impliceert dat je verschillende culturele perspectieven incorporeert in je boodschappen en materialen zonder dat je insinuaties over superioriteit of inferioriteit van een bepaald perspectief maakt. Concreet: probeer in je

boodschappen en materialen de **culturele diversiteit** van onze samenleving op een niet-normatieve manier te weerspiegelen, bijvoorbeeld in het gebruik van foto's, illustraties of getuigenissen. Dat geldt trouwens niet alleen voor culturele diversiteit, maar ook diversiteit

inzake **leeftijd, gender en gezinssamenstelling**. Het resultaat van multiculturele communicatie is dat meerdere groepen zich aangesproken kunnen voelen door een boodschap, wat de kans op effectiviteit vergroot.

Cultuursensitief communiceren

Soms richt je je in je communicatie (vooral) naar groepen met een migratieachtergrond of niet-westerse cultuur. Omdat zij bijvoorbeeld een hoger risico lopen op een bepaalde gezondheidsproblematiek, of omdat ze specifieke drempels tot gedragsverandering ervaren die andere groepen niet voelen. Met andere woorden: je segmenteert dan op basis van cultuur of etniciteit, omdat de voor de gezondheidsproblematiek relevante verschillen tussen subdoelgroepen groter zijn dan de overeenkomsten. In dit geval is het belangrijk dat je cultuursensitief communiceert.

Cultuursensitief communiceren gebeurt op het niveau van kanalen en boodschappen. Wat het niveau van de kanalen betreft, moet je stilstaan bij die communicatiekanalen die de doelgroep gebruikt en gelooft. Voeling met en kennis van je doelgroep zijn hier noodzakelijk. Boodschappen versterken en verspreiden via relevante influencers en ambassadeurs is een goed idee.

Cultuursensitief communiceren impliceert dat je de boodschap afstemt op de culturele waarden en opvattingen van de doelgroep. Een boodschap die hierop afgestemd is, en aansluiting vindt bij hoe het dagelijkse leven (tradities, gebruiken ...) van de doelgroep eruitziet, is relevanter en heeft een grotere kans om effectief tot gedragsverandering te leiden. Cultuursensitief communiceren is bovendien een maatschappelijke verantwoordelijkheid van de gezondheidsbevorderaar. Een cultuursensitieve boodschap ontwikkelen veronderstelt inzicht in de waarden, opvattingen, geloofsovertuigingen en gebruiken en tradities van de doelgroep.

Cultuursensitief op twee niveaus

Gezondheidsboodschappen zijn bij voorkeur cultuursensitief op twee niveaus:

- **Het oppervlakkige niveau:** de boodschap en materialen 'matchen' met de zichtbare eigenschappen van de doelgroep. In audiovisuele materialen kan je bijvoorbeeld mensen, plaatsen, muziek, voedsel en klederdracht integreren die herkenbaar zijn voor en gewaardeerd worden door de doelgroep. Gebruik geen symbolen, afbeeldingen en woorden die gevoelig liggen.
- **Het diepe niveau:** de boodschap en materialen 'matchen' met de opvattingen, waarden en overtuigingen van de doelgroep. Zo is inzicht in opvattingen over de oorzaak van bepaalde aandoeningen of ziekten (bijvoorbeeld als gevolg van de leefstijl of als gevolg van het lot, of een straf van God) nodig om effectieve boodschappen te formuleren. Ook

het belang dat bepaalde etnisch-culturele gemeenschappen hechten aan familie en respect voor ouderen zijn cruciaal voor het ontwikkelen van effectieve gezondheidsboodschappen. Nog een voorbeeld: in Afrikaanse culturen heerst vaak een ander schoonheidsideaal dan in Westerse culturen: mollig zijn heeft een positievere connotatie. Het gebruik van 'Slank zijn' als sociale incentive zal dan wellicht weinig effect hebben, of zelfs op weerstand botsen. Een beter fysiek functioneren, waardoor sociale rollen (bv. zorgen voor kinderen of ouders) beter kunnen worden opgenomen, is een beter idee.

Noot: zichtbare of 'oppervlakkige' cultuursensitiviteit zit ook in op het eerste gezicht triviale beelden. Bijvoorbeeld: een kopje thee, is dat voor iedereen hetzelfde?



Westerse waarden zijn niet universeel

Wanneer je segmenteert op basis van cultuur en/of migratieachtergrond moet je goed in het achterhoofd houden dat westerse waarden en opvattingen niet universeel (noch superieur) zijn. Ontwikkel je een gezondheidsboodschap, sta dan stil bij welke waarden belangrijk zijn voor de doelgroep. Een vaak gebruik model om waardeverschillen tussen culturen te verklaren is dat van David Pinto. Hoewel een enge interpretatie mogelijk leidt tot stereotypering en karikaturen, maakt het model je er wel van bewust dat er cultuurverschillen bestaan en dat westerse culturele waarden niet universeel zijn. Het model maakt een onderscheid tussen moderne/grofmazige (G-) en traditionele/fijnmazige (F-) culturen.

G-culturen en F-culturen

Volgens het model van Pinto kennen niet-westerse culturen vaak fijnmazige regelstructuren (F), terwijl westerse culturen veeleer grofmazig (G) zijn. Een bijkomende nuance is dat culturen nooit helemaal G of helemaal F zijn. Het is meer een continuüm waarbij elke cultuur zich ergens tussen de twee uitersten bevindt. De mengvorm doet zich voor bij de zogenaamde 'tweede generatie' van migranten. De allochtone jongeren moeten de culturele normen en waarden van de cultuur van hun ouders respecteren, maar tegelijkertijd zoeken ze een weg om te functioneren in de Vlaamse samenleving. Binnen een land komen er dus verschillende subculturen voor. Ook zijn er grote persoonlijke verschillen tussen individuen in een bepaalde cultuur.

De F-culturen hebben gedetailleerde gedragsregels die in grote mate bepalen hoe iemand zich in een bepaalde situatie moet gedragen. Er is weinig individuele vrijheid. Anders dan bij G-culturen zijn de rollen van mannen en vrouwen in F-culturen veel uitgebreider en nauwkeuriger omschreven. In grofmazige culturen moet ieder individu zijn eigen gedragsregels afleiden van de algemene regels.

F- cultuur	G-cultuur
Centrale waarden	
Het voorkomen van: - gezichtsverlies - schaamte - schande Het nastreven van: - eer/respect - waardering (van buitenaf)	Het voorkomen van: - schuld - zelfwaardering - integriteit - persoonlijk geluk
Status en aanzien	
Groepseer: - familie - eervol gedrag/rol - leeftijd (eerbied voor ouderdom) - vrouw zwakke schakel in familie-eer Opvoeding: - angst voor schaamte - veel lijfstraffen - betonen van respect Duidelijke scheiding mannen- en vrouwenwereld/taken	Persoonlijk succes: - prestaties - persoonlijkheid - innerlijke rijkdom - angst voor schuld - veel discussie/uitleg - ontplooiing - mondigheid - zelfstandigheid Geen scheiding van de seksen
Communicatie	
Indirecte communicatie Tussenpersonen	Directe communicatie Oog in oog
Gedrag en beoordeling Emotioneel Afhankelijk van rol (dus van situatie en gesprekspartner)	Rationeel Afhankelijk van persoonlijkheid
Taboes	
Gevoelig liggend punt leidt tot ontwijkende antwoorden.	Alles dient bespreekbaar te zijn.
Maatschappij Sociale controle Weinig sociale mobiliteit Scherpe scheidslijn tussen goed en slecht Nadruk op hiërarchie (ongelijkheid) Oriëntatie op verleden	Controle door derden Grote sociale mobiliteit Veel nuances Nadruk op gelijkheid Oriëntatie op toekomst
Natuur	
Wereld lijkt nauwelijks beheersbaar en veranderbaar (fatalisme)	Wereld lijkt zeer beheersbaar en veranderbaar

In F-culturen wordt er veel waarde gehecht aan de boodschapper en de relatie. Van een vertrouwd persoon, iemand met enig gezag, wordt de boodschap sneller aanvaard. Daarom is intermediairs inschakelen een goed idee. Westerse mensen zullen eerder hun emoties en ervaringen bespreken en rationele redenen aanbrengen. Bij allochtonen slaan rationele

argumenten minder aan. Westerse mensen zien zichzelf als onafhankelijke individuen, waarbij hun persoonlijke doelen voorgaan op die van de groep. Leden van collectivistische culturen zien zichzelf verbonden met de anderen, ze offeren individuele doelen op voor het belang van de groep. Deze groep spreek je beter op het wij-gevoel aan, mét verwijzing naar vertrouwensfiguren.

In vele allochtone islamitische gezinnen wordt er weinig over emoties gesproken, zeker tussen mannen en vrouwen. Door die indirecte communicatie zijn duidelijke vragen niet altijd mogelijk. Thema's zoals relaties, seksualiteit en homoseksualiteit zijn moeilijk bespreekbaar.

Mensen met een migratieachtergrond zijn ook niet altijd erg vertrouwd met de 'westerse' hulpverlening die erg verbaal is en individueel gericht. De meeste hulpverleners, die overwegend van autochtone afkomst zijn, weten te weinig af van de cultuur en noden van hun cliënten met andere herkomst. Vooral de communicatie met oudere allochtone patiënten verloopt moeizaam, onder meer door het taalprobleem.

Noot:

Met 'cultuursensitief' wordt doorgaans verwezen naar ethisch-culturele gemeenschappen. Maar ook andere groepen kunnen als culturele gemeenschappen worden beschouwd – denk aan de holebigemeenschap. Hier kunnen eveneens bepaalde symbolen, rolmodellen etc. gebruikt worden om communicatiematerialen herkenbaarder en relevanter te maken voor de doelgroep. En ook hier kunnen andere waarden (bv. over monogamie) van belang zijn om tot een cultuursensitieve boodschap te komen. Opnieuw is het aan te raden om de doelgroep te betrekken, minimaal voor een testing. Dit om een cultuursensitieve boodschap te ontwikkelen, én stereotypering te vermijden.

TIPS voor een cultuursensitieve communicatie:

- Cultuursensitief communiceren begint bij je houding: je bent je ervan bewust dat westerse waarden niet universeel, noch superieur zijn.
- Zorg voor een zichtbare culturele 'match' met de doelgroep: kleding, gebruiken, mensen, plaatsen, muziek ...
- Zorg voor een diepere culturele 'match' met de doelgroep: waarden en opvattingen (bv. het belang van familiale banden, overtuigingen over de oorzaak van ziekte etc.).
- Om een culturele 'match' te garanderen én stereotypering te vermijden: krijg inzicht in de cultuur en waardekeuzes van de doelgroep, bijvoorbeeld via focusgroepen.
- Richt je je niet specifiek tot een bepaalde cultureel-etnische gemeenschap, communiceer dan 'multicultureel'. Probeer in je boodschappen en materialen de culturele diversiteit van onze samenleving op een niet-normatieve manier te weerspiegelen.

CHECKLIST

OVERTUIGENDE COMMUNICATIE

	HELEMAAL	TOCH WEL	KAN BETER	NEEN
Trekt de boodschap de aandacht?				
• Is ons taalgebruik levendig en creatief?				
• Gebruiken we de juiste toon (formeel, informeel)?				
• Gebruiken we aantrekkelijke en relevante visuals?				
• Spreken we meerdere zintuigen aan waar we kunnen?				
• Communiceren we daar waar de doelgroep is?				
Is de boodschap duidelijk?				
• Zijn 'what', 'how what' en 'so what' duidelijk aanwezig?				
• Is er één duidelijke kernboodschap?				
• Is het taalgebruik toegankelijk en vermijden we vakjargon?				
Verlaagt de boodschap veranderingst?				
• Vragen we geen te grote veranderingen ineens?				
• Is het gedrag dat we aanbevelen concreet en duidelijk?				
• Zijn de acties die we aanbevelen afgebakend in de tijd?				
• Benadrukken we kortetermijnvoordelen?				
• Maken we gebruik van rolmodellen die het gedrag demonstreren?				
• Stellen we positieve acties voor?				
• Hanteren we motiverende taal?				

	HELEMAAL	TOCH WEL	KAN BETER	NEEN
Geeft de boodschap een extra duwtje in de rug via incentives?				
• Gebruiken we meerdere incentives?				
• Zijn onze incentives positief verwoord?				
Stelt de boodschap een positieve norm en biedt ze sociale steun?				
• Benadrukken we dat de meerderheid van de groep de gezonde keuze maakt of wenst te maken?				
• Maken we gebruik van rolmodellen om sociale steun te bieden?				
• Gebruiken we woorden of beelden die een gevoel van sociale steun opwekken?				
Maakt de boodschap verstandig gebruik van framing?				
• Maken we gebruik van een winstframe of verliesframe?				
• Denken we na over het framen van risico's en cijfers: eerlijk en accuraat communiceren, maar paniecreacties of valse hoop vermijden?				
• Gebruiken we geen individuele verantwoordelijkheidsframe?				
Is de boodschap geloofwaardig en bevat ze geschikt bewijs?				
• Bevat de boodschap geen misleidende of foute informatie?				
• Integreren we de juiste vorm van bewijs, of combinatie ervan: statistisch of narratief?				

	HELEMAAL	TOCH WEL	KAN BETER	NEEN
Is de boodschapper geschikt voor het thema en de doelgroep?				
• Bekende mensen: om de aandacht te vestigen op een saai onderwerp				
• Experts: om rationele argumenten/bewijs aan te leveren				
• Ervarensdeskundigen: om de ernst van negatieve gevolgen van een bepaald gedrag te benadrukken				
• Ervarensdeskundigen die eigenschappen met de doelgroep delen: om risico-perceptie te verhogen				
• 'Peers': om het aanbevolen gedrag te demonstren, zelf-effectiviteit te verhogen,...				
Is de boodschap niet stigmatiserend?				
• Focussen we op de persoon en niet op de aandoeningen?				
• Gebruiken we geen pejoratief of stereotyperend taalgebruik?				
• Focussen we op gezondheid en niet op uiterlijk?				
• Voegen we informatie toe over hulpbronnen?				
• Stellen we concrete acties voor?				
Communiceren we met oog voor diversiteit?				
• Weerspiegelen we diversiteit (cultuur, gender, seksualiteit ...) in onze beelden, illustraties, getuigenissen ...?				
• Communiceren we cultuursensitief op 'oppervlakig niveau' (kleding, gebruiken, mensen, plaatsen, muziek) en op 'diep niveau' (waarden en opvattingen)?				

