

University of Groningen

Evaluatie Zuidoost-Drenthe HARTstikke goed!

Vries, Martin

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Vries, M. (2005). *Evaluatie Zuidoost-Drenthe HARTstikke goed! mogelijkheden van community-based preventie van hart- en vaatziekten in Nederland*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

4 Opzet en uitvoering van het project Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!

Na het in kaart brengen van de bestaande hart- en vaatziektenproblematiek in de regio Zuidoost-Drenthe (hoofdstuk 2) en de bestudering van de mogelijkheden en werkwijze van preventie en community-based werkmethode in het bijzonder (hoofdstuk 3) zijn de uiteindelijke plannen voor het project ontwikkeld. In dit hoofdstuk wordt uitgebreid stil gestaan bij de opzet en uitvoering van het community-based preventieproject 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' in de praktijk.

4.1 Doelstelling van het preventieproject

Op basis van het vooronderzoek, de aanleiding tot het project en een determinantenanalyse zijn twee doelen van het preventieproject opgesteld (Bokma, 1992; De Vos, 1991, 1992; Bokma e.a., 1994). De volgende paragrafen lichten de twee doelstellingen toe.

4.1.1 Eerste doelstelling

Doelstelling 1

De bevordering van een gezonde leefstijl bij de bevolking van Zuidoost-Drenthe teneinde een bijdrage te leveren aan een daling van de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van hart- en vaatziekten.

Bij aanvang van het project werd aangenomen dat niet kon worden verwacht dat binnen de projectperiode een daling in morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van hart- en vaatziekten zou worden bereikt. Ook gedragsverandering op bevolkingsniveau, na een periode van de in eerste instantie geplande duur van het project, tweeënhalf jaar, werd een te hoog gegrepen doel geacht, dit mede gezien de ervaringen van andere leefstijlprojecten. Het project richtte zich daarom op het in gang zetten en het bevorderen van een leefstijlverandering, waarbij het model van gedragsverandering via voorlichting (Kok, 1985) als basis diende. Verwacht kon worden dat na tweeënhalf jaar de aandacht voor het hart- en vaatziektenprobleem is toegenomen, evenals de kennis over de risicofactoren van deze ziekte. Mogelijk zou een beginnende attitudeverandering kunnen worden waargenomen.

De subdoelen voor de promotie van een gezonde leefstijl zijn de volgende:

- het bereiken van aandacht voor het project en de vier projectthema's: voeding, beweging, roken en stress;
- een vergroting van kennis over de risicofactoren voor hart- en vaatziekten;
- een positieve ontwikkeling in de attitude ten opzichte van een gezonde leefstijl.

Deze subdoelstellingen zijn in de acht jaar dat het project heeft geduurd bijgesteld (Bokma e.a., 1994; De Vries e.a., 1995, 1997, 2000). In paragraaf 4.5 wordt ingegaan op de specifieke subdoelstellingen die in de verschillende perioden van het project nagestreefd werden.

Bepaling projectthema's

Op basis van de beschrijving van de problematiek, de risicofactoren en de achtergrondvariabelen zijn mogelijkheden voor beïnvloeding van de risicofactoren onderzocht. Uit de beschrijving van de risicofactoren blijkt dat een gezonde leefstijl zowel direct als indirect een grote invloed heeft op het risico op hart- en vaatziekten. Door verandering van de leefstijl kunnen personen zelf het risico beïnvloeden. Van de risicofactoren zijn de pathofysiologische factoren en leefstijlfactoren beïnvloedbaar via programma's die zich richten op gedragsverandering. Een aantal leefstijlfactoren (roken, lichamelijke inactiviteit) zijn zowel rechtstreeks als via pathofysiologische factoren van invloed op het ontstaan van hartaandoeningen. Pathofysiologische factoren vormen in etiologische zin de belangrijkste categorie, deze factoren zijn namelijk door het individu via het aanpassen van de leefstijl zelf te beïnvloeden. Preventie kan bij dit proces een rol spelen.

Hypertensie

Uit de beschrijving van de risicofactoren voor hart- en vaatziekten blijkt dat een verhoogde bloeddruk samenhangt met roken, voeding, overgewicht, lichamelijke inactiviteit en stress. Activiteiten gericht op het verminderen van roken, het verminderen van lichaamsgewicht, een betere voeding en meer ontspanning kunnen bijdragen aan een verbetering van de bloeddruk uit oogpunt van de preventie van hart- en vaatziekten.

Hypercholesterolemie

Om een daling van het cholesterolgehalte in het bloed te bewerkstelligen zijn er twee preventiemogelijkheden die verband houden met de leefstijl. Dit zijn goede voeding gericht op minder vetconsumptie en lichaamsbeweging. De preventiemogelijkheden worden bij de risicofactoren hieronder beschreven.

Voeding

Voeding is van invloed op de pathofysiologische risicofactoren voor hart- en vaatziekten: de bloeddruk, het cholesterolgehalte in het bloed en overgewicht. Het veranderen van voedingsgedrag door middel van voorlichting is niet eenvoudig.

Naast het feit dat het voedingspatroon vaak een vaste gewoonte is, spelen tevens factoren als smaak, bereidingsgemak, prijs en verkrijgbaarheid een rol. Vanwege deze complexiteit kan voedingsvoorlichting zich op tal van aspecten richten: kennisvergroting van vetsoorten en vetpercentages, bewuster worden van de eigen vetconsumptie, betere verkrijgbaarheid en herkenning van minder vette producten, minder vette bereidingswijzen en laten proeven van minder vette producten. De Voedingsraad heeft richtlijnen samengesteld voor een goede voeding. Om de aandacht te trekken voor producten en meer inzicht te geven in het vetgehalte van producten kan bijvoorbeeld goed gebruik worden gemaakt van labeling. Aangenomen wordt dat het presenteren of tonen van producten met een hoog en laag vetgehalte bij zal dragen aan een beter inzicht in het vetgehalte van producten. Uit het vooronderzoek bleek dat er vooral veel behoefte bestaat aan schriftelijke informatie over gezond eten.

Beweging

Bewezen is dat lichamelijke activiteit het voorkomen van hart- en vaatziekten kan verminderen (Morris, 1994). Niet precies bekend is welke hoeveelheid lichamelijke activiteit nodig is om het risico te verminderen. Voor wat betreft de indirecte beïnvloeding van het risico op hart- en vaatziekten wordt verondersteld dat de hoeveelheid lichamelijke activiteit van belang is (Bokma, 1992). Bewegingsvormen die geadviseerd worden zijn stevig wandelen, joggen, zwemmen, fietsen en aerobics (Åstrand, 1986). Voor het stimuleren van lichaamsbeweging kan in eerste instantie het beste ingespeeld worden op de hoeveelheid lichaamsbeweging. Op individueel niveau kan eventueel later meer aandacht gegeven worden aan de intensiteit (Bijnen, 1991). Gezien het grote aantal personen met een verhoogd risico en het niet duidelijk kunnen onderscheiden van lichamelijke inactiviteit als risicofactor, wordt aanbevolen om preventie van lichamelijke inactiviteit als risicofactor voor hart- en vaatziekten te richten op de gehele bevolking en extra aandacht aan ouderen, laag opgeleiden en uitkeringsgerechtigden te schenken. Uit vooronderzoek (Bokma, 1992) bleek dat 56% van de bevolking in Zuidoost-Drenthe een verhoogd risico had op hart- en vaatziekten als gevolg van lichamelijke inactiviteit.

Roken

Roken is een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten. Door te stoppen met roken is het risico op hart- en vaatziekten na 15 jaar bijna gelijk aan dat van personen die nooit gerookt hebben (Stichting Volksgezondheid en Roken, 2004). Uit onderzoek (De Vos, 1992) bleek dat er een grote groep (67%) rokers is die erover denkt te stoppen met roken. Deze groep rokers moet tot actie worden aangezet door voorlichting over voor- en nadelen, sociale steun en eigen effectiviteit (Kok, 1993). Zij zijn vaak wel overtuigd van de voordelen van stoppen met roken, maar schatten de kans dat stoppen met roken zal lukken als laag in (De Vries, 1993). Dit gegeven komt overeen met de resultaten van het vooronderzoek: de attitude is in het algemeen positief, maar de eigen effectiviteit is laag. De

voorlichtingsinterventie zou hiermee in eerste instantie vooral gericht moeten zijn op het verhogen van de eigen effectiviteit. Dit kan onder meer door mensen te wijzen op de diverse mogelijkheden om te stoppen met roken en door de vaardigheden hiertoe te vergroten. Uit het vooronderzoek bleek dat van de rokers in Zuidoost-Drenthe 67% een positieve intentie had om te stoppen met roken, 24% gaf aan ook te kunnen stoppen met roken, 27% dacht dit niet te kunnen en 49% wist het niet (De Vos, 1992).

Stress

Stress heeft indirect invloed op het risico voor hart- en vaatziekten. Op het gebied van leefstijl zijn er verschillende vormen van preventie mogelijk. Voorlichting over stresspreventie kan zich richten op personen en op de leefomgeving. Mensen kunnen leren om stress te herkennen en vervolgens beter te hanteren. Er bestaan vele verschillende ontspanningsmethoden waar de bevolking op gewezen kan worden. Stress is direct te beïnvloeden door de persoon zelf door het aanleren van vaardigheden om stress te hanteren en door ontspanning. Ontspanning is zowel mogelijk op een actieve als op een passieve manier. Een actieve manier van ontspanning is bijvoorbeeld sporten, terwijl een voorbeeld van een passieve manier het lezen van een boek is. Een combinatie van stresshantering en ontspanning is mogelijk door bijvoorbeeld yoga. Daarnaast is stress indirect te beïnvloeden door maatregelen in de omgeving. Maatregelen in de woon- of werkomgeving kunnen stressoren wegnemen, wat de kans op het ontstaan van stress bij een bepaalde persoon vermindert. Voor werknemers kan dan bijvoorbeeld gedacht worden aan maatregelen binnen een bedrijf met betrekking tot de arbeidsinhoud, omstandigheden, voorwaarden of verhoudingen (Grundeman, 1990). Vaak is de wijze waarop (in bedrijven) aandacht aan stress wordt besteed vooral gericht op individuele gevallen en minder op een structurele aanpak van de oorzaken zelf.

Op basis van bovenstaande inventarisatie is ervoor gekozen dat het project zich specifiek richt op de vier leefstijlfactoren voeding, beweging, roken en stress.

4.1.2 Tweede doelstelling

Doelstelling 2

De ontwikkeling van een community-based interventiemodel ter preventie van hart- en vaatziekten.

De World Health Organization (WHO) pleit al enige jaren voor de community-benadering als strategie bij de preventie van hart- en vaatziekten. In het buitenland is er al veel ervaring opgedaan met grootschalige community-based gezondheidsprojecten. In Nederland bestond aan het begin van de negentiger jaren nog weinig ervaring hiermee. Het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'

zou, als voorbeeldproject, moeten bijdragen aan de kennis over de uitvoering van een community-based interventie programma. Door het project zou een community-based interventiemodel voor de preventie van hart- en vaatziekten dat rekening houdt met de Nederlandse situatie ontwikkeld kunnen worden. Het project in Zuidoost-Drenthe kende de volgende subdoelen:

- invoering van een doeltreffend systeem om de bevolking en organisaties te betrekken bij de beleidsplanning en -ontwikkeling met betrekking tot een gezonde leefstijl;
- het creëren van een breed draagvlak bij inwoners en organisaties in Zuidoost-Drenthe binnen en buiten de gezondheidszorg;
- het ontwikkelen van een organisatiestructuur die kans biedt op continuïteit na afloop van de gesubsidieerde projectperiode;
- het ontwikkelen van strategieën en het stimuleren tot de ontwikkeling van strategieën voor de bevordering van een gezonde leefstijl, hierbij rekening houdend met specifieke omstandigheden, mogelijkheden en wensen van de betreffende organisaties en gemeenten; preventie op maat.

4.2 Doelgroep

Het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' kende een combinatie van een populatiebenadering met een specifieke benadering van enkele subgroepen. Bij een community-based project bestaat in principe de doelgroep uit alle leden van de community, alle inwoners uit de wijken en dorpen in Zuidoost-Drenthe. In het project is daarnaast een aantal doelgroepen onderscheiden die extra aandacht verdienen. Dit waren:

- jongeren, in verband met de te behalen gezondheidswinst;
- mannen, in verband met het hoge risico op hart- en vaatziekten;
- personen met een lage sociaal-economische status, in verband met het hoge risico op hart- en vaatziekten.

Voor de specifieke doelgroepen is gekozen omdat uit beschrijving van andere projecten bekend was dat er goede ervaringen waren met specifieke doelgroepen. Voor jongeren werd gekozen vanuit de gedachte dat indien op jonge leeftijd een goede basis gelegd wordt voor gezond gedrag dat op latere leeftijd gemakkelijker wordt vastgehouden (Nederlandse Hartstichting, 1986; Janssen, 1992). Voor de doelgroep mannen werd gekozen vanwege de hoge prevalentie van hart- en vaatziekten bij deze groep in de regio Zuidoost-Drenthe. Voor de doelgroep personen met een lage sociaal-economische status is gekozen aangezien bekend is dat sociaal-economische status samenhangt met het vaker voorkomen van minder gunstige leefgewoonten en met hart- en vaatziekten (Mackenbach, 1991; 1994).

4.3 Voorbereidingen

Het project is opgezet als antwoord op de resultaten uit het vooronderzoek, namelijk de relatief hoge sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten in Zuidoost-Drenthe. Een tweede reden om het project op dat moment te starten was de beëindiging van het Pretensieproject. In dit project is gedurende ruim twee jaar samengewerkt tussen huisartspraktijken en GGD'en op het gebied van hart- en vaatziekten. In dit project was het onvoldoende mogelijk geweest aandacht te besteden aan preventie. Om de verkregen kennis en contacten niet verloren te laten gaan is gezocht naar mogelijkheden om de preventie van hart- en vaatziekten in de regio op een andere wijze voort te zetten. Aansluitend bij de veranderende ideeën over gezondheidsbevordering in Nederland en buitenland en de resultaten van buitenlandse community-projecten ontstonden de plannen voor een community-based project in Zuidoost-Drenthe.

Als eerste is een (globaal) projectplan opgesteld. Dit plan vormde de basis voor de subsidieaanvraag en voor de eerste uitvoering van het project. Informatie uit de determinantenanalyse gaf aan welke de meest geschikte activiteiten zouden zijn om de gewenste gedragsverandering te kunnen bewerkstelligen. Leefstijlfactoren (gedrag), de lokale problematiek van hart- en vaatziekten, de wijze waarop contacten met instellingen vorm zouden krijgen, het mediagebruik en achtergrondvariabelen, zoals leeftijd en geslacht, moesten nog in kaart worden gebracht. Het plan is gebaseerd op theorieën voor gedragsverandering en beïnvloeding die ook aan buitenlandse community-based projecten ten grondslag lagen. Gebruikt zijn onder andere: het integratiemodel van attitude en verandering van Flay, het model voor gedragsverandering via voorlichting van Kok, het informatie-proces-model van McGuire en de theorieën van Flay over het gebruik van massamediale programma's. Bij de ontwikkeling van plannen voor het project is sterk gekeken naar Heartbeat Wales en het Minnesota Heart Health Program. Het project in Wales is door een medewerker van de GGD bezocht. De community-benadering zou worden vormgegeven door de bevolking en organisaties te betrekken bij de opzet van activiteiten. Hierbij werd in de eerste plaats gedacht aan organisaties met een regionale bekendheid. Het project zou hiermee een eigen 'Drents karakter' krijgen. In september 1990 heeft het toenmalige ministerie van WVC subsidie toegekend aan het project.

4.4 Fasering van het project

Het project startte in mei 1991 en heeft acht jaar geduurd. Oorspronkelijk zou het project tweeënhalf jaar duren. Vanwege het belang dat werd gehecht aan het project en de eerste ervaringen met de methode in de eerste projectperiode is de duur met extra periode's verlengd tot acht jaar. In tabel 4.1 wordt het verloop en de verschillende fasen van het uiteindelijke project weergegeven.

Tabel 4.1 Fasering van de interventie en de evaluatie van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'

Periode	eerste periode 1991 - 1993	overbrugging 1993 - 1994	tweede periode 1994 - 1996	derde periode 1997 - 1999
Kenmerk interventie	ontwikkeling activiteiten en draagvlak, start projectgroepen	-	nadruk intersectorale groepen	implementatie en afronding ondersteuning projectgroepen
Evaluatiemeting	t=0	t=1	t=2	t=3

In de eerste projectperiode lag de nadruk op de ontwikkeling van het project, het bekend maken van het project, het ontwikkelen van draagvlak in de community en het opzetten en uitvoeren van preventieactiviteiten. De projectmedewerkers van de GGD hebben in eerste instantie zelf veel activiteiten opgezet en uitgevoerd. Deze activiteiten waren gericht op de hele regio Zuidoost-Drenthe. Geprobeerd werd de vier projectthema's onder de aandacht te brengen. Veel activiteiten zijn ontwikkeld en uitgetoet in de regio. Nieuwe activiteiten zijn geëvalueerd. In de eerste periode zijn de eerste gemeentelijke projectgroepen opgericht. Een aantal groepen voerde aan het eind van deze periode al zelfstandig activiteiten uit.

Tegen het einde van de eerste periode werd duidelijk dat het project goed aansloeg in de regio. Aangezien het meer tijd had gekost om de samenwerkingsstructuren op te zetten en het project 'op gang' te krijgen, werd getracht subsidie te verkrijgen voor een vervolg. Van de beoogde subsidiegever werd in afwachting van een definitieve toezegging een overbruggingssubsidie verkregen. Met deze subsidie werd het mogelijk, weliswaar in beperkte mate, een korte periode het project te continueren.

Na definitieve subsidietoekenning kon de tweede projectperiode starten. Deze richtte zich op het verder ontwikkelen en uitbouwen van het community-based interventiemodel; in Zuidoost-Drenthe waren dit de gemeentelijke projectgroepen. Het aantal projectgroepen breidde zich uit. Implementatie, het overdraagbaar maken en de verankering van de community-based structuren waren aandachtspunten in deze periode. In het begin van deze projectperiode zijn de lokale projectgroepen tot speerpunt van het project benoemd. Het projectteam van de GGD voerde zelf minder op de bevolking gerichte voorlichtingsactiviteiten uit. In de derde projectperiode stond afronding van het project centraal. De begeleiding van de projectgroepen werd afgebouwd. Een deel van de projectgroepen beëindigde haar werk en een deel van de groepen zette het werk voort. Enkele (activiteiten van de) groepen zijn geïmplementeerd in de gemeente, hetzij als zelfstandige organisatie hetzij als onderdeel van een bestaande organisatie. In deze periode is de evaluatie uitgevoerd en is een uitgebreid verslag opgesteld van de ervaringen en resultaten van community-based werken in de praktijk in Zuidoost-Drenthe.

4.5 Werkwijze en programma

Bij de werkwijze en de uitvoering van het programma in de praktijk is zo veel mogelijk aangesloten bij de gangbare uitgangspunten en theorieën, zoals die ook in hoofdstuk 3 zijn beschreven. Ten aanzien van een aantal aspecten verdient de gehanteerde werkwijze nog toelichting. Hieronder worden per projectperiode de kenmerken van de gebruikte werkwijze toegelicht.

4.5.1 Eerste projectperiode

Hoewel het doel van het project de promotie van een gezonde leefstijl is, werd aanvankelijk niet verwacht dat na de eerste projectperiode (tweeënhalf jaar) op bevolkingsniveau gedragsverandering zou plaatsvinden. Wel kon worden verwacht dat na deze periode de aandacht voor hart- en vaatziekten en de kennis over risicofactoren en misschien de attitude zou zijn veranderd.

Er is daarom in de eerste fase met name gewerkt aan:

- het bereiken van aandacht voor het project en de vier projectthema's: voeding, roken, beweging en stress;
- een vergroting van kennis over de risicofactoren voor hart- en vaatziekten;
- een positieve ontwikkeling in attitude wat betreft een gezonde leefstijl.

Verder is in deze periode gewerkt aan:

- het creëren van een breed draagvlak bij inwoners en organisaties in Zuidoost-Drenthe binnen en buiten de gezondheidszorg;
- het ontwikkelen van een organisatiestructuur die kans bood op continuïteit na afloop van de gesubsidieerde projectperiode;
- het ontwikkelen van strategieën voor de bevordering van een gezonde leefstijl, rekening houdende met specifieke omstandigheden, mogelijkheden en wensen van de betreffende organisaties en gemeenten; preventie op maat.

Werkwijze

De rol van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is in het begin die van een 'dissemination agent' geweest; de ondersteunende organisatie helpt het veranderingsproces op gang te brengen, te begeleiden en te verspreiden. De GGD onderhield enerzijds contacten met de 'innovators', de instellingen die voorlichtingsmateriaal, cursusprogramma's en dergelijke ontwikkelen, en anderzijds met 'providers' de plaatselijke instellingen of werkgroepen die de programma's uitvoeren. De strategie was niet eenvoudige productverspreiding, waarin getracht werd elders ontwikkelde innovaties ongeschonden door te voeren, maar omvatte een zekere 'wederzijdse aanpassing' tussen vernieuwers en gebruikers. Een nieuwe activiteit en aanpak werd, zonder aan kracht te verliezen, aangepast aan de eisen en belangen van de gebruikers: scholen, verenigingen,

bedrijven en dergelijke. De rol van de projectmedewerkers hierin was het bepalen van een opzet van het project en het bedenken van activiteiten. Gaandeweg is deze rol verschoven naar een meer begeleidende, adviserende en ondersteunende rol. In de praktijk van 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is bekendheid en draagvlak ontwikkeld bij politiek, instellingen en bevolking, via door de GGD georganiseerde programma's en massamediale activiteiten. Vanuit deze bekendheid en dit draagvlak is een start gemaakt met de (lokale) projectgroepen. Vervolgens verschoof de aandacht en inzet van middelen naar de verzelfstandiging van de lokale projectgroepen. In de praktijk kan deze structurering, in navolging van Van der Kamp (1990) en Cosijn (1992), in drie vormen van samenwerking worden benoemd, te weten: sponsoring, joint venture en synergie.

Sponsoring

Ten behoeve van de uitvoering van een groot aantal activiteiten kreeg de GGD financiële steun van banken, farmaceutische bedrijven en andere profit-organisaties in de gezondheids- en levensmiddelensector.

Joint venture

In het project is de verantwoordelijkheid voor de organisatie en uitvoering van een activiteit zoveel mogelijk gezamenlijk aangegaan. De meeste gevallen van bilaterale samenwerking betroffen een joint venture, bijvoorbeeld het project 'minder vet: HARTstikke Goed!' dat is uitgevoerd in acht filialen van een supermarktketen en het Gezondheidspaspoort voor kinderen, uitgevoerd in samenwerking met de toenmalige afdeling JGZ van de GGD. In de praktijk voerden projectmedewerkers van de GGD de voorbereidende en organiserende activiteiten uit, terwijl de partnerorganisatie meedacht, meebesliste en meewerkte in de uitvoering.

Synergie

De meest ideale samenwerkingsvorm vanuit het oogpunt van de community-benadering is synergie. Synergie betekent samenwerking en ondersteuning van activiteiten van andere organisaties, zodat uiteindelijk deze organisaties ook aandacht gaan geven aan de problematiek binnen hun eigen werkzaamheden. De GGD vervulde hiertoe de rol van bemiddelaar en pleitbezorger en schiep voorwaarden voor een goede uitvoering van activiteiten. In de uitwerking tot een concreet programma werd uitgegaan van een meersporen beleid en een multimediale en multimethodische aanpak. Hierbij is zowel de dieptebenadering als de breedtebenadering gehanteerd.

In de beginperiode van het project bestonden er nog geen projectgroepen. De aandacht lag vooral op het tot stand brengen van samenwerking met regionale

organisaties bij activiteiten en projecten. Ook moest de ontwikkeling van (en keuze van bestaande) geschikte activiteiten nog plaatsvinden. Er werd in de beginfase door allerlei (vooral grote) activiteiten geprobeerd de aandacht te trekken, het project naamsbekendheid te geven en geschikte activiteiten te ontwikkelen. De GGD organiseerde zelf deze (grootschalige) activiteiten. Deze werden gericht op de vier projectthema's. Veel van de activiteiten zijn samen met collega's uit andere sectoren georganiseerd. Met het verkrijgen van een goede bekendheid werd de basis gelegd voor het verder ontwikkelen van een draagvlak voor de uitbouw van het project. Daarnaast werd ervaring opgedaan met activiteiten die ook voor de lokale projectgroepen mogelijk uitvoerbaar zouden zijn. Voor de organisatie en uitvoering van activiteiten in de eerste periode werd de volgende indeling gemaakt.

Eigen activiteiten GGD

- Massamediaal
- Groepsvoorlichting aan algemeen publiek
- Gericht op de werkplek
- Samen met de profit sector

Activiteiten in de gemeenten

- Samen met het sociaal cultureel werk
- Starten van lokale projectgroepen

Activiteiten in het onderwijs

- Basisonderwijs
- Voortgezet onderwijs

4.5.2 Tweede projectperiode

In de tweede projectperiode werd naast verandering in aandacht, begrip en attitude, ook gestreefd naar verandering van intentie en gedrag. De doelen ten aanzien van aandacht, begrip en attitude waren een verdere verbetering ervan te bewerkstellingen en ten aanzien van intentie en gedrag een gunstige verandering in te zetten.

In verband met de te bewerkstelligen implementatie van het community-based preventiemodel werd als doel gesteld dat er na afloop van deze periode in zes gemeenten projectgroepen actief zouden zijn. Verankering zou worden bereikt wanneer na deze periode de projectgroepen zelfstandig activiteiten op zouden zetten, er in het gemeentelijke beleid aandacht zou bestaan voor de hart- en vaatziektenproblematiek en dat gemeenten financiën beschikbaar zouden stellen voor de HARTstikke Goed! projectgroepen. Verder zou het project overdraagbaar worden gemaakt door het opstellen van een handleiding voor het opstarten en functioneren van gemeentelijke projectgroepen.

Werkwijze

In de tweede projectperiode was de werkwijze en aanpak in wezen niet verschillend van die in de eerste projectperiode.

Op basis van resultaten uit de evaluatie werd een aantal activiteiten meer gericht op de doelgroepen en werd de methodiek aangepast zodat ze ook toepasbaar was voor andere groepen. Bijvoorbeeld:

- diverse activiteiten voor werknemers: tentoonstelling, stop met roken cursus, schriftelijke informatie;
- leerlingen: uitbreiden PGO, promotie lespakketten gericht op leefstijl, wedstrijden;
- sociaal-cultureel werk: leefstijlprogramma voor meisjes van 11-13 jaar;
- bezoekers horeca: rookvrije ruimte en hartstikke Goed! menu;
- supermarkt: diverse activiteiten gericht op vermindering van vetconsumptie;
- diverse publiekgerichte activiteiten: voeding-, stress-, sport- en roken-manifestaties en fittests.

De contacten met intermediairen werden uitgebreid. Dit leidde tot nieuwe activiteiten die in samenwerking opgezet en georganiseerd werden. Bijvoorbeeld:

- voorlichtingsavond, receptencampagnes;
- rookpreventie activiteiten voortgezet onderwijs;
- cursus omgaan met stress.

Ten behoeve van de ondersteuning en uitbreiding van de gemeentelijke projectgroepen werd gezocht naar nieuwe participanten en vrijwilligers. Tevens werd gewerkt aan het opstellen van gemeentelijke projectplannen voor de komende projectperiode. In deze periode zijn contacten met huis-aan-huis bladen, de radio en de algemene publiciteit geïntensiveerd.

4.5.3 Derde projectperiode

De subdoelstellingen wat betreft doelstelling 1, namelijk de promotie van een gezonde leefstijl, die voor de derde projectperiode geformuleerd zijn waren:

- verbeteren van gedrag ten aanzien van voeding, beweging, roken en stress van de bevolking in de gemeenten met een gemeentelijke projectgroep;
- nagaan of de gunstige ontwikkelingen uit de eerdere projectperioden ook op de langere termijn beklijven.

In de derde projectperiode was ten aanzien van doelstelling 2, de ontwikkeling van een community-based interventiemodel, het doel de bestaande projectgroepen te implementeren en de begeleiding en ondersteuning door de projectmedewerkers af te ronden. Daarnaast was het doel onder andere op basis van de evaluatie het overdraagbare community-based interventiemodel bij te stellen.

Werkwijze

In de derde projectperiode was er sprake van een andere projectvoering. De ondersteuning van de gemeentelijke projectgroepen was met name gericht op de verzelfstandiging, implementatie en afronding en in mindere mate op de ondersteuning bij de uitvoering van activiteiten. In deze periode organiseerden de GGD-projectmedewerkers geen eigen activiteiten meer. Tevens werd gewerkt aan de evaluatie en de beschrijving van de resultaten en ervaringen met de gemeentelijke projectgroepen. Het 10-fasenmodel werd uitgewerkt naar een stappenplan, dat als algemeen model zou kunnen fungeren voor het opzetten van preventie- en voorlichtingsactiviteiten met gebruikmaking van een lokale en gemeenschapsgerichte aanpak.

4.6 Gemeentelijke projectgroepen

De gemeentelijke projectgroepen namen in het project een centrale plaats in. In het eerste jaar van het project werden nog veel activiteiten door het projectteam georganiseerd, in de loop van het project verschoof de verantwoordelijkheid voor de opzet en uitvoering van activiteiten naar de lokale groepen. Tot aan het eind van het project zijn de gemeentelijke projectgroepen actief geweest. Aangezien de projectgroepen de kern van het project vormden, hierdoor werden participatie en intersectorale samenwerking bewerkstelligd, en deze groepen in de loop van het project vrijwel alle activiteiten organiseerden, wordt in deze paragraaf ingegaan op de praktijk, de samenstelling en de werkwijze van deze groepen.

4.6.1 Kenmerken van de gemeentelijke projectgroepen

Naar voorbeeld van de Heartbeat Wales Action teams en de gezondheidswerkgroepen van het Minnesota Health Program, ontstond in augustus 1991 het idee om projectgroepen in de regio op te zetten. Er is gezocht naar een samenwerkingsstructuur die aan vier voorwaarden moest voldoen:

- de manier van samenwerking zou moeten leiden tot een breed draagvlak onder de bevolking van Zuidoost-Drenthe om aan de problematiek van hart- en vaatziekten te werken;
- de werkwijze moest efficiënt zijn;
- de werkwijze moest een grote kans op continuïteit bieden;
- de werkwijze moest aansluiten bij de bestaande situatie.

Aanvankelijk was de gedachte om bovengemeentelijke projectgroepen te starten, waarin naast vertegenwoordigers uit de bevolking diverse categorale organisaties, zoals supermarkten, bedrijven en het onderwijs konden participeren. Dit idee is echter niet verder uitgewerkt. Bij nader inzien werd verondersteld dat op deze

manier de participatie van de bevolking en de diverse organisaties niet goed mogelijk was. Meer werd verwacht van projectgroepen op een kleinere, gemeentelijke schaal. Hiervoor bestond een aantal redenen. Ten eerste is in een gemeente, voornamelijk een kleine gemeente, voldoende saamhorigheidsgevoel aanwezig om gezamenlijk een probleem aan te pakken. Daarnaast kan een ambtenaar volksgezondheid van een gemeente een belangrijke rol spelen in de continuïteit van de projectgroep. Tot slot bestond de veronderstelling dat via de activiteiten van de projectgroep de gemeente kan 'scoren' op het onderwerp volksgezondheid en daardoor bereid is te participeren.

Een voorwaarde voor het opzetten van de projectgroepen was de betrokkenheid van de politiek en het gemeentelijk apparaat. Verwacht werd dat zij een rol zouden kunnen spelen bij de inbedding van preventie van hart- en vaatziekten in het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid en konden zorgen voor verstrekking van de benodigde financiële middelen. Bovendien konden ambtenaren door ondersteuning een belangrijke rol spelen bij de continuïteit van de gemeentelijke projectgroepen.

De doelstelling van de gemeentelijke projectgroepen was als volgt geformuleerd: 'het invoeren van een doeltreffend systeem om de bevolking en organisaties te betrekken bij beleidsplanning en -ontwikkeling met betrekking tot een gezonde leefstijl en het ontwikkelen van strategieën voor de promotie van een gezonde leefstijl, hierbij rekening houdende met specifieke omstandigheden, mogelijkheden en wensen van de betreffende organisaties en gemeenten: Preventie op maat'. In eerste instantie kregen de projectgroepen een beperkte, signalerende, rol. Het was de bedoeling dat men signaleerde wat er in hun gemeente zoal leefde en deze signalen terug te koppelen naar de GGD. De projectgroepen zouden op deze manier direct of indirect een bijdrage kunnen leveren aan de bevordering van een gezonde leefstijl bij de bevolking van Zuidoost-Drenthe.

Door vertegenwoordigers van verschillende sectoren te verzoeken deel te nemen aan de projectgroepen is gestreefd naar een breed draagvlak in de samenleving. De volgende sectoren zijn gevraagd te participeren: huisartsen, scholen, vrijwilligersorganisaties, het sociaal-cultureel werk en opbouwwerk, bedrijven, de horeca, het ouderenwerk, de afdelingen sport en welzijn van de betreffende gemeente, het Rode Kruis, aanwezige patiëntenverenigingen, fysiotherapeuten. De veronderstelling was dat elke sector of intermediair een eigen achterban heeft waardoor veel mensen werden bereikt. Bovendien had elke sector zijn eigen hulpbronnen in de vorm van deskundigheden, middelen, faciliteiten, contacten, enzovoort. In 1992 is in alle gemeenten daadwerkelijk gestart met het opzetten van de projectgroepen. Het leidde in de eerste periode tot projectgroepen in vier kleine gemeenten. Eind 1992 en begin 1993 gingen er projectgroepen van start in de gemeenten Schoonebeek, Dalen, Zweeloo, en Oosterhesselen. In de tweede projectperiode startten Odoorn in het voorjaar en Borger in het najaar van 1995.

Tabel 4.2 Aantal vertegenwoordigers in de projectgroepen per organisatie

	Dalen	Ooster- hesselen	Zweeloo	Schoone- beek	Odoorn	Borger
gemeente afdeling welzijn	1	-	1	1	-	1
gemeente afdeling sport	1	-	-	1	-	1
basisonderwijs	1	-	-	1	1	-
voortgezet onderwijs	-	1	-	1	-	-
vrouwenverenigingen	1	-	2	5	1	-
welzijnswerk	1	1	1	-	1	1
huisartsen	-	1	1	1	-	-
ouderenwerk	1	-	1	1	1	-
onafhankelijke vrijwilligers	-	2	3	-	-	-
plaatselijk belang, dorpen	-	2	-	-	-	-
vrienden van de NHS ¹	-	-	-	-	-	1
Rode Kruis	-	-	-	-	-	1
sportstichting	-	-	-	-	-	1
fysiotherapeut	-	-	-	-	-	1
GGD	1	1	1	1	1	1

1) NHS = Nederlandse Hartstichting

Door onduidelijkheid over de vervolgfinanciering van het project werden de projectgroepen eind 1993 geconfronteerd met onzekerheid. In mei 1994 werd pas duidelijk dat het project definitief door zou gaan en met een tweede periode kon worden gestart. De meeste groepen hebben in deze periode toch een aantal activiteiten uitgevoerd en het werk gecontinueerd. De oorspronkelijke doelstelling om in alle negen gemeenten projectgroepen te starten werd in het werkplan van de tweede periode teruggebracht naar zes. In september 1994 werd ingezet op het inrichten van twee nieuwe projectgroepen. De projectgroepen werden bij de overgang naar de derde periode van het project opnieuw geconfronteerd met onzekerheid over de voortgang. Daarnaast begon de gemeentelijke herindeling volop te spelen, waardoor de bereidwilligheid van de gemeenten om ondersteuning te bieden aan de projectgroepen zeer onder druk kwam te staan. Uiteindelijk is het niet gelukt in alle gemeenten projectgroepen in te richten. In de procesevaluatie wordt uitgebreid ingegaan op de verklaringen hiervoor. In schema 4.2 is een overzicht gegeven van de samenstelling van de gemeentelijke projectgroepen welke in Zuidoost-Drenthe hebben gefunctioneerd.

De aanpak, activiteiten en samenstelling van de projectgroepen verschilden per gemeente. Globaal is er een onderscheid te maken in twee typen projectgroepen, de uitvoerende groep en de stuurgroep. In beide type groepen is het belangrijk dat een beroepskracht als trekker fungeert, omdat deze continuïteit kan bieden. De samenstelling van projectgroepen en de mogelijkheden en capaciteiten van de leden is zeer divers. Hierdoor is de organisatie van activiteiten verschillend aangepakt.

Kenmerkend voor uitvoerende groepen is dat deze veelal bestaan uit vertegenwoordigers van vrijwilligersorganisaties, zoals vrouwenverenigingen en ouderenbonden. Zij kiezen ervoor om uitvoerend bezig te zijn. Schrijven van een activiteitenplan en de organisatie van de activiteiten is dan een taak van de GGD.

De leden van een uitvoerende groep zijn veelal 'doeners', die de activiteiten zelf uitvoerden.

Stuurgroepen zijn groepen met veel beroepskrachten, bijvoorbeeld vanuit het sociaal-cultureel werk of het opbouwwerk. Zij hebben meer mogelijkheden om bestaande netwerken en organisaties bij elkaar te brengen. De stuurgroep heeft een begeleidende en coördinerende rol. Dit betekent dat zij niet zelf de uitvoering ter hand neemt, maar er voor zorgt dat anderen dit doen. Hiervoor is het nodig dat er een netwerk wordt opgezet van mensen en/of organisatie die activiteiten kunnen gaan uitvoeren. De stuurgroep zorgt ervoor dat er samenhangend geheel van activiteiten ontstaat dat ook aansluiting heeft met bestaande samenwerkingsverbanden en preventieprogramma's van bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties of de universiteit. Mengvormen tussen de twee genoemde organisatievormen zijn mogelijk. De groep voert dan zowel coördinerende als uitvoerende taken uit.

Tabel 4.3 Aspecten en activiteiten van de projectgroepen

	Dalen	Oosterhesselen	Zweeloo	Schoonebeek	Odoorn	Borger
grootte gemeente dorpen	5.650	4.925	2.850	7.650	12.348	12.850
kerndorp	5	5	6	4	10	13
organisatievorm	Dalen	Oosterhesselen	Zweeloo & Aalden	Schoonebeek	Odoorn & Exloo	Borger
trekker periode activiteiten	uitvoerend organisatie gemeente '92-'97	stuur-groep gemeente '92-'96	SCW/GGD '92-'97	uitvoerend organisatie gemeente '92-'97	coördinatie SCW '96-'98	uitvoerend gemeente '96-'98
- voeding	29	5	11	5	2	
- beweging	2	2	3	6	18	20
- roken	2	9	5	12	14	10
- stress	-	1	2	2	3	1
- algemeen	3	19	16	6	5	2

4.6.2 Invloed van de gemeentelijke herindeling

In de periode dat het project in Zuidoost-Drenthe werd uitgevoerd, werd een gemeentelijke herindeling in de gehele provincie doorgevoerd. Dit betekende dat in de regio Zuidoost-Drenthe de negen bestaande gemeenten werden samengevoegd tot drie nieuwe gemeenten. De gemeenten Borger en Odoorn zijn samengegaan als de nieuwe gemeente Borger-Odoorn. De nieuwe gemeente Coevorden is ontstaan uit de oude gemeenten Coevorden, Dalen, Oosterhesselen, Sleen en Zweeloo. De nieuwe gemeente Emmen is een samenvoeging van de gemeenten Emmen en Schoonebeek. Het proces rond de gemeentelijke herindeling heeft zeer grote invloed gehad op het project. Gemeenteambtenaren en de gemeentepolitiek waren voornamelijk bezig met gedachtevorming over de eigen gemeente en de herindeling werd als legitimatie gebruikt om besluitvorming uit te

stellen, inclusief de besluitvorming over het vervolg van de gemeentelijke projectgroepen en financiering of andere bijdragen aan het project.

In de nieuwe gemeente Borger-Odoorn waren na de herindeling twee projectgroepen actief. De groepen hadden vanaf het begin van hun oprichting (toen nog in de afzonderlijke gemeenten) contact met elkaar. Er werd samengewerkt bij de uitvoering van het rook- en alcoholproject op de basisscholen en in 1998 breidde de samenwerking zich uit tot het GALM-project in de gemeente. Groningen Actief Leven Model is een in Groningen ontwikkelde aanpak om personen aan te zetten tot meer beweging. Met de acht bewegingsgroepen in de nieuwe gemeente is een vereniging GALM opgezet.

Na afronding van de activiteiten van de projectgroepen in Borger en Odoorn verzochten de basisscholen in de nieuwe gemeente de Stichting Welzijn Borger-Odoorn om de rook- en alcoholprojecten voort te zetten en deze te koppelen aan een alcohol- en drugsproject. Deze activiteit is vervolgens verder voorgezet.

In de gemeente Coevorden was na de gemeentelijke herindeling geen enkele projectgroep meer actief. Wel zijn in de gemeente Coevorden gesprekken geweest met de vijf stichtingen voor sociaal cultureel werk. Doel van dit overleg was om te kijken of er mogelijkheden waren voor een vervolg van de HARTstikke goed!-activiteiten door het sociaal cultureel werk. Eventueel zou een aantal activiteiten in de nieuwe organisatie van het sociaal cultureel werk deel uit gaan maken van het activiteitenpakket. Zo zouden de activiteiten ook in andere dorpen van de nieuwe gemeente worden aangeboden. In enkele gevallen zijn daadwerkelijk een aantal activiteiten in de nieuwe gemeente uitgevoerd.

In de gemeente Emmen zelf is het nooit gelukt in het kader van 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' een gemeentelijke projectgroep te starten. Voor het samengaan van de gemeenten Emmen en Schoonebeek werd de projectgroep Schoonebeek al ondersteund door de (gedetacheerde) ambtenaar welzijn van de gemeente Emmen. Na het samengaan van de beide gemeenten is de ondersteuning van de projectgroep door de ambtenaar, wegens drukke bezigheden, beëindigd. Ondanks het feit dat de leden van de projectgroep in Schoonebeek bereid waren verder te gaan, is er in de nieuwe gemeente Emmen niet meer gesproken over een gezamenlijke opzet of voortgang van een HARTstikke Goed! projectgroep.