

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.

6 Procesevaluatie: ervaringen met het project

Dit hoofdstuk gaat in op de verschillende onderdelen van de procesevaluatie. Vanaf het begin van het project zijn de genomen stappen en de opgezette activiteiten geëvalueerd. Niet alleen activiteiten, maar ook ervaringen van betrokkenen en deelnemers met het project en de ervaringen van de gemeenten en projectmedewerkers zijn beoordeeld.

Vooral in de eerste projectjaren is een aantal activiteiten specifiek voor Zuidoost-Drenthe ontwikkeld. Tevens is geëxperimenteerd met het betrekken van intermediairen en het starten van intersectorale groepen. Om de ervaringen met deze, voor de GGD nieuwe, werkmethoden na te gaan en de effectiviteit van deze onderdelen te bepalen is een aantal deelprojecten geëvalueerd. Ook deze komen aan bod in de procesevaluatie. De volgende paragrafen beschrijven de onderdelen uit deze procesevaluatie.

6.1 Intersectorale samenwerking op regionaal niveau

Een belangrijk uitgangspunt voor 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is de community-benadering. Cruciale vragen hierbij zijn 'Hoe kan de bevolking bij de lokale gezondheidsactiviteiten worden betrokken?' en 'Hoe kunnen de diverse sectoren die van invloed kunnen zijn bij het aan te pakken probleem worden georganiseerd?'. Bij de ontwikkeling, opzet en uitvoering van dit project wordt intersectorale samenwerking beschouwd als een sleutelbegrip. Deze samenwerking is van belang omdat de bevordering van een gezonde leefstijl en daarmee het terugbrengen van het risico van hart- en vaatziekten beschouwd wordt als een collectieve verantwoordelijkheid. Onder de aandacht moet worden gebracht dat de verschillende sectoren keuzen (kunnen) maken die meer of minder directe gevolgen hebben voor de gezondheid van de bevolking van Zuidoost-Drenthe. Intersectorale samenwerking wordt in dit project op twee manieren vorm gegeven, namelijk door bilaterale samenwerking en door gemeentelijke projectgroepen.

De resultaten van een procesevaluatie, die is uitgevoerd naar de mate waarin intersectorale samenwerking is gerealiseerd, staan hieronder beschreven. Bovendien is een behoefteonderzoek uitgevoerd naar de belangstelling van intermediairen om in de toekomst betrokken te blijven bij het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'. Intermediairen zijn organisaties die in het proces van voorlichting een bemiddelende rol kunnen spelen tussen de voorlichtende instantie en haar doelgroepen.

6.1.2 Resultaten

Respons

Van de 191 organisaties hebben 38 niet meegewerkt aan het onderzoek vanwege vakantie, 8 wilden geen medewerking verlenen en 11 konden niet worden bereikt. De respons komt hiermee op 134 organisaties (70%).

Bekendheid

Van alle respondenten had 63% al eens eerder gehoord van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'. De manieren waarop de meeste respondenten ervan hoorden was via kranten (84%), een brief van het project (74%), de projectfolder (74%) en collega's (52%). Van alle intermediairen wist 1% niet (meer) op welke manier zij van het project hadden gehoord. In de tweede helft van 1991, de periode waarin het project is gestart, hoorde 33% voor het eerst van het project. Van de overige respondenten hoorde 19% voor het eerst van het project in de eerste helft van 1992, 20% in de tweede helft van 1992, 13% in de eerste helft van 1993 en 15% weet niet meer wanneer men voor het eerst van het project hoorde. Bij de vraag naar de reden voor het opzetten van het project noemt 56% de hoge sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten, en 33% de promotie van een gezonde leefstijl. Andere redenen die werden genoemd zijn roken (4%), voeding (4%), beweging (1%) en het antwoord 'anders, namelijk..' (2%). Het onderwerp stress werd niet genoemd en 11% kon geen reden noemen. De meest bekende hoofdthema's waren voeding (69%) en beweging (66%). Minder bekend zijn roken (49%) en stress (22%); 26% kon geen enkel hoofdthema noemen. Dat de GGD de uitvoerende organisatie is wist 56% en 14% noemde een andere organisatie. De meest genoemde activiteiten van het project waren de fitheidstest (32%), de onderwijsacties (22%), de stop-met-roken informatieavond (19%) en de voedingsmanifestatie (16%). Van de intermediairen kon 28% geen activiteit noemen. Bij 71% van de organisaties was het project wel eens besproken, en 28% had er wel eens met collega's van andere organisaties over gesproken.

Belangstelling

Van de ondervraagde intermediairen vond 61% het project interessant voor de eigen organisatie. Hiervan gaf 38% als reden dat zij een vermindering van sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten of de promotie van een gezonde leefstijl als een verantwoordelijkheid zien. Het grootste deel gaf het antwoord 'anders, namelijk..'. De intermediairen die het project niet interessant vonden voor hun organisatie gaven als reden dat zij een vermindering van sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten of de promotie van een gezonde leefstijl niet als een eigen verantwoordelijkheid zien (31%), geen tijd hebben (28%), er wordt al veel op dit gebied gedaan met andere organisaties (16%) en 44% geeft het antwoord 'anders,

namelijk..'. De interesse voor de thema's was als volgt: voeding (75%), beweging (71%), roken (62%) en stress (62%). Van alle respondenten dacht 84% een bijdrage te kunnen leveren aan het promoten van een gezonde leefstijl, en 62% vond dit een verantwoordelijkheid van de eigen organisatie. Een derde (34%) zag dit niet als een verantwoordelijkheid.

Betrokkenheid

Bijna de helft (46%) van de intermediairen gaf aan wel eens schriftelijk of telefonisch benaderd te zijn door één van de projectmedewerkers. Bij 67% leidde dit contact tot samenwerking. Het verloop van deze samenwerking vond 72% goed, 24% redelijk en 4% slecht. Van alle respondenten had 41% wel eens samengewerkt of contact gehad met andere organisaties op het gebied van roken, voeding, beweging en stress. Bij 53% vond dit plaats zowel voor als na de aanvang van het project in mei 1991, bij 22% alleen voor mei 1991 en bij 25% na mei 1991. De vraag of men (nog) wel eens door het project benaderd zou willen worden, beantwoordde 63% met ja, 29% met nee en 7% weet het niet. De interesse van de respondenten die het project niet kenden, was voor de projectonderwerpen als volgt: voeding (79%), beweging (62%), roken (59%) en stress (56%) (Dijkstra, 1993).

6.1.3 Conclusie en discussie

Conclusie

Binnen het project worden drie niveaus van draagvlak onderscheiden. Van niveau één tot drie zijn dit: bekendheid, belangstelling en betrokkenheid. Op het niveau van bekendheid is er een breed draagvlak. Van de intermediairen was 63% (n=85) bekend met het project. De enige groep intermediairen die hiervan afweek is de horeca; slechts 19% (n=6) had al eens eerder gehoord van het project. Op het niveau van belangstelling is het draagvlak iets minder breed, want 61% (n=52) van de intermediairen die bekend waren met het project had er belangstelling voor. Niettemin kan er op dit niveau van een breed draagvlak worden gesproken. Ook hier vormde de horeca een uitzondering, want geen enkel horeca-bedrijf uit de steekproef had interesse voor het project. De vrouwenorganisaties toonden eveneens minder interesse dan de rest van de intermediairen; 33% (n=7) had belangstelling. Op het niveau van betrokkenheid is het draagvlak het minst breed. Van de intermediairen die zeiden dat ze wel eens benaderd zijn door het project werkte 67% (n=26) samen met het project. Hiertoe behoorden geen horeca-bedrijven uit de steekproef. Van alle intermediairen werkte 41% (n=55) wel eens samen met andere organisaties op het gebied van de promotie van een gezonde leefstijl. Bij 22% (n=12) vond dit plaats voor de start van het project in mei 1991, en bij 25% (n=14) was dit na mei 1991. Een meerderheid van 53% (n=290) was betrokken bij andere organisaties voor én na mei 1991.

De vraag naar belangstelling om in de toekomst betrokken te worden bij het opzetten en uitvoeren van HARTstikke Goed! activiteiten is in de enquête vrijblijvend geformuleerd door te vragen of de intermediairen (nog) wel eens door het project benaderd zouden willen worden. Van alle intermediairen reageerde 63% (n=85) hierop positief. Het draagvlak op het niveau van betrokkenheid kan dus nog veel breder worden. De horeca vormde opnieuw een uitzondering, slechts 25% (n=8) gaf aan bereid te zijn een volgende keer medewerking te verlenen aan het project.

Concluderend kan worden gesteld, dat onder de intermediairen in Zuidoost-Drenthe, de bekendheid van, de belangstelling voor en de betrokkenheid bij het project groot is. De intermediaire groep horeca vormt hierop de enige uitzondering. Gezien de reacties van de intermediairen kan het draagvlak op alle niveaus nog veel breder worden. Dit is ook nodig voor de continuering van de promotie van een gezonde leefstijl na afloop van de eerste projectperiode. Intersectorale samenwerking, als sleutelbegrip in de community benadering, is een goede strategie gebleken voor een preventieproject in een grote regio.

Discussie

Voorzover bekend zijn er in Nederland geen vergelijkbare onderzoeken gedaan naar het functioneren van intermediairen binnen een project dat gebruik maakt van een community-benadering. De resultaten van dit onderzoek staan daarom op zichzelf. In de conclusies ligt de nadruk op de algemene resultaten. Dit komt doordat alleen de totale groep respondenten (n=134) groot genoeg is om representatieve uitspraken te doen. De meeste intermediaire groepen zijn te klein om conclusies uit te trekken die representatief zijn voor die betreffende groep. Hierdoor is een vergelijking tussen de intermediaire groepen niet mogelijk. De waarde van de onderzoeksgegevens ligt in het beeld dat wordt verkregen over het functioneren van de totale groep intermediairen binnen het project.

De bekendheid van het project is waarschijnlijk groter dan 63%. Veel mensen kennen wel enkele activiteiten, maar weten niet dat ze worden georganiseerd door een project met de naam 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'. Het hoofdthema stress is niet goed bekend. Dit komt waarschijnlijk doordat in de interventieperiode weinig activiteiten over dit onderwerp zijn georganiseerd. Binnen 71% (n=60) van de organisaties was wel eens gesproken over het project en 28% (n=24) had er wel eens met andere organisaties over gesproken. Waarschijnlijk wordt er binnen organisaties op een informele manier vrij veel over het project gesproken, maar in mindere mate op een formele manier zoals bijvoorbeeld tijdens een vergadering tussen organisaties.

Het project gaat er van uit dat alle 10 intermediaire groepen een bijdrage kunnen leveren aan de promotie van een gezonde leefstijl; 84% (n=113) van de

intermediairen was het hiermee eens. Deze organisaties moeten er eerst van worden overtuigd dat ze daadwerkelijk een bijdrage kunnen leveren aan deze promotie, voordat ze een samenwerking met het project zullen overwegen. De promotie van een gezonde leefstijl zag 62% als een verantwoordelijkheid van de eigen organisatie. Dit percentage bestaat voornamelijk uit intermediairen met een direct gezondheidsbelang, zoals gezondheidsorganisaties en huisartsen. Intermediairen zonder een direct gezondheidsbelang moeten gewezen worden op deze verantwoordelijkheid en de mogelijkheden, zodat zij het belang van samenwerking met het project inzien en bereid zijn actie te ondernemen. Opvallend is dat 66% (n=22) van de horeca dacht een bijdrage te kunnen leveren aan het promoten van een gezonde leefstijl, en dat 44% (n=14) dit zag als een eigen verantwoordelijkheid. Deze cijfers komen niet overeen met de geringe belangstelling van de horeca voor het project. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de horeca-ondernemers wel iets willen doen aan de promotie van een gezonde leefstijl, maar niet in samenwerking met een project.

6.2 Gemeentelijke projectgroepen

In de voorbereidingsfase van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is gezocht naar een samenwerkingsstructuur die aan een viertal voorwaarden zou moeten voldoen. Dit waren een breed draagvlak, een efficiënte werkwijze, een grote kans op continuïteit en aansluiting bij de bestaande situatie. Op basis hiervan werd gekozen voor de oprichting van gemeentelijke projectgroepen. In de loop van het project kwam steeds meer de nadruk te liggen op deze groepen. De verwachting was dat deze groepen een doeltreffend systeem zouden vormen om de bevolking en organisaties te betrekken bij beleidsplanning en -ontwikkeling en bijdragen aan de preventie op maat. Om de ervaringen met de gemeentelijke projectgroepen in kaart te brengen en na te gaan of aan de verwachtingen wordt voldaan is het proces van de totstandkoming en de werkwijze van de gemeentelijke projectgroepen op een aantal wijzen geëvalueerd. In dit hoofdstuk worden de resultaten van de procesevaluatie volgens het 10-fasenmodel, het procesonderzoek naar de totstandkoming van de gemeentelijke projectgroepen en een vervolgonderzoek naar het functioneren van de projectgroepen weergegeven. De achtergrond van het 10-fasenmodel is in hoofdstuk 3 besproken.

6.2.1 Materiaal en methode

Het procesonderzoek naar de gemeentelijke projectgroepen bestaat uit drie afzonderlijk uitgevoerde evaluaties. Hieronder wordt de werkwijze toegelicht.

De beschrijving van de fasen uit het 10-fasenmodel is voornamelijk gebaseerd op ervaringen van GGD-medewerkers en projectmedewerkers, gesprekken met betrokkenen, notulen van projectgroepen en uitgevoerde activiteiten in de eerste, tweede en derde projectperiode.

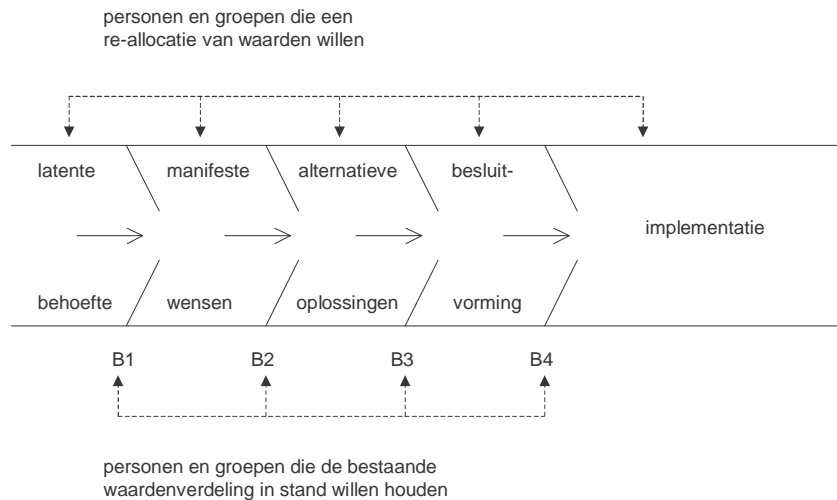
Opstarten van projectgroepen, initiatiefase

Om te onderzoeken welke (f)actoren hebben bijgedragen aan het al dan niet instellen van een gemeentelijke projectgroep (initiatiefase) is gebruik gemaakt van dossieronderzoek (onder andere notulen, briefwisseling tussen GGD en gemeenten, ambtelijke adviezen) en interviews met de betrokken welzijnsambtenaren. De onderzoekspopulatie bestaat uit de welzijnsambtenaren van de acht gemeenten in Zuidoost-Drenthe. Eén gemeente is niet in het onderzoek betrokken.

Aan de hand van het barrièremodel van Bachrach en Baratz (1970) wordt aangegeven welke barrières tijdens de initiatiefase kunnen optreden in het besluitvormingsproces bij de gemeenten. Het genoemde model is een agendavormingsmodel, waarin systematisch aandacht wordt besteed aan de tegenspoed die een bepaald thema op zijn weg van latente behoefte tot uitgevoerd beleid kan tegenkomen. Dit zijn zogenaamde non-decisions. Het barrièremodel is schematisch weergegeven in figuur 6.1.

In de maatschappij zijn personen of groepen die op een gegeven moment inzien dat de waardenverdeling van de samenleving aan herziening toe is. Zij proberen hun, tot dan toe min of meer latente, behoefte als manifeste wens op de agenda te krijgen. Die personen en groepen die belang hebben bij het in stand houden van de bestaande waardenverdeling zullen proberen dit te voorkomen. De eerste barrière (B1) bestaat uit een 'prevention of want-demand conversion'; de partijen moeten overeenstemming hebben over het belang om gezamenlijk iets te doen aan het probleem. De volgende stap in het besluitvormingsproces bestaat uit het aandragen van oplossingen en alternatieven die het beoogde beleidseffect dichterbij dienen te brengen. Gezocht wordt naar thema's die in beginsel een plaats op de besluitvormingsagenda zouden kunnen krijgen. Ook deze stap kan verhinderd worden. In de figuur is dat de tweede barrière, te weten 'prevention of demand issue conversion' (B2). De fase van besluitvorming wordt bepaald door allerlei regels met betrekking tot de besluitvorming zoals: de vorm waarin een besluit genomen moet worden, adviesprocedures, stemprocedures, enzovoort. Deze regels zijn neutraal, maar worden in het model gebruikt als barrière (B3). Nadat een besluit is genomen hoeft het niet altijd uitgevoerd te worden. Ook hier kan een barrière worden opgeworpen (B4). Alle aanwezige barrières moeten genomen worden om de gewenste beleidseffecten te bereiken.

Omdat het barrièremodel alleen aangeeft waar en welke barrières kunnen worden opgeworpen in het besluitvormingsproces wordt het onderzoek gecompleteerd door middel van vijf exogene factoren die een verklaring kunnen geven waarom de gemeenten besluiten mee te werken aan het project en de barrières overwinnen: tijdbesteding, subsidiëring, aansluiting op reguliere werkzaamheden, grootte van de gemeente en tot slot deskundigheid, volksgezondheid en voorlichting.



Figuur 6.1 Schematische voorstelling van het barrièremodel (Van Dijk, 1992)

Procesevaluatie eerste projectperiode

In de eerste projectperiode is in de gemeenten waar de initiatiefase succesvol verlopen is een vervolgonderzoek gedaan naar het doorlopen van de presentatie- tot en met de evaluatiefase: het functioneren van de gemeentelijke projectgroepen. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van dossieronderzoek en schriftelijke enquêtes. Er zijn twee verschillende vragenlijsten gebruikt. Een vragenlijst was bedoeld voor de twee projectgroepen die in de presentatiefase zijn blijven steken (niet-geslaagde projectgroepen). De andere vragenlijst is voorgelegd aan de vier projectgroepen die alle fasen, tot en met de implementatiefase, hebben doorlopen (geslaagde projectgroepen).

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestaat uit alle personen die ooit formeel zijn benaderd om aan een gemeentelijke projectgroep deel te nemen. Uit deze populatie is geen steekproef getrokken. De respons op de schriftelijke enquêtes was 88% en 53% in respectievelijk de geslaagde en niet-geslaagde projectgroepen.

6.2.2 Resultaten

In het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' hebben zes lokale projectgroepen invulling gegeven aan de community-benadering. Al deze projectgroepen hebben het 10-fasenmodel volledig doorlopen. Het 10-fasenmodel is dynamisch, niet alle groepen staan even lang stil bij één fase en meer fasen worden soms gelijktijdig doorlopen. De eerste vier projectgroepen hebben fase nul tot en met zeven (oriëntatie tot en met evaluatie) uitgevoerd in de eerste projectperiode. De laatste fasen (presentatie, behoud/consolidatie en verankering) hebben zij uitgevoerd in de tweede projectperiode. Voor een uitvoerige beschrijving van de eerste fasen wordt verwezen naar De Vries (1995). De twee later gestarte projectgroepen hebben de fasen in de tweede subsidieperiode doorlopen. Deze projectgroepen konden sommige fasen versneld doorlopen, omdat de benodigde kennis en informatie al aanwezig waren bij de GGD. Hieronder worden de achtereenvolgende fasen van het model besproken.

Fase 0 Oriëntatiefase

In de oriëntatiefase is een globaal raamwerk voor de opzet en inhoud van het project gemaakt. Dit resulteerde in een projectvoorstel. De oriëntatie vond plaats op het gebied van hart- en vaatziektenproblematiek en de te volgen strategie om leefstijlelementen die een risico vormen voor hart- en vaatziekten in gunstige zin om te buigen. Deze fase werd uitgevoerd door medewerkers van de GGD. Participatie van de bevolking en samenwerking met intermediairen bij de uitvoering of interpretatie van de analyses vonden niet plaats.

Probleemanalyse

De aanleiding voor het project was in feite tevens de probleemanalyse die werd uitgevoerd. Uit de analyse van sterftcijfers in de regio Zuidoost-Drenthe bleek dat er, met name onder mannen, ten opzichte van de Nederlandse situatie een oversterfte was. Binnen het lopende PreTensie-project bestonden te weinig mogelijkheden voor voorlichting en preventie. Daarom werd besloten tot een vervolgproject met meer aandacht voor collectieve preventie van hart- en vaatziekten.

Strategie

In de oriëntatiefase is verder gekeken naar mogelijke te volgen strategieën. Er werd een literatuurstudie verricht naar strategieën voor de preventie van hart- en vaatziekten en naar community-based preventie projecten in binnen- en buitenland. Hierbij ging het er vooral om zicht te krijgen op de strategieën die gebruikt konden worden om leefstijlelementen in gunstige zin om te buigen. Tevens werd gekeken naar concrete preventieactiviteiten die eventueel toegepast konden worden.

Op basis van deze oriëntatie werd een aantal keuzes gemaakt voor de uitvoering van het project. Als eerste werd gekozen voor een combinatie van algemene en gerichte preventie. Algemene preventie is gericht op de gehele bevolking van een bepaald gebied en gerichte preventie omvat activiteiten die zijn gericht op (groepen) personen met een verhoogd risico. Vervolgens werd gekozen voor preventie gericht op een verandering van leefstijl. Naast preventie van hart- en vaatziekten werd tenslotte gekozen voor gezondheidsbevordering. In deze fase werd besloten om de community-benadering te hanteren bij de uitvoering van het programma. Het project werd afgebakend door te kiezen voor de vier projectthema's voeding, beweging, roken en stress.

Doelgroep

Het kenmerk van de community-benadering is dat de doelgroep bestaat uit alle leden van een bepaalde gemeenschap, bijvoorbeeld inwoners van een wijk, dorp of gemeente. De doelgroep van het project bestond daarmee uit alle inwoners van de regio Zuidoost-Drenthe. Naast de algehele populatie werden jongeren, mannen en personen met een lage sociaal-economische status als specifieke doelgroep aangemerkt.

Doelstelling

In de oriëntatiefase zijn op basis van de gemaakte keuzes de twee doelstellingen opgesteld. Ten eerste de promotie van een gezonde leefstijl en ten tweede het opdoen van ervaring met de community-based werkwijze. In hoofdstuk 4 zijn deze doelen uitgebreid beschreven.

De theorie van gedragsverandering via voorlichting (Kok, 1985) is gehanteerd bij het in gang zetten en bevorderen van leefstijlverandering. De sociale marketing theorie is gebruikt bij het ontwerp en distributie van de inhoud. De community organisation theorie stond model voor het ontvankelijk maken van de omgeving. Dit maakte een effectieve inzet van de activiteiten mogelijk en stimuleerde de gemeenschap om een eigen bijdrage te leveren.

Fase 1 Community-analyse

Om gericht activiteiten te kunnen ontplooiën en efficiënt gebruik te kunnen maken van de aanwezige infrastructuur is inzicht in de aanwezige risicofactoren, kennis en beschikbare menskracht nodig. Deze is op verschillende manieren verkregen. Hierbij gold dat participatie van belang is. Inwoners hebben een belangrijk aandeel in het vaststellen van hun gezondheidsbehoeften en noden en de manier waarop deze worden aangepakt (Brouwer, 1992). Via bronnenonderzoek en de gezondheidsenquête werden kwantitatieve (objectieve) gegevens verzameld. Kwalitatieve (subjectieve) gegevens werden verzameld via sleutelfigurenonderzoek, groepsgesprekken, interviews en de gezondheidsenquête. De kwantitatieve gegevens vormden de basis voor de globale

terreinafbakening, terwijl de kwalitatieve gegevens gebruikt worden voor de ontwikkeling en uitvoering van concrete programma's.

Epidemiologische analyse

Allereerst werd een vooronderzoek gedaan naar sterfte als gevolg van cardiovasculaire oorzaken en naar gedrag dat in verband kan staan met het ontstaan van hart- en vaatziekten. Naast het onderzoek naar sterfte had in feite ook een sociale diagnose plaats moeten vinden. Dit is niet gebeurd. Het vooronderzoek werd beschouwd als voldoende legitimatie om door middel van het project te interveniëren op de uit literatuur bekende determinanten van het probleem hart- en vaatziekten.

Gedragsdiagnose

Naast de analyse van sterftecijfers werd door middel van schriftelijke vragenlijsten, inzicht verkregen in de leefstijlsituatie en belangrijke determinanten hiervan. Een representatieve steekproef uit de bevolking ontving deze vragenlijsten. Tevens vond een literatuurstudie plaats naar de relatie tussen gedrag en hart- en vaatziekten. Op deze wijze zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens verzameld over het verband tussen de vier gedragsfactoren (voeding, beweging, roken en stress) en hart- en vaatziekten. Bovendien werd in het onderzoek onderscheid gemaakt tussen gedrags- en omgevingsfactoren. Dit werd gedaan door behalve naar gedrag ook te vragen naar wat men nodig zou hebben om het gewenste gedrag uit te kunnen voeren. Op een lager systeemniveau, namelijk op gemeentelijk niveau, werden meningen en ideeën van belangrijke intermediaire doelgroepen verzameld. In de determinantenanalyse werd aangesloten bij het interventiemodel leefwijzen (Nota 2000).

Vanuit de factoren die een rol spelen bij hart- en vaatziekten werd nagegaan welke aangrijpingspunten er zijn voor mogelijke preventieactiviteiten. De mogelijkheden van gedragsbeïnvloeding waren hier van groot belang. Op basis van het model van gedragsverandering via voorlichting is nauwgezet gekeken op welke wijze inhoud gegeven kon worden aan programma's, bijvoorbeeld in de uitwerking van de determinantenanalyse naar mogelijke interventiedoelen. Dit werd eveneens uitgewerkt (en getest) voor concrete activiteiten.

Sociale kaart

Belangrijk bij de gekozen strategie is de sterke nadruk op intersectorale samenwerking tussen bestaande organisaties. Daarom werd van alle negen gemeenten in Zuidoost-Drenthe een sociale kaart gemaakt. In kaart werd gebracht welke middelen en menskracht aanwezig zijn en ingezet kunnen worden. De sociale kaart bevatte gegevens over de bevolkingssamenstelling, de dorpen per gemeente, de aanwezige verenigingen en de aanwezige voorzieningen. Via gesprekken met sleutelfiguren werd inzicht verkregen in de belangstelling voor nieuwe activiteiten en reeds bestaande activiteiten op het gebied van een gezonde leefstijl. Door de projectmedewerkers werd geïnventariseerd welke hulpbronnen

en ondersteunende organisaties een bijdrage zouden kunnen leveren aan de doelstellingen van het project.

Intersectorale samenwerking

Vanaf de start van het project streefde de organisatie naar intersectorale samenwerking. In deze fase is contact gezocht met andere organisaties. Aanvankelijk betrof dit vooral bilaterale samenwerking en werd gebruik gemaakt van de goede contacten die de GGD had met verschillende organisaties. Daarnaast was er contact met diverse andere organisatie binnen en buiten de gezondheidssector: huisartsen, thuiszorg, het Sport Medisch Adviescentrum, het RIAGG, cardiologen, onderwijs, gemeenten, sociaal cultureel werk, de horeca en media. Een belangrijk punt dat bij samenwerking werd gehanteerd is het win-win principe en shared ownership.

Gemeentelijke projectgroepen

In deze fase werd de doelstelling van de gemeentelijke projectgroep als volgt geformuleerd: het invoeren van een doeltreffend systeem om de bevolking en organisaties te betrekken bij beleidsplanning en -ontwikkeling. De tweede doelstelling was het ontwikkelen van strategieën ter bevordering van een gezonde leefstijl, rekening houdend met de specifieke lokale omstandigheden, mogelijkheden en wensen van de betreffende organisaties en gemeenten. Projectmedewerkers van de GGD voerden deze fase uit.

Fase 2 Initiatie

In deze fase zijn de projectgroepen daadwerkelijk ingesteld. Hieraan voorafgaand moest een aantal stappen worden gezet. Allereerst werden de welzijnsambtenaren van de gemeenten in Zuidoost-Drenthe door middel van een uitgebreide brief van de GGD uitgenodigd voor een toelichting op het project. Vervolgens hebben de welzijnsambtenaren die met het project verder wilden, contact opgenomen met het college van B&W om toestemming te krijgen voor medewerking aan het project. Daarna bespraken de GGD-medewerkers met de welzijnsambtenaar van de betreffende gemeenten een nadere uitwerking van het plan. Tenslotte werd een definitief besluit genomen tot wel of geen deelname.

Procesevaluatie initiatie volgens barrièremodel

Vier gemeenten uit de responsgroep gingen in eerste instantie niet over tot de instelling van een gemeentelijke projectgroep. Eén gemeente wilde geen standpunt innemen over het probleem van hart- en vaatziekten en herkende de eigen gemeente niet in de uitkomst van de door de GGD gehouden gezondheidsenquête 1991. Met andere woorden, er bestond geen overeenstemming tussen de GGD en deze gemeente over het probleem zodat de eerste barrière werkte. In de tweede gemeente werkte de tweede barrière. Het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' werd niet geaccepteerd als een goede oplossing voor het probleem. De

gemeente erkende weliswaar de gemeentelijke taakstelling op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, maar gaf te kennen dat deze taak door de GGD uitgevoerd diende te worden. Het was in de opvatting van deze gemeente onterecht dat de GGD de gemeente om medewerking vroeg bij het project. Ook in de derde gemeente werkte de tweede barrière. De welzijnsambtenaar aldaar vond het project een te zwaar middel en achtte de uitwerking niet realiseerbaar. Bij de vierde gemeente werkte de vierde barrière. De implementatie van het besluit tot instelling van twee projectgroepen mislukte. Voorwaarde voor de implementatie is dat participanten worden gevonden die bereid zijn zitting te nemen in de gemeentelijke projectgroep. De welzijnsambtenaar kon onvoldoende participanten vinden, die blijvend in de projectgroep wilden participeren, zodat besloten werd de projectgroep op te heffen. In de vier gemeenten met een gemeentelijke projectgroep bleek met de GGD overeenstemming te bestaan over de ernst van het probleem van hart- en vaatziekten. De vier gemeenten accepteerden het project als middel voor de oplossing van het probleem. Het besluitvormingstraject vormde ook geen barrière voor het project. De welzijnsambtenaren van deze vier gemeenten gaven een positief advies dat door de gemeenteraad c.q. het college van burgemeester en wethouders werd overgenomen. Tenslotte werden voldoende participanten bereid gevonden zitting te nemen in de projectgroepen. Geen van de vier barrières bleken aanwezig.

Met betrekking tot de vier exogene factoren kan het volgende worden opgemerkt. Ten aanzien van de factor tijdsbesteding was een duidelijk verschil waar te nemen tussen gemeenten met en gemeenten zonder een gemeentelijke projectgroep. Drie van de vier gemeenten met een projectgroep onderschreven de door de GGD gestelde tijdsbesteding van één dag per maand. De vierde gemeente trok als oplossing voor het probleem een banenpooler aan. De vier gemeenten waarin geen projectgroep was geformeerd vonden de voorgestelde tijdsbesteding niet voldoende.

Aan de verwachting dat naarmate de gemeente groter is er meer afstand tussen de gemeente en de bevolking bestaat met als gevolg dat de mobilisatie van steun moeilijker zou verlopen, werd eveneens voldaan. De vier gemeenten met een gemeentelijke projectgroep zitten in de categorie kleine gemeenten met een inwonertal van beneden de 10.000. Van de grotere gemeenten trachtte Emmen participanten te mobiliseren voor een projectgroep, maar de welzijnsambtenaar slaagde daar niet in. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat niet alle sectoren in voldoende mate werden aangeschreven of dat er een verouderd adressenbestand werd gebruikt. Uit de ervaring bij andere projectgroepen bleek namelijk dat de belangrijkste reden om projectgroeplid te worden was dat men door de eigen organisatie werd aangewezen. De participatiegraad zou dus bevorderd kunnen worden als een persoon van de betreffende wijk of dorp personen zoekt voor de projectgroep. De exogene factoren subsidiëring, aansluiting op reguliere werkzaamheden en de in de gemeente aanwezige

deskundigheid op het gebied van volksgezondheid en gezondheidsvoorlichting geven geen verklaring voor het genomen besluit in de gemeenten (Westera, 1993).

Werven van projectgroepleden

Na een gemeentelijk besluit tot het opstarten van een projectgroep zochten de gemeente en de GGD vertegenwoordigers van verschillende groepen in de gemeente. Hiervoor werd een lijst opgesteld met organisaties en groepen in de gemeente die een waardevolle inbreng zouden kunnen hebben in een projectgroep.

Mogelijke leden waren:

- een vertegenwoordiger van de gemeente: een welzijnsambtenaar,
- vrijwilligers: geïnteresseerde individuen uit de gemeente,
- een vertegenwoordiger van een organisatie binnen of buiten de gezondheidszorg, zoals:
 - een vrouwenraad;
 - het ouderenwerk;
 - het onderwijs;
 - de ouders;
 - een sportraad/vereniging;
 - een lijnorganisatie;
 - een bibliotheek;
 - een diëtist;
 - een fysiotherapeut;
 - een wijkverpleegkundige;
 - een gezinsverzorgende;
 - het jongerenadvieswerk;
 - het sociaal-cultureel werk;
 - een huisarts;
 - de bedrijven (supermarkt);
 - de winkeliers/horeca;
 - een milieubeweging;
 - een diabetes vereniging;
 - de EHBO;
 - het Rode Kruis;
 - de Vrienden van de Hartstichting.

De bedoeling was dat vanuit alle relevante sectoren binnen de gemeente een vertegenwoordiger in de projectgroep zou komen. Uitgangspunt bij de samenstelling van de projectgroepen was dat ieder projectgroeplid bij zou dragen aan het gezamenlijke doel. Hij of zij moest proberen medewerking te verkrijgen van personen, organisaties of verenigingen binnen de eigen sector en zo mogelijk ook daarbuiten. Men fungeert als contactpersoon voor de eigen achterban. Er werd tevens van de projectgroepleden verwacht mee te denken en te werken aan activiteiten buiten de eigen sector. De groepen hadden een open karakter, dit wil zeggen dat ook gedurende het jaar mensen zich konden aansluiten bij de

projectgroep. Wanneer iemand uit de projectgroep stapte was het uitgangspunt dat men zelf een vervanger voorstelde uit de eigen sector. De ideale groeps grootte bleek tussen de 6 en 10 personen te liggen. In een aantal gemeenten werd al naar participanten gezocht voordat het besluit tot instelling van een projectgroep genomen was. Alle gemeenten deden veel om participanten voor de projectgroep te vinden.

Personen die waren benaderd voor een projectgroep in gemeenten waar uiteindelijk geen projectgroep is opgericht werden op vergelijkbare wijze geworven voor de projectgroepen. Ook de redenen om in eerste instantie te willen participeren verschillen niet van de genoemde redenen in de geslaagde projectgroepen. Zeven van de 18 respondenten zouden in de toekomst (opnieuw) belangstelling hebben om deel te nemen in een HARTstikke Goed!-projectgroep.

Draagvlak

Belangrijk bij het totstandkomen van projectgroepen is een draagvlak bij potentiële projectgroepleden. Om dit draagvlak te creëren was een goede bekendheid van het project noodzakelijk. In de beginperiode voerde de GGD zelf (grote) activiteiten rond de vier thema's uit. Veel van deze activiteiten werden samen met collega's uit andere sectoren georganiseerd. Voor specifieke projecten zoals de supermarktvoorlichting of preventie op de werkplek werd per project de samenwerking bilateraal georganiseerd.

In de praktijk bleek dat het opstarten van een gemeentelijke projectgroep veel tijd kost. Het doorlopen van deze fase nam gemiddeld een half jaar tot een jaar in beslag.

Fase 3 Presentatie

De presentatiefase bestond in de gemeentelijke projectgroepen uit een aantal stappen. Eerst werd door de GGD de visie gepresenteerd op de huidige situatie, waarna de projectgroepparticipanten hun visie naar voren brachten.

Gezamenlijke verkenning

Door de GGD werd de situatie toegelicht voor wat betreft de sterfte aan hart- en vaatziekten, de risicofactoren in het algemeen en in de regio in het bijzonder. Per leefstijlfactor werd hierop ingegaan. Aan de participanten werd gevraagd of de genoemde punten herkenbaar waren en als probleem werden gezien. Nagegaan werd welke leefstijlproblemen voorkwamen en welke risicogroepen naar de mening van de leden van de projectgroep konden worden onderscheiden. De uitkomsten verschilden per gemeente. Van de vier leefstijlfactoren bleek het bij de leefstijlfactor stress moeilijk aan te geven in hoeverre dit een probleem was in de eigen gemeente.

Bijstellen community-analyse

De bedoeling was dat participanten de informatie zouden terugkoppelen naar hun achterban. Hierdoor zou het beeld mede gebaseerd zijn op ideeën van andere inwoners van de gemeente. Bij de uiteindelijke keuze voor de uit te voeren activiteiten waren de opmerkingen van de projectgroepleden van doorslaggevende betekenis. In deze fase functioneerden de projectgroepen als een soort 'panelgroepen'. De door de GGD gemaakte analyse werd hier getoetst aan de lokale situatie. Binnen het kader van het project konden de projectgroepen zelf het vervolg bepalen.

Werkwijze gemeentelijke projectgroep

In deze fase was ook aandacht voor kennismaking. In de eerste projectgroepbijeenkomsten werd nagegaan of uitbreiding van de groep nodig was en werden afspraken gemaakt over de manier waarop de projectgroep zou gaan functioneren. Het doel, de werkwijze (uitvoeren of coördineren), de tijdsbesteding, de taakverdeling, de vergaderstructuur en de financiële situatie werden besproken.

De gehanteerde werkwijze is niet geheel bottom up. Er werd gekozen voor een werkwijze waarbij de GGD het initiatief nam en als eerste een aantal belangrijke problemen presenteerde die volgens haar in die regio en in de betreffende gemeente speelden. Bovendien stelde de GGD een aantal beperkingen door aan te geven dat voeding, beweging, roken en stress de themaonderwerpen waren. Het is zeer de vraag of inwoners zelf zouden zijn gekomen tot de keuze van deze thema's. Voor de bevolking is het waarschijnlijk moeilijk om een goede risico-inschatting te maken. Men is slechts in beperkte mate op de hoogte van de omvang van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Een goede inschatting van de ernst van de situatie in de eigen regio is goed mogelijk na vergelijking met de landelijke situatie. De presentatie van de GGD bood dan ook een houvast aan de projectparticipanten om de regionale gegevens te vergelijken met de situatie in de eigen gemeente. Behalve aan een presentatie in de gemeentelijke projectgroepen werd veel tijd besteed aan publiciteit door middel van interviews, persberichten en dergelijke. Uit het evaluatieonderzoek bleek dat volgens 76% van de leden van projectgroepen de GGD een goed beeld gaf van de regionale situatie voor wat betreft ziekte en sterfte aan hart- en vaatziekten en de leefstijl. Voor de projectparticipanten bleek het redelijk tot (zeer) goed (89%) mogelijk een beeld te geven van de leefstijlsituatie van de groep/vereniging die men vertegenwoordigde of van de inwoners van de gemeente.

Fase 4 Inventarisatie

In de inventarisatiefase werd met de projectgroepen nagegaan wat er in het verleden georganiseerd was met betrekking tot leefstijl en welke activiteiten er nog gaande waren. Tevens werd bekeken of er bij lopende en succesvolle activiteiten kon worden aangesloten. Bovendien moesten de te ontwikkelen activiteiten de

bestaande activiteiten niet overlappen. Voordat de planningsfase van start ging, moest worden geïnventariseerd aan welke nieuwe activiteiten behoefte bestond. Tenslotte werd geïnventariseerd welke materialen bij de GGD aanwezig waren en konden worden ingezet. De inventarisatie vond plaats in de eerste bijeenkomsten van de projectgroepen.

Wat gebeurt er en wat verdient aandacht

In de eerste bijeenkomsten van de projectgroep werden de gezondheidsproblemen van de doelgroep, de eigen achterban in de gemeente, verder besproken. Er werd geïnventariseerd wat er al op dit gebied gebeurde, wat er nog nodig zou zijn en waar belangstelling voor zou kunnen zijn. De interesses en vragen vanuit de eigen achterban en de persoonlijke interesses van de projectgroepleden waren hierbij belangrijk. Vervolgens werden de aandachtsgebieden waarop actie ondernomen zou kunnen worden duidelijk en vond een voorlopige selectie van eerste activiteiten plaats.

Behoeft nieuwe activiteiten

Alle projectgroepen bespraken reeds vanaf de eerste vergadering de vraag aan welke activiteiten behoefte zou kunnen bestaan. Hierbij speelde ook de persoonlijke voorkeur van de projectgroepleden een rol. Leefstijlproblemen werden in de praktijk meestal direct gekoppeld aan oplossingen in de vorm van concrete leefstijlactiviteiten. Zo ontstonden er vele ideeën voor Hartstikke Goed!-activiteiten, vaak op een breder terrein dan alleen de vier projectthema's. De GGD hanteerde als belangrijk uitgangspunt dat de activiteiten zoveel mogelijk structureel uitgevoerd moesten kunnen worden. Een ander belangrijk uitgangspunt was dat de projectgroepleden zoveel mogelijk zelf de concrete inhoud dienden te bepalen, eventueel samen met andere organisaties in de gemeente. Uit de mogelijke activiteiten werd een aantal geselecteerd. Dit leidde tot het opstellen van een activiteitenplan.

Ondersteunend materiaal

Tijdens de vergaderingen in alle projectgroepen bleek op een bepaald moment behoefte aan inzicht in de bij de GGD aanwezige ondersteunende materialen. Ten behoeve van het project is daarom een overzicht opgesteld van de bij de GGD beschikbare voorlichtings- en overige ondersteunende materialen, literatuur, deskundigheden, en dergelijke, gerangschikt naar thema.

Fase 5 Planning

In de planningsfase werden twee stappen gezet: de prioritering van de activiteiten en het ontwerpen van een HARTstikke Goed!-actieplan. Het projectplan werd vervolgens aan de gemeente aangeboden.

Prioritering

Op basis van de eerste projectgroepvergaderingen werden prioriteiten gesteld in de uit te voeren HARTstikke Goed!-activiteiten. Hier speelden een aantal factoren een rol:

- de huidige leefstijlproblemen, de ernst en de omvang;
- de ervaringen met reeds uitgevoerde activiteiten;
- de mogelijkheid tot aansluiting bij bestaande activiteiten;
- de beschikbaarheid van materialen;
- de ervaringen van andere HARTstikke Goed!-gemeenten.

Succeservaringen in het verleden en ervaringen van andere projectgroepen speelden een zeer belangrijke rol bij de uiteindelijke keuze van activiteiten. De opstelling van het definitieve actieplan werd mede bepaald door de volgende criteria (De Vries, 1995):

- de haalbaarheid (zowel organisatorisch, uitvoerend als financieel);
- het bereik (er moet een zo breed mogelijk publiek bereikt worden);
- de toegankelijkheid (voor een goede opkomst moet de activiteit laagdrempelig zijn);
- de publiciteitswaarde;
- een zo goed mogelijke spreiding van activiteiten over de gemeente;
- blijvende of terugkerende activiteiten;
- originaliteit en vernieuwende waarde;
- uitnodigend tot een vervolgactiviteit.

Hoewel als belangrijk uitgangspunt gehanteerd werd dat de activiteiten zo veel mogelijk blijvend uitgevoerd moesten kunnen worden, bleken in de praktijk de haalbaarheid, het bereik en de publiciteitswaarde zeer belangrijke factoren bij de keuze van activiteiten. Het organiseren van eenmalige activiteiten sprak de projectgroepleden het meest aan, waarschijnlijk omdat de organisatie van deze activiteiten goed te overzien was en een einddatum kenden. Voor het organiseren van structurele en terugkerende activiteiten was minder belangstelling. Het succes van een uitgevoerde activiteit was vaak de reden voor het opnieuw uitvoeren ervan in de eigen projectgroep, maar ook aanleiding voor andere groepen om deze activiteit op te nemen in hun HARTstikke Goed-activiteitenplan. Voorbeelden van deze activiteiten zijn de Fitheidstesten, de bewegingsgroepen, de rook- en alcoholvoorlichting in het basisonderwijs, de stop-met-roken pakketten, de kookcursussen en het voedingsproject voor peuters en ouders. Zelfs na beëindiging van de lokale projectgroepen bestaat er nog een uitstralingseffect wat betreft activiteiten. Enkele organisaties hebben activiteiten structureel in het eigen werkplan opgenomen.

Ontwerp gemeentelijk HARTstikke Goed!-plan

In eerste instantie hebben de GGD-projectmedewerkers op basis van bespreking in de projectgroep een projectplan geschreven. Dit nam werk uit handen van de

projectgroepleden en bovendien werd verondersteld dat het gezamenlijk schrijven moeizaam zou verlopen. In de plannen werden de achtergrond, werkwijze en te organiseren activiteiten van de projectgroep beschreven. Daarnaast werd in het plan ingegaan op de tijdsplanning, de taakverdeling, de samenwerking en de randvoorwaarden. In de plannen van enkele projectgroepen werd tevens een publiciteitsparagraaf toegevoegd voor het project en haar activiteiten. Na de bespreking van het conceptplan werd het gemeentelijk Hartstikke Goed!-plan vastgesteld. De vervolplannen van de vier projectgroepen die eerst gestart zijn, en de plannen van de later gestarte projectgroepen werden door de projectgroepen zelf geschreven.

Aanbieden plan aan gemeente

Het door de projectgroep vastgestelde activiteitenplan werd aangeboden aan de wethouder van volksgezondheid in de betreffende gemeente. Hierna vond de formele installatie van de gemeentelijke projectgroep plaats. Hierbij hielden enkele projectmedewerkers een korte inleiding. Er werden persberichten geschreven om de bevolking op de hoogte te brengen van de officiële start van het gemeentelijke project. De lokale pers werd uitgenodigd bij de overhandiging.

Fase 6 Implementatie

In deze fase werd het HARTstikke Goed!-actieplan concreet tot uitvoering gebracht. Door publiciteit werden de activiteiten onder de aandacht van de inwoners van de gemeenten gebracht. In deze fase werd een aantal uitgangspunten gehanteerd. In het ideale geval is aan alle onderstaande punten voldaan:

- de uitvoering ligt zoveel mogelijk in handen van vrijwilligers uit de doelgroepen in de gemeente;
- de voorbereidende taken worden zo veel mogelijk gespreid over de projectgroepmedewerkers;
- de activiteiten worden zoveel mogelijk gespreid over de dorpen per gemeente;
- indien nodig/gewenst wordt sponsoring gezocht;
- de activiteiten gaan zoveel mogelijk vergezeld van publiciteit.

Taakverdeling en organisatie

Omdat er zoveel verschillende activiteiten werden uitgevoerd, verliep de taakverdeling en de organisatie verschillend.

De GGD-projectmedewerkers hadden een relatief groot aandeel in de voorbereiding en organisatie van activiteiten. Voor uitvoerende werkzaamheden bleek het goed mogelijk om vrijwilligers te zoeken in de gemeente. Vrijwel alle projectparticipanten (93%) gaven aan dat ze andere inwoners van de gemeente gestimuleerd hadden tot deelname aan één of meerdere projectactiviteiten. Meestal gebeurde dit door erover te praten (69%) of posters op te hangen (55%). Dit wijst erop dat het project door de gekozen samenwerkingsvorm een groter bereik kan

hebben in vergelijking met een project dat alleen door de GGD wordt georganiseerd.

Het bleek in het algemeen goed mogelijk om vrijwilligers te werven uit de gemeente. Dit werd altijd gedaan door de projectparticipanten zelf. Zij vonden meestal vrijwilligers uit hun eigen organisatie of familie en bekenden uit hun dorp of gemeente. Het voordeel van de inzet van vrijwilligers en deskundigen uit de gemeente is dat dit drempelverlagend kan werken. De voorbereidende taken werden bovendien goed verdeeld over de participanten. De activiteiten werden uiteindelijk niet evenredig gespreid over de verschillende dorpen van de vier gemeenten. Veel activiteiten vonden in het grootste dorp van de betreffende gemeente plaats om redenen van ruimte en mogelijk bereik.

De GGD verzorgde in veel gevallen de publiciteit voor de activiteiten. In mindere mate werd dit ook door de projectparticipanten en de welzijnsambtenaren verzorgd. Een aantal leden van de projectgroepen (17%) leverde een financiële bijdrage aan het project. Dit is een beperkt aantal. Daarnaast werd voor verschillende activiteiten een geldbedrag ter beschikking gesteld door middel van sponsoring. Bovendien ontwikkelden zeven verschillende organisaties zelfstandig, buiten het project om, leefstijlactiviteiten. Dit geeft aan dat het project een belangrijk uitstralings-effect heeft. Door gebruik te maken van deze bestaande sociale netwerken worden mogelijk meer mensen bereikt, met name die personen die moeilijk door de traditionele methoden van voorlichting te bereiken zijn. Een mogelijk positief neven-effect van de gekozen samenwerkingsvorm is dat de onderlinge contacten tussen de organisaties, die zijn vertegenwoordigd in de projectgroep, zijn verbeterd. Voor organisaties is het gemakkelijker om contact met andere organisaties te zoeken.

Een aantal geplande activiteiten werd niet uitgevoerd in de implementatiefase. Dit had vooral te maken met tijdgebrek. Tevens bleek men niet enthousiast over cursussen te zijn. In één gemeente bestond voldoende belangstelling. In deze gemeente werd meer gebruik gemaakt van bestaande netwerken en groepen.

Fase 7 Evaluatie

De activiteiten die plaatsvonden konden goed geëvalueerd worden in de projectgroepvergaderingen. Op basis van de evaluatie werden programma's aangepast. In de volgende HARTstikke Goed!-plannen werden de veranderingen opgenomen.

Proces en effectevaluaties

Uitgebreide effect- en procesevaluaties vonden plaats in 1993, 1996 en 1998. In verband met tijdgebrek konden niet alle uitgevoerde activiteiten afzonderlijk worden geëvalueerd. Een aantal voorbeeld-activiteiten werd wel geëvalueerd. Deze projecten werden in de eerste periode door de GGD Zuidoost-Drenthe zelf georganiseerd.

Beoordeling activiteiten

De evaluatie van activiteiten gebeurde meestal in de projectgroepvergadering volgend op de activiteit. Besproken werd of de activiteit geslaagd was, voor herhaling vatbaar was en welke aanpassingen er in het programma zouden moeten worden uitgevoerd. Twee vragen stonden hierbij centraal.

- Is de concrete educatieve inhoud van een activiteit een effectief middel om gedragsverandering tot stand te brengen?
- Lukt het om voldoende deelnemers te krijgen voor de activiteit?

De ontwikkelde projectactiviteiten waren een goede aanvulling op de bestaande activiteiten volgens 83% van de respondenten. De beoordeling van enkele (grootschalige) door de GGD uitgevoerde programma's vond plaats door evaluatie in het begin van het project.

Voor projectgroepen was het verkrijgen van voldoende deelnemers bij een activiteit veelal de graadmeter voor een eventuele herhaling. Bij de beoordeling van de activiteit werd besproken welke aanpassingen nodig waren.

Procesevaluatie projectgroepen

Van de leden van de projectgroep dacht 66% dat er (veel) meer bereikt kon worden doordat de projectgroep een samenwerkingsverband is tussen verschillende organisaties. Opgemerkt werd dat de diverse samenstelling van de groep leidde tot een betere samenwerking met verschillende organisaties. De ondersteuning van de GGD vond 93% voldoende, 83% vond de GGD-ondersteuning bij het schrijven van het gemeentelijk actieplan voldoende. Uit het onderzoek is nog een ander positief neveneffect van de gekozen samenwerkingsvorm naar voren gekomen. Eenderde van de ondervraagden gaf aan dat er door het project een positieve verandering optrad in de onderlinge contacten tussen de eigen en één of meerdere organisaties vertegenwoordigd in de projectgroep.

De meeste participanten vonden dat zij (en andere leden van de organisatie die zij vertegenwoordigden) vooral een organisatorische (59%) en uitvoerende bijdrage (72%) hadden geleverd. Opvallend is dat slechts 31% van de respondenten vond dat zij een inhoudelijke bijdrage leverde. De hoeveelheid tijd die de leden van projectgroep aan het project besteedden varieerde van één à twee uur, tot 20 uur per maand. Met betrekking tot de continuïteit kan worden opgemerkt dat vrijwel alle respondenten, namelijk 93%, het (zeer) belangrijk vonden dat het project en de projectgroep werden gecontinueerd (De Vries, 1994).

Fase 8 Presentatie

De presentatie van de uitgebreide proces- en effectevaluatie ligt ver af van de uitvoering van concrete activiteiten van de projectgroepen. De projectgroepen zijn meer gericht op een direct resultaat van een activiteit dan op het langere termijn effect. Dit betekent dat er twee typen presentaties zijn, namelijk de directe

presentatie van de resultaten van concrete activiteiten en de presentatie van de effect- en procesevaluaties.

Feedback op concrete activiteiten

Zoals bij de evaluatiefase reeds is aangegeven werden de concrete resultaten van activiteiten (kosten, deelnemersaantallen, reacties van publiek, beleving van vrijwilligers, enzovoort) direct besproken. De behaalde resultaten werden teruggekoppeld naar de verschillende projectgroepen.

Feedback via proces- en effectevaluaties

De projectgroepleden zijn op de hoogte gesteld van de proces- en effectevaluaties. In de vergaderingen werd dit door de projectmedewerkers mondeling toegelicht en werd een toelichting gegeven op de aanbevelingen voor de volgende periode van het project.

Draagvlak voor vervolg

Op basis van de behaalde resultaten vond er een discussie plaats over de volgende aan te pakken thema's en doelgroepen. Er werd een begin gemaakt met het opstellen van een nieuw (eenjarig) projectplan ten behoeve van de eigen projectgroep. Deze fase loopt in de praktijk van de gemeentelijke projectgroepen parallel met de evaluatiefase en de consolidatiefase.

Fase 9 Behoud/consolidatie

In het voorjaar van 1995 is begonnen met het voorbereiden van de projectgroepen om zelfstandig te gaan werken. Het was de bedoeling dat, na beëindiging van de gesubsidieerde periode, de groepen nog enige tijd zelfstandig door zouden gaan. Een periode van twee jaar werd mogelijk geacht.

Voorwaarden voor verder gaan

Alle voorzitters gaven aan, in principe ook na 1996 met hun groep, zelfstandig door te willen gaan met het opzetten van voorlichtingsactiviteiten. Steun van de GGD vonden zij hierbij wel noodzakelijk. Verder hadden zij behoefte aan een regionaal HARTstikke Goed!-netwerk waarin de deelnemende gemeenten zouden participeren. De GGD zou op deze manier gemakkelijk informatie kunnen terugkoppelen en de gemeenten konden onderling ervaringen uitwisselen. Aan de projectgroepleden werd door middel van groepsinterviews gevraagd aan welke informatie en/of vaardigheden zij behoefte hadden om zelfstandig door te kunnen gaan. Uit deze inventarisatie bleek dat de projectgroepleden het noodzakelijk vonden om iemand in de groep te hebben die als trekker fungeert. Verder hadden zij belangstelling voor achtergrondinformatie op papier. Voor een cursus was geen belangstelling. Enkele groepen gaven aan dat een cursus te veel tijd zou kosten; andere groepen vonden dat zij over voldoende vaardigheden

beschikken en een cursus niet nodig was. Om projectgroepen te ondersteunen is een handleiding geschreven voor het opzetten van leefstijlactiviteiten.

Als tweede onderdeel van de consolidatiefase werd aan alle voorzitters van de projectgroepen gevraagd aan welke voorwaarden voldaan zou moeten worden om de projectgroep na de subsidieperiode door te laten draaien. Dit resulteerde in de volgende lijst:

- een trekker;
- enthousiasme;
- ondersteuning van de gemeente;
- een doel;
- een budget;
- toegang tot GVO-kennis;
- beschikken over materialen;
- een voorzitter, penningmeester en notulist;
- informatie over concrete resultaten.

In de praktijk blijkt de trekker het belangrijkste. Deze moet de groep aan de gang houden en daarmee continuïteit waarborgen. Groepen waar een professionele kracht trekker of voorzitter is blijken in de praktijk het beste te functioneren.

Maken van consolidatieplan

Pas in de derde projectperiode vond de opstelling van de consolidatieplannen plaats. Inmiddels waren al enkele projectgroepen opgeheven. Eén van de redenen van de late start is de gemeentelijke herindeling. De negen gemeenten in Zuidoost-Drenthe zijn met ingang van 1998 opgegaan in drie grotere gemeenten. Het proces rond de gemeentelijke herindeling heeft zeer grote invloed gehad op het project en werkte belemmerend op de verzelfstandiging. 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. Al ruim een jaar voor de feitelijke herindeling gaven ambtenaren van de gemeenten en voorzitters van de betreffende projectgroepen aan, niet precies het standpunt van de gemeente te kennen na de herindeling per 1998. Over het nieuwe gemeentelijke beleid ten aanzien van de gemeentelijke projectgroepen en financiële ondersteuning kon geen zekerheid gegeven worden. Veel beslissingen werden uitgesteld tot na de herindeling.

Tevens werd vanwege de tijdelijke drukke bezigheden van de ambtenaar een lage prioriteit gelegd bij het project. Een ander aspect van de gemeentelijke herindeling dat meespeelde is het eventueel samengaan van de HARTstikke Goed! gemeentelijke projectgroepen. Vanwege het samenvoegen van gemeenten lag het samengaan van de projectgroepen voor de hand.

Activiteiten

In dit verband moet onderscheid worden gemaakt tussen jaarlijkse activiteiten en een structurele inbedding. In de eerste fase van het project was vooral sprake van

een planning van jaar tot jaar. Bij de evaluatie is aangegeven hoe dit in zijn werking. Aan het einde van de tweede fase en in de derde fase werd pas nagedacht over mogelijkheden van een structurele inbedding (voortgang na afloop van het project). Uit de praktijk blijkt dat voortgang van activiteiten alleen plaatsvindt voor die activiteiten die in de loop van het project hun waarde bewezen hebben en goed aansluiten op bestaande activiteiten van een deelnemende organisatie of bij het gemeentelijke beleid.

Fase 10 Verankering

Indien projectgroepen of activiteiten gericht op een gezonde leefstijl nog gedurende een bepaalde tijd uitgevoerd worden is verankering bereikt. In het begin van de tweede projectperiode is als doel geformuleerd dat verankering bereikt werd wanneer de projectgroepen met minimale ondersteuning van de GGD, nog twee jaar zelfstandig verder zouden gaan. De periode van twee jaar werd om praktische redenen gekozen; twee jaar is nog te overzien voor de vrijwilligers. Na deze twee jaar werd het proces geëvalueerd en het effect opnieuw gemeten. Aan het begin van de derde projectperiode is gesteld dat de bestaande initiatieven ondersteund zouden worden tot het einde van de gesubsidieerde periode (mei 1999). De projectgroepen zouden (minimale) ondersteuning krijgen in de uitvoering van de activiteiten en zouden desgewenst begeleid worden naar een zelfstandige organisatie. Het vervolg werd aan de groep en de gemeente overgelaten.

Verankering van de projectgroep en/of projectgroepactiviteiten

De derde en laatste projectperiode stond in het teken van afronding van het project en de verankering van de projectgroepen en de aandacht voor hart- en vaatziekten. In dit doel is het project deels geslaagd.

Van de zes projectgroepen die gedurende het project gestart werden is een projectgroep al in 1996 gestopt. Leden van deze projectgroep wilden niet verder gaan. De lange tijd tussen de projectperiodes, vanwege onduidelijkheid over financiering en daarmee voortgang van het project, speelden hierbij parten. Voor een andere projectgroep speelde de gemeentelijke herindeling een belangrijke belemmerende rol. De onduidelijkheden over de toekomst, de veranderingen in het vervullen van de post welzijn en de verandering en uitbreiding van het werkgebied van de gemeente zorgde voor onderbreking van de steun en begeleiding door de gemeente. Andere organisaties namen de ondersteuning van de projectgroep niet over. De projectgroep organiseerde in 1998 haar laatste activiteit. Twee projectgroepen stopten met de activiteiten in 1997; een aantal activiteiten wordt echter nog steeds voortgezet door regionale sociaal-cultureel werk instellingen. Tot slot zijn twee projectgroepen, die voor de gemeentelijke herindeling in twee gemeenten actief waren, net zoals de gemeenten opgegaan in een gezamenlijke projectgroep. De activiteiten worden in verenigingsvorm

voortgezet. De processen om tot institutionalisering te komen zijn gericht geweest op drie onderdelen, namelijk:

- de verzelfstandiging van bewegingsgroepen in een vereniging;
- de voortzetting van het rook- en alcoholproject door de stichting welzijn;
- het omvormen van de projectgroep tot een leefstijlstichting.

6.2.3 Conclusie en discussie

De gemeentelijke projectgroepen vormen de kernactiviteit van het project. Het was de bedoeling om in iedere gemeente een projectgroep in te richten. In de eerste jaren van het project is geprobeerd om in iedere gemeente een projectgroepen op te starten. In zes van de negen gemeenten in de regio Zuidoost-Drenthe is dit uiteindelijk gelukt. Dit bleken de kleinste gemeenten te zijn. De samengestelde projectgroepen vertegenwoordigden een breed draagvlak in de gemeente. Er is een zekere mate van intersectorale samenwerking bereikt aangezien de meeste projectgroepen, en indirect via deze groep de inwoners, al vroeg in het project betrokken werden bij de verdere inrichting van het project en de uit te voeren activiteiten. Uiteindelijk is in twee gemeenten de projectgroep met succes geïmplementeerd in de reguliere structuur binnen de gemeente .

In de vier gemeenten, waar als eerste werd besloten over te gaan tot de instelling van een gemeentelijke projectgroep, bleken de vier barrières uit het model van Bachrach en Baratz niet van toepassing te zijn. In de overige gemeenten waar geen gemeentelijke projectgroep werd gevormd, bleken drie van de vier barrières gewerkt te hebben. Dit bleken de volgende drie barrières te zijn: overeenstemming tussen de GGD en de gemeente over het probleem, de acceptatie van het project als oplossing van het probleem en de implementatie van het besluit tot de instelling van een succesvolle projectgroep.

In de tweede projectperiode werd op verzoek van twee gemeenten opnieuw een start gemaakt met gemeentelijke projectgroepen. In deze twee gemeenten kon gebruik worden gemaakt van de opgedane kennis. Ervaringen van lopende projectgroepen werden door projectmedewerkers overgedragen aan de nieuwe groepen. Deze projectgroepen liepen efficiënter de verschillende fasen van het 10-fasenmodel door. Uiteindelijk werd in deze gemeenten (die na de herindeling samen één waren geworden) de projectgroep succesvol geïmplementeerd. De factoren tijdsbesteding aan het project en grootte van de gemeente zijn relevante exogene factoren als verklaring voor de besluitvorming in de gemeenten in verband met het opstarten van een gemeentelijke projectgroep. In de gemeenten zonder projectgroep bleek de voorgestelde tijdsbesteding een probleem te vormen. In grotere gemeenten werden wel initiatieven genomen om een projectgroep op te richten, maar de pogingen slaagden niet. Een verklaring hiervoor is waarschijnlijk dat niet de juiste participanten voor de projectgroep gevonden konden worden,

namelijk opinieleiders uit de gemeente, en dat de inwoners van de gemeente zich hierdoor onvoldoende gemotiveerd voelden om te gaan participeren. Het aantal in het onderzoek opgenomen exogene factoren is beperkt. Het is aannemelijk dat er meerdere factoren zijn die bij kunnen dragen aan de verklaring voor het besluit van de gemeenten wel of geen projectgroep in te stellen. Zo zal de wijze waarop de projectmedewerker in 1991 het voorstel deed aan de gemeenten een verklarende factor kunnen zijn. Een tweede verklarende factor kan de verhouding tussen de GGD Zuidoost-Drenthe en de gemeenten in de regio zijn. Een minder goede verhouding door de jaren heen kan leiden tot een afwijzing van het project.

De mate van intersectorale samenwerking is bij de projectgroepen verschillend geweest. Bij aanvang van het project werd direct gezocht naar participanten in de gemeente. De welzijnsambtenaar van de gemeente werd gevraagd een projectgroep samen te stellen die een zo breed mogelijk draagvlak zou vertegenwoordigen in de gemeente. Zo werd vroeg in het project de mogelijkheid tot inspraak gecreëerd en kon worden meegedacht over de aanpak Afhankelijk van de uiteindelijke vertegenwoordiging van personen in de gemeentelijke projectgroep werd vorm gegeven aan de intersectorale samenwerking. In de ene projectgroep slaagde dit beter dan in de andere. Dit had te maken met het aantal vertegenwoordigers en ook met de diversiteit van de leden van de gemeentelijke projectgroep. Mede afhankelijk van deze samenstelling zijn typen werkgroepen ontstaan: uitvoerend of meer coördinerend. In de praktijk bleek de samenwerkingsstructuur goed aan te sluiten bij de bestaande situatie. Deze werkwijze was efficiënt in de uitvoeringsfase, omdat goed gebruik kon worden gemaakt van de aanwezige infrastructuur. Participanten bleken in staat problemen, vragen en leefstijlproblemen te signaleren en een bijdrage te leveren aan met name de uitvoering en de voorbereiding van activiteiten. Ook bleken zij goed in staat om ideeën voor activiteiten te genereren. Het leveren van een bijdrage aan de beschikbaarheid van middelen en publiciteit was beperkt. De informatieoverdracht naar de achterban van de vertegenwoordigde organisatie vond in vrijwel alle gevallen plaats.

De GGD-projectmedewerkers hebben zich veel beziggehouden met het coördineren en afstemmen van activiteiten (onder andere op landelijke ontwikkelingen), stimuleren, adviseren, inhoudelijke ondersteuning, ter beschikking stellen van materialen, leggen van contacten en het leveren van feedback. Het is niet gelukt om al na een aantal bijeenkomsten van de gemeentelijke projectgroep de betrokkenheid van GGD-projectmedewerkers te verminderen. Aangenomen werd dat er onvoldoende draagvlak was gecreëerd om de projectgroep zelfstandig te laten doorgaan. Verzelfstandiging en implementatie van de groepen zijn mede daardoor te laat gestart.

6.3 Evaluatie werkboek HART aan de Slag!

Om de projectgroepen te ondersteunen bij het (zelfstandig) opzetten van gezondheidsactiviteiten zijn diverse activiteiten ondernomen. Naast het persoonlijk stimuleren van de projectgroepleden door de GGD-medewerkers, zijn er schriftelijke ondersteuningsmaterialen ontwikkeld. 'HART aan de Slag!', een handleiding voor het opzetten van leefstijlactiviteiten, is ontwikkeld om de projectgroepleden handvatten te geven bij het zelfstandig opzetten van activiteiten. Daarnaast is de nieuwsbrief 'HARTstikke Goed nieuws!' opgezet om leden op de hoogte te houden van recente ontwikkelingen binnen het project en ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidsvoorlichting. Deze nieuwsbrief is tevens gebruikt om andere intermediairen te informeren. Na een jaar met het werkboek te hebben gewerkt is deze geëvalueerd.

6.3.1 Methode

Voor de evaluatie van het werkboek is een vragenlijst opgesteld die aan alle projectgroepleden, die een werkboek hebben ontvangen, is toegestuurd. In de vragenlijst zijn vragen opgenomen over de tekst en lay-out van het werkboek en over het gebruik ervan.

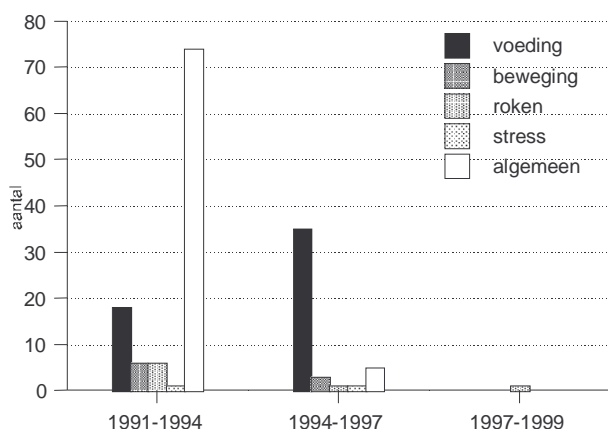
6.3.2 Resultaten

Van de 41 aangeschrevenen retourneerden 29 mensen (71%) de vragenlijst. Uit de vragenlijsten bleek dat alle respondenten in het algemeen een positieve indruk hadden van het werkboek. Als totaalcijfer werd gemiddeld een 8 gegeven. Uit het onderzoek kwam de verschillende introductiewijze van het werkboek naar voren: 52% bladerde het werkboek op eigen initiatief door en 45% kende het boek, omdat het in de vergadering behandeld was. De verschillende onderdelen van het werkboek werden door de meeste respondenten gelezen (45%). Minder personen bladerden het door (24%) en gebruikten (9%) het. Bij het daadwerkelijk gebruiken van onderdelen werden het werkplan en activiteiten op het gebied van voeding veelvuldig genoemd (28% en 21%). De meeste respondenten vonden dat het werkboek voldoende activiteiten bevatte (76%); 17% vond dat het direct aangevuld moest worden met nieuwe voorlichtingsactiviteiten. Het werkboek werd specifiek voor het HARTstikke goed project gebruikt; één respondent gebruikte het ook voor andere werkzaamheden. Over de vraag of het werkboek heeft bijgedragen aan het verzelfstandigen van de projectgroepen waren de meningen verdeeld. Veel respondenten (73%) vinden dat het werkboek heeft bijgedragen aan een beter functioneren van de projectgroep (4% oneens, 14% geen mening). Echter, 31% vond niet dat het werkboek heeft bijgedragen aan een dusdanige verzelfstandiging dat er minder inbreng van de GGD-medewerkers nodig is (35% vindt dit wel, 24%

geen mening). De meerderheid vond dat het werkboek heeft bijgedragen aan de kennis over hart- en vaatziekten (59%), het opzetten van voorlichtingsactiviteiten (66%) en in mindere mate het voorlichten van mensen (48%). Over de tekst en layout was men over het algemeen positief. Zeer positief was men over: de totale netheid, de indeling van de tekst, de hoeveelheid informatie, de begrijpelijkheid van de tekst en de vertelstijl. Redelijk positief was men over: het formaat, de illustraties, de inhoud van de tekst en de formulering.

6.4 Overzicht activiteiten van GGD en gemeentelijke projectgroepen

In acht jaar tijd is een groot aantal activiteiten door de projectgroepen en het GGD-projectteam uitgevoerd. Aangezien de projectgroepen in principe vrij waren in de keuze van activiteiten en niet alle geplande activiteiten door zijn gegaan kan pas achteraf bekeken worden op welke thema's het project zich voornamelijk heeft gericht. Deze informatie is van belang als naar de effecten van de voorlichting op de kennis, houding en gedrag bij de bevolking wordt gekeken. Hieronder wordt het aantal activiteiten per leefstijlthema besproken.



Figuur 6.2 Aantal uitgevoerde activiteiten door GGD per projectperiode

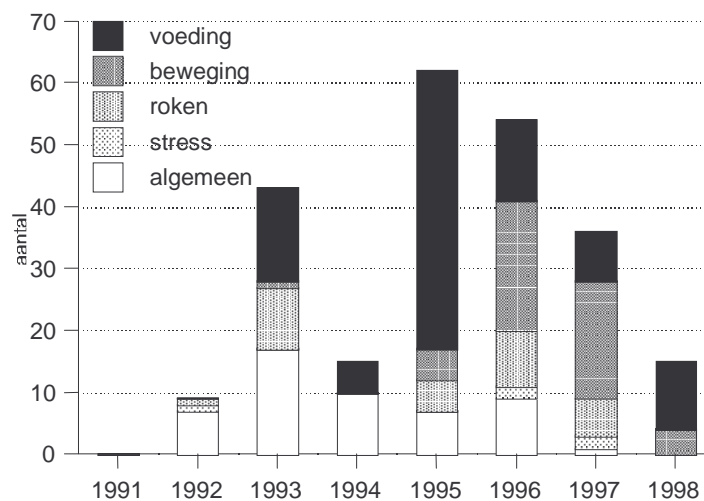
6.4.1 Door GGD uitgevoerde activiteiten

Aanvankelijk ontplooidde de GGD zelf veel activiteiten in de gehele regio. Deze activiteiten waren gericht op de promotie van een gezonde leefstijl en bestonden uit massamediale activiteiten, groepsactiviteiten, cursussen, individuele voorlichting en sociale netwerkactiviteiten. In figuur 6.2 wordt per projectperiode het aantal uitgevoerde activiteiten aangegeven.

In de eerste projectperiode zijn veel algemene leefstijlactiviteiten uitgevoerd. In totaal werden, naast veel publiciteit, 74 leefstijlactiviteiten uitgevoerd. Door middel van deze activiteiten werd geprobeerd het project en de hart- en vaatziektenproblematiek onder de aandacht te brengen. De meeste activiteiten kwamen in de eerste twee jaar tot stand. Het aantal activiteiten gericht op de vier specifieke leefstijlthema's was een stuk kleiner. Van de specifieke thema's ging zowel in de eerste als in de tweede projectperiode de meeste aandacht naar voeding. Duidelijk is te zien dat in de tweede en derde projectperiode het accent kwam te liggen op de ondersteuning van de gemeentelijke projectgroepen. De GGD voerde in de derde projectperiode alleen nog een activiteit uit die gericht was op roken.

6.4.2 Door gemeentelijke projectgroepen uitgevoerde activiteiten

In figuur 6.3 wordt het overzicht gegeven van het aantal uitgevoerde activiteiten van alle projectgroepen per jaar uitgesplitst naar leefstijlthema.



Figuur 6.3 Aantal uitgevoerde activiteiten door projectgroepen per jaar

In de figuur zijn duidelijk de drie perioden van het preventieproject te herkennen. In de eerste projectperiode van mei 1991 tot en met maart 1994, werden de projectgroepen opgericht. In 1993 is een piek te zien in het aantal activiteiten. Vanwege onduidelijkheid over het vervolg van het project, en dus personele en financiële ondersteuning door de GGD, werd het aantal activiteiten minder. In de tweede projectperiode, september 1994 tot eind 1996, werden nieuwe

projectgroepen opgericht en door de bestaande groepen werd verder gewerkt. In 1995 is de piek van het project te zien. In dat jaar werden door de projectgroepen de meeste activiteiten uitgevoerd, namelijk 62. De derde periode, april 1997 tot en met mei 1999, kenmerkt zich door de afname van het aantal activiteiten als gevolg van het beëindigen van een aantal gemeentelijke projectgroepen.

Thema van de activiteiten

Als naar de afzonderlijke thema's wordt gekeken waar de activiteiten op gericht zijn geweest valt het volgende op. In het begin van het project werden veel activiteiten uitgevoerd die niet specifiek op een thema gericht waren. Met name in 1992 tot en met 1994 maakten algemene leefstijlactiviteiten het grootste deel uit van het totale aanbod. In de tweede projectperiode maakten algemene leefstijlactiviteiten nog steeds een groot deel uit van het totaal, maar werden activiteiten gericht op de specifieke thema's voeding en beweging omvangrijker in aantal.

Van de door de gemeentelijke projectgroepen uitgevoerde activiteiten, bijna 250 in totaal, was een groot deel gericht op voeding. In 1995 was ruim tweederde van alle activiteiten gericht op voeding. Bewegingsactiviteiten namen in de loop van de tweede periode, na 1995, in aantal toe. Het totaal aantal activiteiten gericht op beweging was echter de helft van de op voeding gerichte activiteiten.

De aandacht voor roken was gedurende het project ongeveer gelijk. Over de hele projectperiode werden er zo nu en dan activiteiten uitgevoerd.

Tot slot valt op dat ten aanzien van stress vrijwel geen activiteiten werden uitgevoerd. Slechts aan het begin van het project en in 1996 en 1997 vonden er een paar op stress gerichte activiteiten plaats.

6.5 Eindgesprekken met gemeenteambtenaren en GGD

De gemeenten in Zuidoost-Drenthe en de GGD Zuidoost-Drenthe besteedden gedurende de gehele projectperiode veel tijd aan voorlichting en preventie. De werkwijze van het project was anders dan tot dan toe gebruikelijk was. Er is meer samenwerking gezocht met de afdelingen binnen de GGD en de samenwerking met de gemeente(ambtenaar) was intensiever. Om de ervaringen te bespreken en inzicht te krijgen in de bevindingen over deze aanpak van gezondheidsvoorlichting, is een aantal gesprekken gevoerd met gemeenten en het management van de GGD.

6.5.1 Werkwijze

Er is gekozen om de informatie via gesprekken met ambtenaren en het GGD management te krijgen. Dit gebeurde aan de hand van een vooraf opgestelde aandachtspuntenlijst. Deze lijst bestond uit items over de bekendheid en ervaring

met het project, ideeën over verwachtingen, rollen en taken van de verschillende participanten, veranderingen die hebben plaatsgevonden, uitgangspunten en voorwaarden waaronder dergelijke projecten kunnen plaatsvinden en de huidige plannen.

6.5.2 Eindgesprekken met gemeenteambtenaren

Met ingang van 1998 zijn vanwege de gemeentelijke herindeling in Drenthe de negen gemeenten samengevoegd tot drie nieuwe gemeenten. Zoals al eerder genoemd was dit van grote invloed op het beleid en de werkzaamheden van de gemeenten gedurende een aantal jaren voor en een aantal jaren na de herindeling. Dit geldt ook voor de gemeentelijke projectgroepen. De oorspronkelijk negen verantwoordelijke ambtenaren welzijn zijn niet allen meer werkzaam op dat terrein. Voor de eindgesprekken is daarom besloten alleen ambtenaren van de drie nieuwe gemeenten te interviewen. Met één ambtenaar is het niet gelukt een eindgesprek te houden. De informatie is daarom schriftelijk en telefonisch verkregen. In één gemeente is met twee ambtenaren gesproken.

Situatie welzijn/volksgezondheid na de gemeentelijke herindeling

Na de gemeentelijke herindeling is de organisatiestructuur per gemeente gewijzigd. Enkele ambtenaren werken niet meer op dezelfde afdeling of hebben een andere taak. In de drie gemeenten kan niet duidelijk worden aangegeven hoeveel tijd beschikbaar is voor welzijns- en volksgezondheidsbeleid. Alle drie gemeenten geven aan dat dit afhankelijk is van actuele prioriteiten en min of meer ad hoc wordt ingegeven. Een gemeente geeft zelfs aan dat het gemeentelijke welzijnsbeleid bestaat uit het volgen van initiatieven van anderen. Gemiddeld wordt tussen de 0,5 en 1,5 formatieplaatsen besteed aan welzijns- en volksgezondheidsbeleid. De omvang van de gemeente is hierop niet van invloed.

Bekendheid met het project

Alle ambtenaren zijn bekend met het project en hebben de betreffende colleges van B en W geïnformeerd en geadviseerd over het project. Een ambtenaar had bij aanvang van het project geadviseerd niet mee te werken en is als zodanig niet betrokken geweest bij de verdere uitvoering en de gemeentelijke projectgroepen. Na de herindeling behoorde een projectgroep ook tot zijn gemeente. Hij is daardoor wel op de hoogte van de werkwijze van deze groep. De ambtenaren van de andere gemeenten hebben positief geadviseerd tot deelname aan HARTstikke Goed! en hebben projectgroepen begeleid.

Uitgangspunten

Alle gemeenten zijn van mening dat hart- en vaatziekten een probleem vormen dat niet alleen de GGD aangaat. Meerdere organisaties en ook de gemeente zouden hier aandacht aan moeten geven.

Medewerking verlenen aan een dergelijk project zien de ambtenaren als een goede werkwijze. De rol van de gemeenten wordt dan vooral gezien in het scheppen van voorwaarden en het (financieel) ondersteunen. Dit betekent niet uitvoeren. De wijze die in HARTstikke Goed! is gekozen, het aansturen en trekken van de projectgroepen, wordt gezien als een te zware taak voor de gemeente.

Over de vraag of gemeenten zullen meewerken aan een (toekomstig) project bestaat geen duidelijkheid. Dit is afhankelijk van actuele prioriteiten en zal in belangrijke mate worden bepaald door de ambitie van de ambtenaar en zijn betrokkenheid bij het thema van het project.

Het HARTstikke Goed! project vindt men te lang. Een kortere looptijd en een vooraf vastgestelde einddatum zijn noodzakelijk.

De vraag blijft of er bij de gemeenten wel voldoende menskracht beschikbaar is. Inhoudelijke ondersteuning, vooral bij de start, zou bij de GGD vandaan moeten komen.

Loop van project in gemeente

De ervaringen van de ambtenaren met de start van het project zijn verschillend.

In één gemeente is, na het opnieuw onder de aandacht brengen door de GGD, door de gemeente veel tijd in het project gestoken. Men is van mening dat zonder begeleiding van de gemeente het huidige resultaat niet bereikt zou zijn.

In één gemeente is medewerking aan het project verleend, omdat men gezondheid belangrijk vond. De gemeente verwachtte bewustwording bij verschillende doelgroepen. De gemeente ging als trekker van de groep functioneren, de groep werd uitvoerder van activiteiten.

In de laatste gemeente is het project niet gestart, omdat de ambtenaar negatief adviseerde.

Over de rol van de GGD is men op zich tevreden. De GGD leverde deskundigheid en begeleiding. Een probleem vormden de personeelwisselingen na afsluiting van de eerste en met name de tweede projectperiode. De verschillen in de werkwijze van de projectmedewerkers leidde tot continuïteitsonderbreking.

Ten aanzien van de projectgroepen wordt opgemerkt dat deze aansturing nodig hebben. Het is niet te verwachten dat deze groepen lange tijd zelfstandig functioneren. Dit is ook afhankelijk van de werkwijze van de projectgroep. De ene groep is meer gericht op uitvoerende taken en de andere meer op organiserende en coördinerende taken.

Vervolg en toekomst HARTstikke Goed!

In één gemeente worden de werkzaamheden in verenigingsvorm voortgezet.

Tevens zijn er plannen om een leefstijlstichting op te richten. De vereniging gaat zich richten op beweging. De gemeente ondersteunt deze vereniging met extra subsidie. Daarnaast is in deze gemeente steun voor een bewegingsproject gericht op gehandicapten en chronisch zieken.

In de tweede gemeente is vanwege de gemeentelijke herindeling besloten de ene nog actieve projectgroep niet meer actief te ondersteunen. Men vond het niet juist als slechts in een deel van de nieuwe gemeente een groep in stand werd gehouden. Ook wordt de meerwaarde van de HARTstikke Goed!-groep in twijfel getrokken. De ambtenaar van deze nieuwe gemeente had bij het begin van het project, in de oude gemeente, ook negatief geadviseerd over deelname. Het uitvoeren van een lange campagne lijkt deze gemeente niet zinvol. Ervaringen met het betrekken van de burger zijn slecht in deze gemeente. Intermediarissen zijn gemakkelijker bij een onderwerp of activiteit te betrekken.

In de derde gemeente bestaat een slapende projectgroep. De gemeenteambtenaar die tot nu toe de groep ondersteunde heeft momenteel onvoldoende tijd. De groep heeft aangegeven zonder ambtelijke of GGD-ondersteuning niet te kunnen werken.

Veranderingen

Alle drie gemeenten geven aan dat er vrijwel geen veranderingen in gemeentelijk gezondheidsbeleid zijn opgetreden. In één gemeente wordt aangegeven dat er in verband met het project wel meer geld beschikbaar is gesteld voor uitvoering van leefstijlactiviteiten. In deze gemeente wordt het project in verenigingsvorm voortgezet.

Tot slot

Door de gemeenten wordt als negatief punt aangegeven de krapte aan geld en de benodigde tijdsinvestering. Dit komt door de hoge verwachting over de zelfstandigheid van projectgroepen. In de praktijk heeft het veel tijd gekost om de structuur op de rails te zetten. Bovendien levert een niet-deskundige groep problemen op in de continuïteit.

De zeer goede start wordt als positief ervaren evenals de uitgevoerde activiteiten en de geslaagde bewustmaking van doelgroepen.

Conclusie

De gemeenten zijn over het algemeen positief over het project. Vooral de sterke start heeft een goede indruk achter gelaten. Uit de gesprekken komt naar voren dat de mate van succes van de projectgroep en het wel of niet tot stand komen, afhankelijk was van de inzet van de ambtenaar. Een belangrijk punt daarbij is de beschikbare tijd en het actuele beleid van de gemeente ten aanzien van welzijn en volksgezondheid.

Gemeenten geven aan in de toekomst in principe bereid te zijn mee te werken aan dergelijke projecten. Voorwaarde is wel dat projecten niet langdurig mogen zijn. Verder moeten vooraf duidelijke doelen worden gesteld.

In het gemeentelijke beleid ten aanzien van leefstijl en hart- en vaatziekten is, buiten de tijdelijke financiële ondersteuning van de projectgroepen, niet veel veranderd.

6.5.3 Eindgesprek met GGD management

In deze paragraaf volgt het verslag van de gesprekken met vier leden van het managementteam (MT) van de GGD Zuidoost-Drenthe.

Verwachtingen bij de start van het project

De aanleiding voor de GGD om een hart- en vaatziektenpreventieproject te starten waren met name de onderzoeksgegevens uit het sterfteonderzoek en de in 1991 gehouden gezondheidsenquête. Uit de onderzoeken werd duidelijk dat hart- en vaatziekten een belangrijke doodsoorzaak in de regio Zuidoost-Drenthe waren. Volgens het MT was preventie en GVO een mogelijkheid om tot verbetering van de situatie te komen.

De verwachtingen bij de voorbereiding en de start van het project waren positief. Men verwachtte een gunstig effect op het gezondheidsprobleem hart- en vaatziekten en zag het project als aanvulling op de reguliere werkzaamheden van de GGD. Met andere woorden: het project zou de mogelijkheid zijn voor de GGD en de verschillende afdelingen om vorm en inhoud te geven aan collectieve preventie. Het project werd gezien als een 'GGD-breed project': een project waarbij de diverse afdelingen zouden samenwerken aan preventie van een regionaal gezondheidsprobleem.

Projectorganisatie

Het project is bij de start ondergebracht bij de toenmalige afdeling Algemene Gezondheidszorg (AGZ). Na reorganisatie bij de GGD is het project vanaf 1998 bij de nieuwe afdeling Beleid en Communicatie ondergebracht. Het MT is van mening dat achteraf gezien het onderbrengen van het project bij de AGZ organisatorisch niet juist was. Het onderbrengen van het project bij een afdeling (AGZ) heeft waarschijnlijk tot gevolg gehad dat het niet gelukt is om het project te laten dragen door alle afdelingen van de GGD.

Verantwoordelijkheden

Met betrekking tot de verantwoordelijkheden voor het project is duidelijk dat het MT dit als een 'afgeleide verantwoordelijkheid' zag: een verantwoordelijkheid op afstand. De verantwoordelijkheid voor de organisatie, de inhoud en de uitvoering lag bij de projectleider.

De verwachtingen en uitgangspunten die de afzonderlijke MT-leden bij het begin van het project hadden, waren zeer divers. Dit liep uiteen van 'een begeleidende rol op afstand' en 'toezien op de financiën' tot 'faciliterend, motiverend naar de medewerkers van de eigen afdeling'. Eén van de MT-leden was tevens projectleider en had daarmee een andere rol in het project: hij zag zichzelf als een 'meewerkend voorman'. Hij zag met name een rol weggelegd bij de afdelingsoverstijgende activiteiten. In de praktijk is de affiniteit van het MT te beperkt geweest. Besteding van financiën werd echter wel bepaald door het MT,

wat als zeer beperkend werd ervaren. Een reden kan zijn dat het project bij de afdeling AGZ werd ondergebracht.

Interne samenwerking

Het MT is het erover eens dat de interne samenwerking vanaf het begin een lastig aspect van het project was. Een GGD-brede werkgroep, waarbij gezamenlijk de inhoudelijke lijn werd uitgezet, bleek al snel niet haalbaar. Na verloop van tijd werd overgegaan op bilaterale samenwerking tussen de projectgroep en de diverse afdelingen. De samenwerking was erop gericht om te komen tot gerichte deelprojecten, die met de betreffende afdeling uitgevoerd werden. In de eerste projectperiode werden de verschillende afdelingen van de GGD diverse keren bij de voorbereiding en uitvoering van deelprojecten betrokken. De investering van medewerkers van de toenmalige afdelingen Jeugdgezondheidszorg en Bedrijfsgezondheidszorg en andere medewerkers van de afdeling AGZ bij de uitvoering van deelactiviteiten was niet formeel vastgelegd. Daardoor werd in de tweede projectperiode de samenwerking steeds moeizamer. Werkzaamheden voor het project werden door de afdelingen niet gezien als reguliere taken, maar als extra taken die niet in werkplannen waren meegenomen. Het project en de projectmedewerkers leken op den duur op een 'eilandje' te zitten, waardoor de andere GGD-medewerkers zich na verloop van tijd niet meer betrokken voelden bij de ontwikkelingen.

Samenwerking met gemeenten

De samenwerking met de gemeenten in Zuidoost-Drenthe, werd als teleurstellend gezien: de gemeenten namen niet hun verantwoordelijkheden voor de preventie van hart- en vaatziekten. Die verantwoordelijkheid bestond volgens het MT uit het meefinancieren van het project en een actieve rol bij de voorbereiding en uitvoering. De rol van de GGD was het opzetten van preventieprojecten en vervolgens de resultaten en werkwijze overdragen aan de gemeenten in de regio.

Positief

Het MT is van mening dat het in het algemeen een goed project is geweest. Er zijn goede producten geleverd en de resultaten zijn bemoedigend. Het project heeft een positieve uitstraling naar de regio en de bevolking gehad en heeft daardoor een goede publiciteit voor de GGD opgeleverd.

Negatief

Het MT geeft aan dat het project te lang heeft geduurd en dat het in de derde projectperiode als een nachtkars is uitgegaan. De taken en verantwoordelijkheden van de GGD-afdelingen, het MT en de gemeenten ten aanzien van 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' waren vooraf niet duidelijk afgesproken en vastgelegd.

Conclusie

Het project is uiteindelijk geen GGD-breed project geworden. In de praktijk werd het project beschouwd als de verantwoordelijkheid van een kleine groep enthousiaste mensen. Dit heeft te maken met de afspraken binnen de GGD-organisatie. Met name de verantwoordelijkheden ten aanzien van financiën, tijdsinvestering en andere bijdragen van de verschillende GGD-afdelingen hadden beter (door het MT) moeten worden geformuleerd en vastgesteld. Ook de duur van projecten zal van te voren vastgelegd moeten worden. Van wezenlijk belang is dat de projectleider als budgethouder wordt aangewezen.

De ontwikkelde werkwijze van het project is zeker bij andere GGD-projecten te gebruiken. Bij nieuwe community-based projecten moeten goede afspraken met gemeenten worden gemaakt over de verantwoordelijkheden van de GGD en de gemeenten. Hierbij moet de relatie met het volksgezondheidsbeleid, dat door de gemeenten wordt vormgegeven, worden benadrukt. De samenwerking van de GGD met andere organisaties in de regio is bij de keuze en voorbereiding van preventieprojecten van belang. De GGD hoeft niet altijd zelf tot uitvoering van projecten over te gaan, maar kan ook een voorwaardenscheppende rol vervullen.

6.6 Het gezondheidspaspoort

Het deelproject gezondheidspaspoort bestond uit het geven van gezondheidsvoorlichting aan kinderen en ouders. Door het geven van voorlichting over een gezonde leefstijl werd getracht de kennis en vaardigheden van de doelgroep te vergroten en de houding en het gedrag te veranderen. Het uiteindelijke doel van het project was de preventie van hart- en vaatziekten. De voorlichting bestond uit een combinatie van mondelinge en schriftelijke voorlichting. De mondelinge voorlichting werd gegeven door een jeugdarts. Ter ondersteuning van de mondelinge voorlichting werden twee folders ontwikkeld; een gezondheidspaspoort voor de kinderen van groep 7 van het basisonderwijs en de folder 'kinderen en hart- en vaatziekten' voor ouders.

6.6.1 Materiaal en methode

Het doel van dit evaluatieonderzoek was vast te stellen wat de effecten van de voorlichting zijn bij de kinderen. Hierbij werd een onderscheid gemaakt naar de sociaal-economische positie van de kinderen en de ouders. Het model dat ten grondslag lag aan dit effectonderzoek is het model voor gedragsverandering van Kok (1985).

Opzet van het experiment

Om de effecten van de voorlichting te kunnen onderzoeken werd een quasi-experimenteel onderzoek opgezet, bestaande uit een voor- en een nameting. De

voormeting vond drie weken vóór en de nameting drie weken na de interventie plaats. Er werden twee experimentele condities gecreëerd. In de eerste experimentele conditie kregen de ouders en kinderen zowel mondelinge als schriftelijke voorlichting (E1) en in de tweede experimentele conditie kregen de ouders en kinderen alleen mondelinge voorlichting (E2). Daarnaast werd er een controlegroep samengesteld (C), om de invloed van eventuele versturende variabelen te kunnen verdisconteren.

De enquête

Voor het verzamelen van de gegevens werd twee keer een schriftelijke vragenlijst afgenomen. De vragenlijsten werden klassikaal afgenomen op verschillende scholen. De ouders werden benaderd via de leerlingen.

Onderzoekspopulatie

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van bestaande groepen, te weten negen lagere schoolklassen (groep 7) van verschillende scholen. De aan het onderzoek meewerkende leerlingen en ouders werden per school ingedeeld in de drie verschillende condities en wel dusdanig dat deze groepen zoveel mogelijk gelijk waren. De eerste experimentele groep bestond uit 80 kinderen en 80 ouders. De tweede experimentele groep bestond uit 46 kinderen en 46 ouders. De controlegroep bestond uit 56 kinderen en 56 ouders. Om de sociaal-economische positie van kinderen en ouders te bepalen werd de sociaal-economische score (SE-gewicht) uit het onderwijsvoorrangsbeleid gebruikt. In dit onderzoek is onderscheid gemaakt in SE-score 1, 1,25 en 1,9. De ouders van kinderen met SE-score 1 hebben een opleiding hoger dan LBO en zijn overwegend employé of zelfstandig. De ouders van kinderen met SE-score 1,25 hebben een gering opleidings- of beroepsniveau; ouders van kinderen met SE-score 1,9 behoren tot etnische minderheden in combinatie met een lage sociaal-economische positie. In het vervolg van de tekst worden deze groepen S1, S2 en S3 genoemd.

Analyse

De gegevens van de ouders en kinderen werden aan elkaar gekoppeld, evenals de gegevens van de voor- en nameting. Er bleven uiteindelijk 161 cases over. Elke case bevat resultaten van een kind en de ouder van de voor- en nameting. De gegevens van één school (tweede experimentele groep) konden niet worden gebruikt in de analyse, aangezien deze school per vergissing na afloop van het PGO toch een gezondheidspaspoort had gekregen. De verschillen tussen de voor- en nameting binnen en tussen de groepen, werden geanalyseerd. Daarnaast werd gekeken naar verschuivingen op groepsniveau om een beter beeld te krijgen welke verschuivingen hadden plaatsgevonden.

6.6.2 Resultaten

Respons

De totale respons van de kinderen bij de voormeting was 100 procent (n=161). De totale respons van de ouders bij de voormeting was 88 procent (n=142). De respons bij de nameting was 91 procent bij de kinderen (n=147) en 78 procent bij de ouders (n=111).

Resultaten kinderen

Bij de kinderen die voorlichting hebben gekregen was de interesse voor gezond leven niet toegenomen. In de controlegroep vond echter wel een significante daling van de interesse plaats. Op het niveau van kennis vond er een significante vooruitgang plaats bij de kinderen die volledige voorlichting kregen. Het ging hierbij vooral om een kennistoename van de gezonde leefstijlfactoren niet te vet eten, genoeg slapen en veel bewegen. De kennis over gezonde en ongezonde producten nam niet toe. Als er een onderscheid wordt gemaakt naar SE-gewicht, blijkt dat bij S1, S2 en S3 kinderen een kennistoename plaatsvond en dat deze het grootst was bij S3 (64%) en het kleinst bij S2 kinderen (11%). De kennistoename van gezonde leefstijlfactoren was alleen significant bij kinderen uit de S1 groep.

De meeste kinderen hadden een hoge waardering voor de voorlichting (80%) en vonden de voorlichting begrijpelijk. Het gezondheidspaspoort werd door 84% van de kinderen gelezen. Ze vonden echter dat er weinig nieuwe informatie gegeven werd. Kinderen in de S1 groep hadden een hogere waardering voor de voorlichting dan kinderen in de S2 en S3 groep. Kinderen in de S3 groep lazen het paspoort procentueel gezien vaker dan in de S1 en S2 groep.

Resultaten ouders

Bij de ouders vond geen toename plaats van de aandacht en interesse voor hart- en vaatziekten en voor de samenstelling van producten. Er vond evenmin een significante kennistoename plaats van de risicofactoren van hart- en vaatziekten. Wel vond er bij de ouders, die alleen mondelinge voorlichting kregen, een significante toename plaats van de kennis over gezonde en ongezonde producten. Het percentage ouders met een hoog kennisniveau steeg van 22% naar 48%. Bij de voormeting was er een significant verschil tussen de drie SE-gewichten; ouders van kinderen in de S3 groep scoorden laag op het niveau van kennis. Bij de nameting vond de grootste kennistoename plaats bij ouders van kinderen in de S2 groep, het percentage ouders met een laag kennisniveau daalde van 30% naar 13%. Er vond geen attitudeverandering plaats ten opzichte van sporten. Bij de voormeting vond 80% van de ouders het belangrijk dat een kind aan sport doet. Op het gebied van gezond eten vond er een significante attitudeverandering plaats bij de ouders die alleen mondelinge voorlichting kregen. Het percentage ouders dat de overweging 'gezond' op de eerste plaats zet steeg van 33% naar 71%. Bij de andere twee groepen lag het beginniveau echter twee keer zo hoog.

Bij de ouders die volledige voorlichting kregen vond een significante daling plaats van het gevoel van machteloosheid over het voorkomen van ziekte en gezondheid. De grootste daling vond plaats bij ouders van kinderen in de S2 groep. Zowel bij de experimentele groepen als bij de controlegroep vond een toename plaats van de intentie om bij de voedselkeuze meer te letten op 'gezond' in plaats van op 'bereidingstijd', 'bereidingsgemak' en op 'prijs'. Deze intentieverandering was het grootst bij de experimentele groepen. Als gekeken wordt naar de afzonderlijke overwegingen, blijkt dat er bij de ouders die volledige voorlichting kregen een significante toename plaatsvond om vaker te letten op 'gezondheid' in plaats van op 'smaak' en 'bereidingstijd'. Bij ouders die alleen mondelinge voorlichting kregen vond een significante toename plaats van het percentage ouders dat vaker wil letten op 'gezond' in plaats van op 'smaak'. De waardering voor de voorlichting lag bij de ouders lager dan bij de kinderen; 40% van hen had een hoge waardering voor de voorlichting. Ouders van kinderen in de S1 groep hadden een lagere waardering voor de voorlichting dan ouders van kinderen in de andere groepen. Van de ouders vond 75% de voorlichting begrijpelijk en 84% van de ouders las de folder. Zowel bij de kinderen als bij de ouders vond 30% dat er veel nieuwe informatie gegeven werd tijdens de voorlichting (Van Essen, 1994).

6.6.3 Conclusie en discussie

Conclusie

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat de voorlichting en het paspoort bij kinderen effect heeft gehad op het niveau van aandacht, interesse en kennis. De voorlichting heeft de interesse van kinderen voor gezond leven niet doen toenemen.

Bij de ouders heeft de voorlichting effect gehad op het niveau van kennis over gezonde en ongezonde producten, de attitude ten opzichte van gezond eten, de machteloosheid ten opzichte van ziekte en gezondheid en op het niveau van intentie tot gedragsverandering.

Er is een extra effect gemeten van de folder op het niveau van machteloosheid; ouders voelden zich minder machteloos. Eveneens is een gunstig extra effect van de folder op de intentie tot gedragsverandering gevonden.

Discussie

Binnen de groep respondenten die volledige voorlichting heeft gekregen is een onderscheid gemaakt naar SE-gewicht. De beperking hiervan is dat de aantallen erg klein waren. Er konden daardoor voornamelijk tendensen worden aangegeven. Daarnaast speelde sociale wenselijkheid in enkele gevallen een rol; enkele resultaten van kinderen in groep S2 wijzen in die richting. 'Het zichzelf beter willen presenteren' speelde mogelijk ook een rol, vooral bij de vragen over de nieuws waarde van de boodschap. Zo vonden kinderen in groep S2 dat er

weinig nieuwe informatie gegeven werd. Toch scoorden ze laag op het kennisniveau.

Kinderen in groep S3 blijken hoog te scoren op opinie- en waarderingsvragen en laag op kennisvragen bij de voormeting. Bij deze kinderen speelden waarschijnlijk cultuureffecten een rol. In sommige culturen is beleefd zijn belangrijk. Het gevolg daarvan is dat deze kinderen vaak het antwoord geven waarvan ze denken dat de ander het wil horen.

Bij de kinderen is de interesse voor gezond leven niet toegenomen na de voorlichting. In de controlegroep trad echter wel een significante daling op. Dit zou een testeffect kunnen zijn. De vragen aan de ouders die bedoeld waren om de aandacht en interesse voor hart- en vaatziekten te meten, bleken achteraf toch niet datgene te meten wat de bedoeling was. Aan de ouders is gevraagd hoe vaak ze iets horen over hart- en vaatziekten, hoe vaak ze hier iets over lezen en hoe vaak ze zelf informatie zoeken over hart- en vaatziekten. Ouders hebben in de tussenliggende periode inderdaad iets gehoord en gelezen over hart- en vaatziekten, en wel de mondelinge en schriftelijke voorlichting. De werkelijke toename van aandacht en interesse is hiermee dus niet gemeten. Een andere verklaring is dat ouders zo vlak na de voorlichting het gevoel hebben dat ze nu alles weten, waardoor de interesse niet is toegenomen.

Op het niveau van kennis zou er bij de kinderen in een aantal gevallen sprake kunnen zijn van plafondeffecten; de kennis van kinderen over gezonde en ongezonde producten is bij de voormeting al erg hoog. De sterke kennistoename die heeft plaatsgevonden bij kinderen in de groep S3 kan in verband staan met het lagere beginniveau. Ook bij de ouders was er op het niveau van kennis mogelijk sprake van invloed van de voor- op de nameting. De kennistoename die heeft plaatsgevonden bij de ouders die alleen mondelinge voorlichting hebben gekregen wordt mogelijk vooral veroorzaakt door het lagere beginniveau. De attitude van ouders ten opzichte van sporten is niet veranderd na de voorlichting, hetgeen waarschijnlijk veroorzaakt wordt door de hoge scores bij de voormeting (plafondeffecten). De attitude ten opzichte van 'gezonde voeding' is bij de nameting veranderd bij de ouders die alleen mondelinge voorlichting hebben gekregen. Evenals bij de kennis van ouders over gezonde en ongezonde producten kan deze stijging samenhangen met het lagere beginniveau. Op het niveau van machteloosheid was er een significant verschil tussen de drie groepen bij de voormeting, waardoor ook hier niet uitgesloten kan worden dat de lage beginwaarden verstorend hebben gewerkt..

6.7 Een supermarktvorlichtingsproject: Minder vet HARTstikke Goed!

De supermarktvorlichting was gericht op de vier productgroepen die de grootste bijdrage leveren aan de vetconsumptie, ruim 70%, namelijk: vetten en oliën, vlees- en vleeswaren, melk en melkproducten, waaronder kaas. Het hoofddoel van het project was het verminderen van de vetconsumptie. De stappen die naar de gedragsverandering leidden vormden de tussendoelen van het project: meer kennis, een positieve attitude- en intentieverandering, een positieve verandering van de sociale norm en een vergroting van de eigen effectiviteit.

In het evaluatieonderzoek van het project 'Minder vet: HARTstikke Goed!' wordt onderzocht welke effecten het project heeft gehad op een steekproef van de klantenpopulatie van acht De Boer Supermarkten in Zuidoost-Drenthe. Verschillende determinanten van vetconsumptie worden onderzocht, evenals aandacht, begrip en waardering van het project en projectonderdelen.

6.7.1 Materiaal en methode

Onderzoekspopulatie

Voorafgaand aan de supermarktvorlichting werd een voormeting gedaan bij een steekproef van klanten van De Boer Supermarkten (Wieringa en Van Weert, 1993). Voor de voormeting werden de proefpersonen voor de experimentele groep geworven in drie van de acht filialen waar het project is uitgevoerd. Om een zo goed mogelijk beeld van de gemiddelde klantenpopulatie te krijgen, werd gekozen voor een filiaal in het centrum van Emmen, een filiaal in een buitenwijk van Emmen en een filiaal in een dorp in de omgeving van Emmen. Klanten werden in de winkel aangesproken en gevraagd om mee te werken aan een telefonische enquête. Voor de controlegroep werden klanten van drie De Boer filialen in Assen en omgeving geworven. Om de populatie zoveel mogelijk te laten lijken op de experimentele groep werd één filiaal in het centrum, één in een buitenwijk en één in een omliggend dorp genomen. De respondenten werden op dezelfde wijze benaderd.

Methode

De keuze viel op een telefonisch interview omdat dit een snelle manier van informatie verzamelen was en een hoge respons zou kunnen opleveren. De vragen van de nameting kwamen grotendeels overeen met de vragen die bij de voormeting werden gebruikt. De vragen waren in de vragenlijst van de voormeting onderverdeeld in vragen over kennis, attitude, sociale invloed, en eigen effectiviteit. In de experimentele groep werd bij de nameting de vragenlijst uitgebreid met vragen over aandacht voor, begrip van en waardering voor de verschillende voorlichtingsactiviteiten. Door de antwoorden te combineren ontstaat een samengevoegde maat voor aandacht. Een hogere score op deze schaal

6.1.1 Materiaal en methode

Tien groepen intermediairen zijn bij het onderzoek betrokken. Een aselechte steekproef van 20% is getrokken uit de adreslijst van zes groepen intermediairen. De vier overige groepen intermediairen waren te klein om een steekproef uit te trekken. Alle organisaties uit deze groepen zijn bij het onderzoek betrokken. Tabel 6.1 geeft hiervan een overzicht. Ook de steekproefgrootte en het werkelijke aantal organisaties in de betreffende sector is weergegeven. De onderzoekspopulatie omvat zowel organisaties waarmee al wordt samengewerkt (bilateraal of via een gemeentelijke projectgroep) als organisaties waarmee (nog) niet wordt samengewerkt.

Tabel 6.1 Overzicht intermediaire sectoren in het onderzoek

	aantal
huisartsen	15 ¹
gezondheidsorganisaties	8
scholen (basis- en voortgezet onderwijs)	33 ¹
sportambtenaren	9
vrouwenorganisaties	29 ¹
sociaal-cultureel werk	9
bedrijven	29 ¹
horeca	46 ¹
media	11 ¹
overig	2
totaal	191

1) Steekproef van 20%

In de periode juni tot en met augustus 1993 zijn telefonische enquêtes afgenomen. Dit betekent dat er gemeten is na een totale projectduur van ongeveer twee jaar. Zowel open als gesloten vragen zijn gesteld aan een contactpersoon bij de betreffende organisatie, bijvoorbeeld de directeur van een school of de voorzitter van een vrouwenraad. Met behulp van de vragenlijst diende inzicht te worden verkregen in de vraag in hoeverre een draagvlak is gecreëerd onder de intermediairen in Zuidoost-Drenthe met betrekking tot de promotie van een gezonde leefstijl. Daarnaast moest inzicht worden verkregen in de mate waarin intermediairen betrokken zijn geweest bij het opzetten en uitvoeren van activiteiten in het kader van het project. Bovendien diende inzicht te worden verkregen in de vraag in welke mate de intermediairen in de toekomst betrokken zouden willen worden bij het opzetten en uitvoeren van leefstijlactiviteiten.

betekende dat de respondent meer activiteiten had gezien, het doel van de activiteiten beter begreep en de activiteiten hoger waardeerde.

Analyse

De antwoorden uit de voor- en nameting werden per respondent aan elkaar gekoppeld, om paarsgewijs toetsen mogelijk te maken. De gegevens van de respondenten die aan beide interviews hadden meegewerkt, werden getoetst op verschillen tussen voor- en nameting binnen de controle- en de experimentele groep.

6.7.2 Resultaten

Onderzoekspopulatie

In de supermarkt werden voor de voormeting 1159 personen aangesproken waarvan 600 mensen toestemden om aan het onderzoek mee te doen. Van deze 600 mensen deden er uiteindelijk 573 daadwerkelijk mee aan het interview, zodat de non-respons kwam op 50%. Van de 573 mensen die hun medewerking verleenden aan de voormeting was de non-respons bij de nameting 17% (experimentele groep) en 11% (controlegroep).

De respondenten uit de experimentele groep werden verdeeld in een lage en hoge aandachtsgroep op grond van de mediaan van de aandacht-somscore. Er bleken meer respondenten in de hoge aandachtsgroep te zitten die een lage opleiding hadden in vergelijking met de lage aandachtsgroep. Ook bevonden zich meer vaste klanten van De Boer Supermarkten in de hoge aandachtsgroep. Beide verschillen zijn significant. De lage en hoge aandachtsgroep verschilden op de andere demografische gegevens niet van elkaar.

Aandacht, begrip en waardering

In beide groepen was een significante toename te zien van het aantal personen dat bij de aankoop van levensmiddelen meer op het vetgehalte lette. Voorlichtingsactiviteiten die een grote bekendheid hadden waren: de poster (69%), artikelen in regionale kranten (55%) en de informatietafel (53%). Activiteiten met een lage bekendheid waren: de vetmeter (13%), het HARTstikke Goed!-menu (12%) en de prijsvraag (11%).

Er werd een aandacht-somscore berekend, waarbij het gezien hebben van een activiteit één punt opleverde. De maximale score was 10 punten. Deze werd door geen van de respondenten gehaald. Van de respondenten deed 50% met één of meer voorlichtingsactiviteiten iets, bijvoorbeeld letten op de labels of praten met de diëtist. Als de respondent de activiteit alleen gezien had werd dit niet meegeteld. De waardering voor de meeste activiteiten lag tussen de 7 en 8, gemiddeld 7,4. De algehele waardering voor het project was gemiddeld 7,9. Van de respondenten gaf

25% aan door het project meer op de voeding te zijn gaan letten. Van de overige 75% zei een groot deel dit al te doen. Van de respondenten vond 61% het project nuttig voor zichzelf. Van de respondenten vond 19% dat zij (tamelijk) veel nieuwe informatie hadden gekregen, 41% vond dit matig/weinig en 33% had geen nieuwe informatie gekregen.

Kennis

In de experimentele groep werden geen significante veranderingen gevonden bij de nameting in de antwoorden op de kennisvragen ten opzichte van de voormeting. In de controlegroep nam de kennis toe over de relatie tussen verzadigd vet en het serumcholesterolgehalte. Tussen de lage en hoge aandachtsgroep was geen verschil waarneembaar. De kennis over het verschil tussen dieetmargarine en halvarine bleef laag. Zowel bij de voor- als bij de nameting kende in de experimentele groep 27% het verschil.

Attitude

Significant meer respondenten uit de experimentele groep gaven bij de nameting aan zich beter te voelen door minder vet te eten en er slanker en daardoor leuker uit te zien. In de controlegroep waren er geen significante veranderingen ten opzichte van de voormeting. Het deel van de experimentele groep dat weinig van de voorlichting had gezien was het bij de nameting vaker eens met de stelling 'door minder vet te eten zie ik er slanker en dus leuker uit'. De vragen werden door het grootste deel van de respondenten van de experimentele groep (>65%) beantwoord in de richting van een positieve attitude ten aanzien van een vermindering van de hoeveelheid vet in de voeding. Dit gold eveneens voor de respondenten in de controlegroep met uitzondering van één stelling, 'door minder vet te eten voel ik me beter'.

Subjectieve norm

In de experimentele groep en in de controlegroep traden geen significante verschuivingen op in de afzonderlijke vragen. De gemiddelde somscore was hoog, namelijk 3,4 in de experimentele groep en 3,3 in de controlegroep, zowel bij de voor- als nameting, terwijl de maximale somscore vier was. De berekende somscores bleken niet te zijn veranderd en verschilden ook niet tussen de experimentele en de controlegroep. In de hoge aandachtsgroep was de subjectieve norm ten aanzien van de stelling 'ik koop geen magere producten, omdat degenen met wie ik samen eet daar niet van houden', gunstiger in de nameting.

Persoonlijke effectiviteit

De persoonlijke effectiviteit met betrekking tot het verminderen van de vetconsumptie was in de experimentele groep bij de nameting hoger dan bij de voormeting. De opvatting over de stelling 'de supermarkt biedt te weinig mogelijkheden om minder vet te eten' veranderde. Meer respondenten waren het bij de nameting oneens met deze stellingen namelijk 85% ten opzichte van 77% bij

de voormeting. 'Het is moeilijk te achterhalen, waar veel vet in zit' wordt vaker met 'oneens' beantwoord bij de nameting, namelijk 80% ten opzichte van 74% bij de voormeting. In de controlegroep waren geen verschuivingen aantoonbaar.

Gedrag

In de experimentele groep daalde het aantal respondenten dat margarine of roomboter als broodsmersel gebruikte significant. Tussen de hoge en de lage aandachtsgroep waren geen verschillen aantoonbaar. Een significant deel hiervan ging dieetmargarine gebruiken. In de controlegroep waren deze veranderingen niet te zien. De experimentele groep gebruikte hetzelfde bakproduct als tijdens de voormeting. In de controlegroep trad een ongunstige verschuiving op, namelijk van dieetmargarine/olie naar roomboter/ margarine/ bak- en braadproduct. Deze verandering is significant. In zowel de experimentele als de controlegroep deden zich een aantal significante gunstige en ongunstige veranderingen voor in de consumptie van een aantal voedingsmiddelen. Een toename in het gebruik van fritessaus en magere kaas en een afname van het gebruik van volle vla deden zich alleen in de experimentele groep voor. In de experimentele groep werd tijdens de nameting significant meer fritessaus gegeten; in de controlegroep was de consumptie van satésaus hoger. In de experimentele groep was de consumptie van een aantal vleessoorten in de nameting significant verminderd, er werd minder worst op brood en bij de warme maaltijd, spek en ontbijtspek geconsumeerd. In de controlegroep werd significant minder worst op brood en bij de warme maaltijd minder spek en minder rundergehakt gegeten. De consumptie van karnemelk was in beide groepen toegenomen. In de experimentele groep werd minder volle vla gebruikt en in de controlegroep minder volle melk en meer magere yoghurt. De genoemde veranderingen in de zuivelconsumptie zijn significant. Het gebruik van volvette kaas was in beide groepen significant lager; in de experimentele groep werd meer magere kaas gegeten.

Gezondheidsimago De Boer Supermarkten

Beide groepen vonden bij de nameting dat De Boer Supermarkten veel informatie en voorlichting over gezonde voeding geeft. De opvattingen over de mogelijkheden die De Boer Supermarkten biedt om een gezond levensmiddelenpakket samen te stellen, veranderde niet (Dijkshoorn, 1993).

6.7.3 Conclusie en discussie

Conclusie

Uit het onderzoek kan worden geconcludeerd dat het project een grote bekendheid genoot. Veel respondenten hadden poster en productlabels gezien. Een aantal van hen gaf aan vaker op de productlabels te gaan letten.

Wat betreft kennis en subjectieve norm zijn geen verbeteringen geconstateerd. Op het vlak van de attitude en persoonlijke effectiviteit werden gunstige resultaten

gevonden. Het gezondheidsimago van De Boer Supermarkten werd door de voorlichtingsactiviteiten verbeterd. In de experimentele groep was een gunstige verandering te zien in het gebruik van broodsmearsels, volle vla en magere kaas. Er is echter wel een toename in de consumptiefrequentie van fritessaus.

Discussie

De meeste respondenten waren positief over de supermarktvoorlichting. Veel respondenten hadden de boodschap gezien, een deel van hen nam er daadwerkelijk kennis van. Het bereik van de activiteiten waarin interpersoonlijke voorlichting plaatsvond, was laag. Wanneer de interpersoonlijke voorlichting meer mensen zou kunnen bereiken, kan het effect van de voorlichting toenemen, omdat juist deze vorm van voorlichting de grootste kans geeft op een kennis-, houdings- of gedragsverandering.

Zowel respondenten van de controlegroep als die van de experimentele groep letten bij de nameting meer op het vetgehalte van levensmiddelen. Dit werd mogelijk veroorzaakt door het effect van een massieve presentatie (Van Woerkum, 1984). Massieve presentatie kan optreden als voorlichting zich kenmerkt door een uitgebreide en intensieve aandacht voor een bepaald onderwerp en dit geruime tijd wordt volgehouden en nauwelijks wordt weersproken. Het laten meespelen van gezondheidsoverwegingen bij de keuze van voedingsmiddelen wordt al een aantal jaren gestimuleerd door bijvoorbeeld de 'Let op vet' campagne, de Hartstichting en het Voorlichtingsbureau voor de Voeding. Ook de industrie sluit hierbij aan. Het project 'Minder vet: HARTstikke Goed!', de landelijk 'Let op vet' campagne en het tijdschrift 'Boodschappen' van De Boer Supermarkten hebben deze gezondheidsoverwegingen mogelijk versterkt.

De respondenten waren in het algemeen erg positief over de voorlichtingsactiviteiten door de supermarkt en meer dan de helft had de poster, de informatietafel en de krantenartikelen gezien. Het was opvallend dat de opleiding van de respondenten in de hoge aandachtsgroep lager was dan die in de lage aandachtsgroep. De aandacht voor de activiteiten was tamelijk laag. Er zijn drie hoofdoorzaken voor die lage aandacht-somscore. Ten eerste is het mogelijk dat de respondenten de voorlichting wel gezien hebben en er ook door beïnvloed zijn, maar er niet actief iets mee deden. De aandacht-somscore is dan laag, omdat deze score berekend werd over de vragen waarin de respondenten aangaven actief iets met de voorlichtingsactiviteit te doen. Er zullen ook respondenten zijn die zich de voorlichtingsactiviteiten niet bewust herinneren, maar deze wel gezien hebben en er ook enigszins door beïnvloed zijn. De gemeten aandacht is dan laag, maar er is wel contact geweest met het medium en de boodschap.

Ten tweede moet voedingsvoorlichting opvallen tussen andere, gelijktijdige commerciële activiteiten. Bovendien zijn veel van de activiteiten waarin interpersoonlijke voorlichting werd gegeven eenmalig en op rustige tijdstippen ('s

middags) uitgevoerd. Het bereik van deze activiteiten was dan ook laag hetgeen spijtig is, omdat juist interpersoonlijke voorlichting een gedragsverandering kan veroorzaken. Bij massamediale voorlichting is de kans daarop veel kleiner (Wapenaar, 1989).

Een derde verklaring voor de lage aandacht-somscore is dat mensen niet voor deze voorlichtingsactiviteiten in de supermarkt kwamen. Zo gaf een aantal respondenten tijdens het interview aan weinig tijd in de supermarkt door te brengen. Bovendien vormde het aanknopen van een gesprek met een diëtist of voedingskundige een drempel. De diëtist of voedingskundige moest klanten aanspreken, voordat ze een gesprek begonnen of de stand kwamen bekijken.

6.8 Manifestaties

In het kader van het project werden vier manifestaties georganiseerd, voor ieder thema één. Aan zoveel mogelijk bezoekers werd bij het verlaten van de manifestatie gevraagd een kort evaluatieformulier in te vullen. Om de kans op een hoge non-respons te verkleinen besloeg de schriftelijke vragenlijst hooguit twee A4-tjes. Alhoewel de vragenlijsten niet volledig met elkaar overeenkomen, komen de volgende aandachtspunten in alle lijsten terug:

- de beoordeling van de manifestatie;
- de kennis van de mogelijkheden om gezonder te leven;
- de attitude en intentie ten aanzien van een gezonde leefstijl en de eventuele invloed van de manifestatie hierop;
- de manier waarop men van de manifestatie heeft gehoord.

6.8.1 Resultaten

Voedingsmanifestatie

Het aantal bezoekers van de voedingsmanifestatie wordt geschat op 1000 mensen. Een aantal personen is gevraagd een evaluatieformulier in te vullen. In totaal vulden 143 personen een evaluatieformulier in (14% van de bezoekers). Het overgrote deel (94%) van de ondervraagde bezoekers beoordeelde de manifestatie als goed tot zeer goed en 78% van de bezoekers vond de geboden informatie interessant. Bijna alle ondervraagden (96%) waren na het bezoek aan de manifestatie van mening dat er meer mogelijkheden zijn om minder vet en toch lekker te eten dan men dacht. Alle respondenten waren van mening dat eten met minder vet lekker kan zijn en 76% vond het niet moeilijk om minder vet te koken. De voedingsmanifestatie motiveerde 81% van de bezoekers om nieuwe adviezen en tips te proberen. De belangrijkste informatiebronnen, via welke men van de voedingsmanifestatie had gehoord, zijn de krant (45%), de radio (24%) en de kabelkrant (11%).

Sportmanifestatie

Naar schatting bezochten 200 mensen de sportmanifestatie van wie 83 een evaluatieformulier invulde (42% van de bezoekers). De sportmanifestatie werd door iets meer vrouwen (57%) dan mannen (43%) bezocht. De verschillende leeftijdsgroepen waren redelijk evenredig verdeeld over de bezoekers, alleen de groep 40 tot en met 49 jaar was iets oververtegenwoordigd. De bezoekers van de sportmanifestatie waren grotendeels al in meer of mindere mate actief; 81% deed aan sport. De manifestatie werd door 75% als goed tot zeer goed gewaardeerd en 69% vond de geboden informatie interessant. Van de bezoekers zei 66% zich mede door het bezoek aan de sportmanifestatie bewuster te zijn van het feit dat sport/beweging helpt om hart- en vaatziekten te voorkomen, 16% was het hier niet mee eens. Voor 74% van de bezoekers gaf de manifestatie een beter beeld van de mogelijkheden om te sporten en te bewegen. Door de sportmanifestatie zei 64% van de bezoekers zin gekregen te hebben om (meer) te gaan sporten. Voor wat betreft het volgende jaar was 36% zeker van plan om meer te gaan sporten/bewegen, 24% antwoordt 'waarschijnlijk wel'. De meeste bezoekers hadden van de sportmanifestatie gehoord via de krant en via vrienden, kennissen en familie.

Stoppen met roken informatieavond

De stoppen met roken informatieavond werd naar schatting door 300 mensen bezocht. Door 112 bezoekers werd een evaluatieformulier ingevuld, een respons van 37%. Onder de ondervraagde bezoekers was de leeftijdscategorie 30 tot en met 49 jaar het meest vertegenwoordigd (67%). De informatieavond werd meer bezocht door vrouwen (62%) dan door mannen (38%). De manifestatie werd voornamelijk bezocht door rokers, namelijk 98%.

De stoppen met roken informatieavond werd door 65% van de ondervraagden als goed gewaardeerd en 32% vond het een redelijke avond. De presentatie van de huisarts werd het meest bezocht en werd ook het best beoordeeld. De geboden informatie op de informatiemarkt vond 83% goed. De meeste belangstelling op de informatiemarkt was er voor de nicotinepleisters, de cursussen stoppen met roken en voor de verschillende metingen.

Een groot deel van de ondervraagden vond dat er meer mogelijkheden zijn om te stoppen met roken dan men dacht (81%). Het voorgaande jaar probeerde 46% van de ondervraagden te stoppen, 15% van hen zei hierin geslaagd te zijn. Van de bezoekers die op het moment van de manifestatie nog rookten zei 97% binnenkort te stoppen. Om te stoppen dacht 40% ondersteuning nodig te hebben van een cursus stoppen met roken in groepsverband, 30% ondersteuning door middel van nicotinepleisters en 14% zei geen steun nodig te hebben.

De belangrijkste informatiebronnen voor de stoppen met roken informatieavond waren een krantenadvertentie (53%) en krantenartikel (28%).

Informatieavond 'Spanningen de baas'

De informatieavond 'spanningen de baas' werd door zo'n 300 mensen bezocht, van wie 73 een evaluatieformulier invulden. Dit is een respons van ongeveer 25%. De informatieavond werd door meer vrouwen dan mannen bezocht en het overgrote deel van de bezoekers was tussen de 30 en 60 jaar oud. De ondervraagde bezoekers van de stressmanifestatie schatten in dat ze (iets) meer (55%) last van stress hebben dan hun leeftijdsgenoten.

Van de ondervraagden vond 51% de avond goed en 47% redelijk. De belangstelling voor de verschillende activiteiten was vrij evenredig. Naar aanleiding van de informatie op de stressmanifestatie zei 79% dat er meer mogelijkheden zijn om zich te ontspannen dan men dacht. Van de ondervraagden had 66% het voorgaande jaar serieus geprobeerd om meer ontspanning te nemen en 57% van hen zegt hierin ook geslaagd te zijn. De belangrijkste redenen om niet meer ontspanning te nemen zijn dat men denkt dat er altijd nog wel iets gedaan moet worden (52%) en dat men vindt dat men al voldoende ontspanning heeft (20%). Men was meestal door een advertentie (44%) of een artikel in de krant (20%) op de hoogte geraakt van de informatieavond.

6.8.2 Conclusie en discussie

Conclusie

Alle vier de manifestaties werden door een groot aantal mensen bezocht en goed tot zeer goed gewaardeerd. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het project door middel van deze manifestaties er in geslaagd is het belang van een gezonde leefstijl goed onder de aandacht van de bevolking te brengen.

Een manifestatie is een goede methode om de verschillende mogelijkheden in de eigen woonplaats of regio op het gebied van gezonder eten, meer bewegen, stoppen met roken en meer ontspanning te presenteren. Het percentage mensen dat na afloop van de manifestatie aangeeft meer inzicht te hebben in de mogelijkheden om gezonder te gaan leven was bij alle vier manifestaties hoog.

Uit de resultaten van de evaluatie van de manifestaties kan geconcludeerd worden dat een groot deel van de bezoekers na afloop van de manifestatie een positieve attitude had ten aanzien van een gezonde leefstijl.

Na afloop van de voedingsmanifestatie was 81% van de ondervraagden van plan om tips en adviezen met betrekking tot minder vet koken te proberen, 64% van de bezoekers aan de sportmanifestatie kreeg zin om (meer) te gaan sporten en 97% van de bezoekers van de stoppen met roken informatieavond zei binnenkort te stoppen met roken. Geconcludeerd kan worden dat na afloop van een manifestatie een groot deel van de bezoekers gemotiveerd was om gezonder te gaan leven.

Discussie

Alhoewel alle vier manifestaties goed tot zeer goed zijn bezocht dient opgemerkt te worden dat met de sportmanifestatie niet de beoogde doelgroep is bereikt. De sportmanifestatie was met name bedoeld voor het niet sportende deel van de bevolking. Deze manifestatie is voor 81% door mensen bezocht die in meer of mindere mate aan sport deden. Opgemerkt dient te worden dat alle vier de manifestaties in de gemeente Emmen plaatsvonden. Het bereik en de toegankelijkheid van de manifestaties zou vergroot kunnen worden door deze ook in de andere gemeenten te organiseren.

Bij de conclusies dient opgemerkt te worden dat de attitude en de motivatie ten aanzien van een gezonde leefstijl alleen na afloop van de manifestatie gemeten is. Onduidelijk is in welke mate de geboden informatie bijgedragen heeft aan de gemeten positieve attitude en intentie. De vraag rijst of deze positieve attitude en intentie reeds aanwezig waren voordat men de manifestatie bezocht en of de manifestatie alleen door mensen is bezocht die al positief staan tegenover een gezonde leefstijl. Mocht dit inderdaad het geval zijn dan is met de manifestatie een groep mensen bereikt die reeds aandacht hadden voor een gezonde leefstijl. Deze veronderstelling wordt enigszins bevestigd door het feit dat 46% van de ondervraagden bij de 'stoppen met roken informatieavond' het voorgaande jaar al eens geprobeerd had om te stoppen met roken. Het verschijnsel dat met voorlichting veelal mensen bereikt worden die de voorlichting het minst nodig hebben wordt eveneens in andere onderzoeken aangetroffen (Vlug, 1991). De belangrijkste bijdrage van een manifestatie is in een dergelijke situatie het informeren over de mogelijkheden om gezonder te gaan leven in de eigen omgeving. Hierin zijn alle vier manifestaties goed geslaagd. Direct na afloop is bij een groot deel van de bezoekers een positieve attitude en intentie gemeten om gezonder te gaan leven. Onduidelijk is hoelang deze positieve situatie blijft bestaan en hoeveel mensen inderdaad hun leefstijl zijn gaan veranderen.

Uit de resultaten blijkt dat een manifestatie een goede en relatief goedkope methode is om veel mensen gelijktijdig te bereiken en mensen te informeren over het belang en de mogelijkheden van een gezonde leefstijl. Alhoewel men er niet altijd in zal slagen de juiste groep mensen te bereiken, te weten zij die nog geen aandacht hebben voor een gezonde leefstijl, kunnen de mensen die wel komen een voortrekkersrol spelen voor de rest van de bevolking.

