

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.*

## 8 Beschouwing

Uit onderzoek van de GGD Zuidoost-Drenthe is gebleken dat in de regio Zuidoost-Drenthe de prevalentie van hart- en vaatziekten relatief hoog is in vergelijking met Nederland. In lijn met deze bevinding was het resultaat van onderzoek naar leefgewoonten van de inwoners in de regio. Wat betreft bepaalde risicofactoren bestond een minder 'gezonde' situatie ten opzicht van gemiddelden in Nederland. Dit is aanleiding geweest voor de GGD om een interventie op te zetten gericht op de verbetering van de leefstijl. Vanwege de hoge verwachtingen van de community-based aanpak is het community-based preventieproject getiteld 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' opgezet. Aangezien in Nederland nog niet veel ervaring met deze methode was opgedaan is een uitgebreide evaluatie uitgevoerd. In dit proefschrift wordt verslag gedaan van de ervaringen omtrent de uitvoering en de resultaten van de interventie. De praktijkervaring met het project, de haken en ogen bij de opzet en uitvoering ervan en de gevonden meetbare resultaten zijn beschreven. In dit hoofdstuk worden de bevindingen nader besproken tegen de achtergrond van de ontwikkeling van de collectieve preventie en gezondheidsbevordering in Nederland en in relatie tot ervaringen van andere onderzoeken in binnen en buitenland. Getracht is antwoord te geven op de hoofdvraag van het onderzoek, namelijk "is de community-based interventiemethode een effectieve methode voor preventie van hart- en vaatziekten en zo ja, op welke wijze kan deze het meest doelmatig uitgevoerd worden?". Tevens kunnen op basis van deze studie suggesties worden aangereikt voor verbetering van dergelijk evaluatieonderzoek.

Dit hoofdstuk is verdeeld in vijf paragrafen waarin op de verschillende aspecten van de studie wordt ingegaan. In paragraaf 8.1 wordt stilgestaan bij de ervaringen met de uitvoering van het project op basis van de verkregen kennis uit de procesevaluatie. Goede en minder goede, belemmerende en stimulerende factoren van de uitvoering van community-projecten in de lokale praktijk worden benoemd. In paragraaf 8.2 gaat de aandacht uit naar de effecten van het project op de kennis, houding en gedrag van de bevolking die gedurende acht jaar zijn bereikt, er wordt stilgestaan bij verklaringen voor de bevindingen uit het evaluatieonderzoek en de betekenis ervan voor de gezondheidsbevordering. Paragraaf 8.3 gaat in op het evalueren van community-based interventies. De wijze waarop resultaten van lokaal uitgevoerde community-based interventieprogramma's het best inzichtelijk gemaakt kunnen worden wordt besproken. In paragraaf 8.4 worden op basis van de beschreven ervaringen de implicaties en mogelijkheden van toepassing van de community-based interventie in de Nederlandse praktijk aangegeven. Tot slot worden in paragraaf 8.5 de belangrijkste bevindingen samengevat.

## 8.1 Procesevaluatie: ervaring met de uitvoering van het project

Er ligt een lange tijd tussen het opstellen van de eerste plannen voor het lokale community-based project in Zuidoost-Drenthe en het gereedkomen van dit proefschrift. Al aan het eind van de jaren tachtig is nagedacht over de aanpak van het uit gezondheidsoogpunt belangrijke probleem, namelijk de hoge prevalentie van hart- en vaatziekten in de regio Zuidoost-Drenthe. De belangrijkste directe aanleiding was het onderzoek van de GGD naar sterfte in de regio (De Vos, 1991). Tot dan toe was er weinig onderzoek gedaan en bestond er vrijwel geen, op epidemiologisch onderzoek gebaseerde, informatie over de gezondheidstoestand in de regio. De studie in Zuidoost-Drenthe, en als gevolg daarvan het preventieproject 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!', kan worden gezien als concreet resultaat van de inwerkingtreding van de Wet Collectieve Preventie en Volksgezondheid (Wcpv) en de stimuleringsregeling epidemiologie. Ook de nieuwe financieringswijze van de GGD was een factor die bijdroeg aan het kiezen van een dergelijke aanpak; de GGD werd meer gedwongen om zichtbaar te zijn. De tweede belangrijke aanleiding tot het community-based project had een andere oorsprong. De GGD heeft getracht het probleem op een moderne wijze aan te pakken. Dit kwam deels voort vanuit de professionaliteit van de betrokken medewerkers, maar ook zeker vanwege de systematiek van financiering en subsidiëring van projecten. Aangezien 'vernieuwende' projecten meer kans maken op financiering is gezocht naar een preventiemethode die gemakkelijk voor externe financiering in aanmerking zou komen. Aangezien eind jaren tachtig over het algemeen positief gedacht werd over de community-based preventie is hiervoor gekozen, ook al waren er weinig goede uitvoeringsvoorbeelden voorhanden.

### 8.1.1 Project zonder eensluitend voorbeeld

'Zuidoost-Drenthe HARTstikke goed!' is een van de eerste grote community-based interventies in Nederland geweest. In Drenthe had de GGD tot dan toe weinig ervaring met het opzetten van een dergelijk groot project, waarbij relatief veel extra financiële middelen aangewend konden worden, met veel partijen werd samengewerkt en op een andere en 'moderne' wijze gezondheidsbevordering werd uitgevoerd. Voor de opzet en aanpak is gekeken naar de toen bekende buitenlandse projecten. Een belangrijk voorbeeld is het Engelse project 'Heart Beat Wales' (Smail en Parish, 1989) geweest. Daarnaast hebben andere grote projecten als het North Karelia project in Finland, en daarop volgende eerste Amerikaanse community-based projecten als voorbeeld gediend. Pas in 1993, toen het project al een tijd uitgevoerd werd, was een gedocumenteerd voorbeeld beschikbaar van een project in Nederland, het project Gezond Bergeyk (Assema, 1993). Dit project verschilde op een aantal wezenlijke punten van het project in Drenthe, maar kende in ieder geval de belangrijkste kenmerken van community-based interventie, te weten: participatie, interventiemix en intersectorale benadering. Het project in

Drenthe is een tweede generatie community-based project; het stoelt sterk op de sociale leertheorie aangevuld met aspecten van participatie en community aanpak (Maclean, 1994).

De medewerkers van de GGD zijn enthousiast aan het project begonnen. Het project had aanvankelijk een duur van tweeënhalf jaar. Maar al snel werd duidelijk dat dit een te korte periode was om voldoende ervaring op te doen met de nieuwe interventiemethodiek, voldoende maatschappelijk draagvlak te verwerven en voldoende effecten te behalen. De duur van het project is uiteindelijk acht jaar geworden. Gedurende de uitvoering van het project groeide de ervaring en deskundigheid van de medewerkers. Tevens werd duidelijk dat het project nationale en internationale uitstraling had. Hieronder wordt ingegaan op enkele belangrijke ervaringen met het project.

#### *Vorbereidingstijd, fasering en duur van het project*

Vanwege het feit dat er geen 'good practice' voorbeelden waren is de opzet van het project enkele malen bijgestuurd. Tot twee keer toe is het project verlengd qua duur en werden 'nieuwe' kenmerken van community-based initiatieven aan de plannen toegevoegd. Zo was de derde projectperiode in hoofdzaak gericht op het implementeren van de community-based structuren en heeft het project kenmerken van de derde generatie community-based interventies gekregen.

De reden voor de eerste verlenging was het feit dat de community-structuren en daarmee participatie pas laat in de eerste fase tot stand zijn gekomen. In de praktijk bleek het veel meer tijd te kosten om voldoende participatie te verkrijgen. Recente literatuur over community projecten onderschrijft dat het lange tijd kost voordat een voldoende mate van participatie bereikt is (Roncker, 2001; Haes, 2002).

Berkowitz (Berkowitz, 2001) vraagt zich zelfs af of de lange tijd en inspanning die gemoeid is met het bereiken van samenwerking en participatie opweegt tegen het uiteindelijk te behalen resultaat. Voor participatie moet een goede relatie worden opgebouwd en vervolgens moeten verantwoordelijkheden evenwichtig onder de partners verdeeld worden. (Green, 2001). Zeker bij een brede community-aanpak spelen veel partners een rol. Enkele auteurs stellen dat een interventie tenminste 5 jaar moet duren; in een kortere periode lukt het niet om de community te mobiliseren (Mittlemark, 1993; Sorensen e.a., 1998).

De betrokkenen bij het project in Zuidoost-Drenthe zijn van mening dat het project te lang heeft geduurd. Toch geven dezelfde betrokkenen ook aan dat de bevordering van een gezonde leefstijl belangrijk is. Hier bestaat dus een belangrijke discrepantie in beleving tussen participanten en de gezondheidsbevorderaar. Indien de periode die nodig is om tot een goede participatiestructuur te komen en om veranderingen te bewerkstelligen te lang is, wordt de kans dat participanten afhaken groot. Tijdens een project zal steeds nagedacht moeten worden over een verandering of aanpassing van de werkwijze of benadering om voldoende deelname van de community over een langere periode te bewerkstelligen.

wordt er zo veel en zo goed mogelijk ingespeeld op de wensen en ideeën van de doelgroep, bewoners, professionals en andere belanghebbenden, ook wat betreft planning en uitvoering. Uitgangspunt is dat niet alleen de gezondheidszorgprofessional de agenda bepaalt. Aan de andere kant geldt ook het principe van de 'top down' benadering. Het is in het belang van de gemeente en professionals in de openbare gezondheidszorg dat de 'juiste' actie wordt ondernomen; men wil in bepaalde mate kunnen sturen en een vinger aan de pols houden. Een te strakke aansturing leidt vaak tot verlies van enthousiasme; participanten krijgen dan het idee dat eigen ideeën blijkbaar onvoldoende bijdragen. Het ontbreken van elke sturing zal ook onvoldoende resultaat opleveren. In de praktijk ontstaat er vaak een combinatie van bottom-up en top-down strategie. In een goede dialoog tussen de gezondheidsprofessional en de vanuit de community betrokkenen/participanten zal de richting moeten worden bepaald. Van belang hierbij is de doelstelling van de interventie of de onderdelen van de interventie. Bij activiteiten waarbij inbreng van de community essentieel is, zal de nadruk meer liggen op de bottom-up aanpak. Dit vereist van de gezondheidsprofessional verstandig manoeuvreren en op de juiste momenten ingrijpen.

Een nadeel van de bottom-up benadering is dat een deel van de activiteiten pas gedurende de uitvoering van de interventie zich zal ontwikkelen. In deze situatie is er in feite geen sprake van een vooraf bepaalde doelstelling. De doelstelling van het project zal daardoor doorlopend bijgesteld of aangepast moeten worden. Dit bemoeilijkt het opzetten van een gedegen evaluatie.

Binnen de openbare gezondheidszorg was begin jaren negentig nog niet veel ervaring opgedaan met community-based werken. In het verleden werd gezondheidsvoorlichting vooral gebaseerd op de kennis vanuit de medische wetenschap en bestond er weinig aandacht voor de sociale en maatschappelijke omgeving. In de moderne aanpak van de collectieve preventie spelen meer partijen en overwegingen een rol. Bij community-projecten moet daarom naast de medische inbreng meer gebruik worden gemaakt van de deskundigheid van andere professionals. Door intersectoraal te werken en de deskundigheid van bijvoorbeeld het welzijnswerk te benutten kan veel efficiënter met bewonersgroepen worden gewerkt. Zij kennen vaak beter de situatie in de wijk en buurt. In het project in Zuidoost-Drenthe is pas in de laatste fase van het project voldoende gebruik gemaakt van de deskundigheid van andere organisaties in de regio.

#### *Implementatie*

Het uitvoeren van community-based programma's heeft geen zin als de ontwikkelde initiatieven uiteindelijk niet geïmplementeerd worden in de community. Implementatie en inbedding is daarmee een essentieel onderdeel van dergelijke projecten. Het is echter tevens een lastig onderdeel. Bij aanvang van het project in Zuidoost-Drenthe bestond slechts een globaal plan voor de uitvoering. Er was veel ruimte voor aanpassing, groei en experimenteren. Dit heeft een aantal

### *Politieke betrokkenheid*

De Wcpv bepaalt dat de gemeenteraad verantwoordelijk is voor collectieve preventie. Hiermee is de uitvoering van preventie onlosmakelijk verbonden met politieke standpunten en keuzes. Zeker bij community projecten is een politiek draagvlak van groot belang, onder andere vanwege de continuïteit van het project en de inbedding van de activiteiten in de samenleving. Uit het onderzoek van Van Dijk (2001) blijkt dat er niet alleen een rol is voor de politiek, maar dat de samenstelling van de gemeenteraad mede bepalend is voor de wijze waarop een gemeente vorm geeft aan gemeentelijk (preventief) gezondheidsbeleid. Politieke betrokkenheid kan van belang zijn bij onder andere het uitoefenen van druk op het gemeentelijke apparaat of de bereidheid tot deelname van andere organisaties aan een community-project. Recente literatuur over effectiviteit van community-based projecten onderkent dat de invloed van de politiek beter benut moet worden (Sorensen e.a., 1998; Voorham, 2002). Tevens zou beter gebruik gemaakt kunnen worden van de wettelijke mogelijkheden (Ebrahim, 1997).

Het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' heeft te weinig actief ingespeeld op deze aspecten. Het project heeft in de jaren dat het werd uitgevoerd weinig contact gehad met vertegenwoordigers van de gemeentelijke politiek. Opvallend is echter, dat in de gemeente waar, via leden van de projectgroep, wel politieke betrokkenheid bestond, uiteindelijk de activiteiten van het project zijn overgedragen aan een door de gemeente gesubsidieerde stichting. Politieke en gemeentelijke betrokkenheid lijken vooral van belang bij het zorgdragen voor continuïteit en implementatie van de activiteiten. Essentiële punten hierbij zijn de intersectorale benadering en het voldoen aan structurele randvoorwaarden. Een community project moet daarentegen niet te afhankelijk zijn van keuzes van de politiek of gemeente. Een voorbeeld hiervan is de invloed van de gemeentelijke herindeling in Zuidoost-Drenthe. In vrijwel alle gemeenten kwamen, vanwege de voorgenomen gemeentelijke herindeling, de ontwikkelingen ruim een jaar stil te liggen. De betrokken personen en organisaties waren in afwachting van beleidskeuzes van de nieuwe gemeenten wat betreft financiële ondersteuning, draagvlak en toekomstperspectief. Projectgroepleden hebben aangegeven dat zij om deze reden de activiteiten hebben gestaakt. Enkele projectgroepen hebben de werkzaamheden, nadat uiteindelijk bekend was hoe de gemeenten verder zouden gaan in Drenthe, ook niet meer opgepakt. Hoe de resultaten van het project zouden zijn geweest zonder het gemeentelijke herindelingsproces is niet vast te stellen.

### *Sturend of volgend*

Het uitgangspunt van community-based interventie is de betrokkenheid van de gemeenschap (de bevolking en sectoren in de samenleving) bij de totstandkoming van de interventie waarmee het gezondheidsprobleem wordt aangepakt. Bij de uitvoering van het project kan een spanningsveld ontstaan. Aan de ene kant kent een community-based project volgens de theorie de 'bottom up' benadering en

voordelen opgeleverd, maar ook een aantal nadelen. In het begin van het project kon er flexibel worden ingesprongen op de ontwikkelingen en op de behoefte. Zo werd als het ware automatisch aangesloten bij de lokale en actuele situatie, cultuur en wensen en behoefte van de community. Aan de andere kant is het ontbreken van een concreet projectplan de reden geweest dat soms te laat is ingegrepen of met een volgende stap in de ontwikkeling van het project is begonnen. Als voorbeeld kan worden genoemd het proces tot verzelfstandiging van enkele gemeentelijke projectgroepen. Dit proces kwam pas op gang toen gemeentelijke projectgroepen eigenlijk al waren geëindigd met het uitvoeren van activiteiten. Bij community-projecten is dus een goede balans nodig tussen het van te voren bepalen van het programma en de vrijheid in ontwikkeling en uitvoering door betrokkenen. Community control en 'ownership' bevorderen implementatie en inbedding van het programma, passend bij de sociale omgeving en politieke structuur. Zo wordt tevens bijgedragen aan lange termijn verbeteringen wat betreft risicofactoren voor chronische ziekten (Rowley, 2000).

In Zuidoost-Drenthe is zoals eerder aangegeven in één gemeente een stichting opgericht welke is doorgestaan met de activiteiten. Enkele andere activiteiten zijn ingebed in de werkzaamheden van de stichting welzijn van de gemeente. Ook bij het project Gezond Bergeyk zijn enkele activiteiten met succes geïmplementeerd. Bij veel andere projecten wordt niets vermeld over implementatie of komt het niet van de grond. Vaak is een implementatie niet geslaagd, omdat onvoldoende participatie of community development werden bereikt en vervolgens na beëindiging van de professionele ondersteuning en financiering de voortgang stopt (Maclean, 1994). Verder geldt ook dat de implementatie lang duurt en dat de keuze van de lengte van projecten in het verleden maar al te vaak gebaseerd werd op subsidiemogelijkheden in plaats van op in de praktijk noodzakelijke tijd of op wetenschappelijke onderbouwing (Sorensen e.a., 1998). In de VTV 2002 wordt nadrukkelijk aangegeven dat continuïteit en implementatie bij lokale gezondheidsbevordering van groot belang is. In de VTV wordt gesteld dat om tot continuïteit en implementatie van lokale interventies te komen een krachtige landelijke ondersteuning noodzakelijk is. Dit zou door prioriteitstelling, structurele financiering, en continuïteit in randvoorwaarden verwezenlijkt moeten worden. Evenals bij lokale community-based interventies ligt het voor de hand de krachten te bundelen en een samenhangend landelijk en regionaal 'community'-based beleid te ontwikkelen. Bij lokale interventies zou vaker aansluiting gezocht moeten worden bij nationale beleidskeuzes, die op zich onderdeel zouden moeten uitmaken van het beleid van de gemeente, bij voorkeur vastgelegd in de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid. Daarnaast zou meer samenhang met beleidsprioriteiten van andere organisaties binnen de openbare gezondheidszorg en curatieve zorg in de regio moeten komen. Deze aansluiting van lokale en regionale beleidsprioriteiten op landelijke prioriteiten met inbedding in het lokale beleid zou bij kunnen dragen aan een structurele financiering en continuïteit in randvoorwaarden voor lokale interventies.

Een andere reden voor het onvolledig bereiken van implementatie is wellicht het ontbreken van een overkoepelende stuurgroep met status in de regio en met politieke en bestuurlijke invloed. De begeleidingsgroep, bestaande uit medewerkers van de universiteit, heeft weliswaar het project ondersteund, maar had weinig bemoeienis met de regio en daarmee ook weinig invloed op het in stand houden van draagvlak en het overtuigen van regionale politici en (gemeente)besturen.

#### 8.1.2 Kenmerken uitvoering

De bouwstenen van de community-based interventie zijn niet nieuw. Veel van de specifieke programmaonderdelen van de interventie zijn in afzonderlijke projecten of activiteiten eerder gebruikt. Het vernieuwende aan de community-benadering is dat een combinatie van verschillende methoden van gezondheidsvoorlichting tegelijk wordt toegepast. Dit geldt voor de methodiek van de voorlichting zelf, de doelgroep waar het programma onderdeel op is gericht en de betrokkenheid van partners bij totstandkoming en uitvoering. Een dergelijke werkwijze geeft ook direct een probleem aan, namelijk dat community-projecten allemaal verschillend zijn. Elk project legt op een andere wijze nadruk op de verschillende aspecten die spelen in het project, onder andere afhankelijk van de lokale cultuur en structuur. Vanwege verschillen in de opzet, de organisatie, de aanpak en de resultaten van projecten, zijn deze vaak moeilijk onderling te vergelijken. In Zuidoost-Drenthe zijn drie algemene kenmerken van community-based preventie toegepast, te weten: het gebruiken van een interventiemix, het betrekken van de bevolking en intersectorale samenwerking. Hieronder wordt ingegaan op de uitwerking van deze drie algemene kenmerken in de praktijk.

##### *Het gebruiken van een interventiemix*

Gedurende het project in Zuidoost-Drenthe zijn meer dan 400 activiteiten opgezet en uitgevoerd. Binnen de activiteiten bestond een grote diversiteit in doel, doelgroep, type activiteit en het thema waarop ze gericht waren, zoals verschillende leeftijdsgroepen, mannen en vrouwen, en specifieke groepen binnen de community. De werkwijze van de activiteiten was vaak verschillend, variërend van informatieoverdracht tot aanleren van andere gewoonten. Uit deze verzameling van activiteiten blijkt dat het project er gemakkelijk in geslaagd is de interventiemix vorm te geven. De mix van interventies komt tevens tot uiting in de thema's van het project, voeding, beweging, roken en stress. De ervaring van andere community-projecten voor wat betreft het hanteren van een interventiemix is goed. Als eenmaal draagvlak en participatie is bereikt zijn veel organisaties bereid mee te werken aan het project en op onderdelen te financieren. Ook in de rapportage over de eerste periode van het project Hartslag Limburg wordt



genoemd dat de projectgroepen veel regionale activiteiten uitgevoerd hebben (Ronckers, 2000; 2001).

Een voordeel van de interventiemix is dat indien een onderdeel onvoldoende aanslaat in de regio of de community, er nog andere factoren zijn die wel tot een succes kunnen leiden. Uit de resultaten van het project blijkt dat de community over het algemeen niet zo veel met het thema stress kon. Buiten een enkele voorlichtingsactiviteit is het bij dit thema niet tot een meer gestructureerde actie gekomen. De andere factoren waar het project zich op richtte, voeding, beweging en roken, zijn echter wel goed opgepakt. Wat betreft het thema stress komt de VTV (VTV, 2002 b) tot dezelfde constatering. Met betrekking tot de interventies op het terrein van de zogenoemde BRAVO thema's (meer bewegen, minder roken, minder alcohol, gezonde voeding, veilig vrijen, meer veiligheid en meer ontspanning) wordt gesteld dat de O van ontspanning erg moeilijk te operationaliseren is. Het thema werd daarom niet verder behandeld in de rapportage.

Een ander voordeel van de interventiemix is dat vanwege de verschillende onderdelen van het project die goed passen bij de situatie en de verdeling van risicofactoren binnen een populatie, er als vanzelf een hoog-risico karakter wordt gerealiseerd (Sorensen e.a., 1998).

#### *Het betrekken van de bevolking*

Een belangrijk tweede kenmerk van een community-based interventie is het daarbij betrekken van de bevolking. De bevolking is in feite de doelgroep waar de gezondheidsvoorlichting zelf op gericht is; alle inwoners van de community worden gewezen op gezond gedrag en het risico op hart- en vaatziekten. De laatste jaren wordt de term 'empowerment' vaak gebruikt als term voor participatie van de bevolking. Empowerment houdt in dat personen meer controle krijgen over de mogelijkheden en middelen om hun eigen gezondheid te kunnen verbeteren. Met de mogelijkheden worden de personele, sociaal-economische en omgevingsfactoren die de gezondheid beïnvloeden bedoeld. Het begrip sluit aan bij de definitie van gezondheidsbevordering, 'the process of enabling people to take control over, and to improve their health', zoals deze is opgesteld in het Ottawa Charter door de WHO in 1986 (WHO, 1986). Bracht en collega's maken onderscheid in twee typen empowerment, namelijk psychologische en community empowerment (Bracht e.a., 1999). Volgens hen houdt psychologische empowerment in dat personen vanwege een actieve participatie of lidmaatschap van een groep het gevoel hebben meer controle te hebben over hun eigen gezondheid. Het gaat hierbij dan om vaardigheden en participatief gedrag. Community empowerment is het daadwerkelijk controle hebben over de middelen en mogelijkheden die de eigen gezondheid kunnen verbeteren vanwege participatie in collectieve of politieke actie. Psychologische empowerment is daarmee meer zelfontplooiing. Het onderscheid van deze twee typen is niet altijd even gemakkelijk te maken; zo zal bijvoorbeeld het lidmaatschap van een binnen

de gemeente actieve sportclub bijdragen aan zowel de psychologische als de community empowerment. Tegenwoordig wordt veel waarde gehecht aan participatie en empowerment, maar deze begrippen zijn nog onvoldoende in theorie en onderzoek gedefinieerd om toe te kunnen passen in evaluatieonderzoek. Ook al is bij de voorbereiding en uitvoering van het project in Zuidoost-Drenthe het begrip empowerment nooit als zodanig benoemd, in feite is de intersectorale gemeentelijke projectgroep de operationalisatie van empowerment geweest. Binnen deze groepen hebben zowel een vertegenwoordiging van de bevolking als verschillende sectoren en disciplines invloed uitgeoefend op de uitvoering van de activiteiten en de totstandkoming van gezondheidsbeleid.

#### *Intersectorale samenwerking*

Bij community projecten is intersectorale samenwerking van belang. Als meerdere sectoren participeren in de interventie wordt, in dit geval, het promoten van gezonder gedrag gemakkelijker gemaakt. Door de keuze om binnen het project in Zuidoost-Drenthe gebruik te maken van de gemeentelijke projectgroepen werd in feite gelijktijdig aan participatie als intersectorale samenwerking voldaan. Naast de gemeentelijke projectgroepen is tevens op andere wijze contacten gelegd met sectoren. De contacten met de gemeente zijn hierbij vooral van belang geweest. Bij de start van het project in Zuidoost-Drenthe werd gekozen voor gemeentelijke projectgroepen, waarin organisaties en bevolking vertegenwoordigd zijn. De projectgroep vertaalde signalen uit de gemeente in een samenhangend aanbod van activiteiten, voerde deze activiteiten uit en informeerde de eigen achterban. Zo werd nauw aangesloten bij de sociale omgeving en de lokale situatie. De groepen zijn tijdens de uitvoering speerpunt van het project gaan vormen. In totaal zijn in zes van de negen gemeenten groepen gestart. Gezien de samenstelling van de lokale groepen is het betrekken van de bevolking goed gelukt. In alle projectgroepen was de lokale bevolking vertegenwoordigd, zowel via vrijwilligers en niet-professionals als via professionals. De totstandkoming van de gemeentelijke projectgroepen verliep niet in elke gemeente even gemakkelijk. Veel heeft afgehangen van de affiniteit van de betreffende gemeenteambtenaar met het onderwerp; ook de omvang van de gemeente is van belang. In grote gemeenten blijkt het moeilijker een projectgroep op te richten, mogelijk vanwege de afstand tussen gemeente en bevolking. Tevens kunnen personele wisselingen in een gemeente gunstig uitpakken voor het project. Ziet de ene burgemeester of wethouder niets in het project, de volgende kan er wel in geïnteresseerd zijn. Uit het onderzoek is gebleken dat belangrijke factoren voor het functioneren van de gemeentelijke projectgroepen zijn: het voorzitterschap, enthousiasme, ondersteuning door de gemeente, doel, budget, toegang tot GVO-kennis, materialen, verdeling van taken en informatie over concreet behaalde resultaten. Een handboek met tips voor projectgroepleden blijkt een goede ondersteuning. Uit beschrijvingen van partnerships en samenwerkingsstructuren in de community blijkt ook dat allianties en partnerships tussen organisaties in de publieke sector,

private sector en overheid goed lijken te kunnen functioneren. Dergelijke samenwerkingsstructuren geven aandacht aan determinanten op zowel individueel als maatschappelijk niveau en in de praktijk lukt het om belangrijke punten op agenda te zetten. Vooral het betrekken van vrijwilligers en het uitvoeren van voorbeeldprojecten lijken te werken. Zo kan maximaal voordeel van de community worden verkegen (Gillies, 1998). 'Ownership' bevordert de implementatie en het vasthouden van aandacht voor gezondheidsonderwerpen, passend bij de sociale omgeving en politieke structuur. Hierdoor wordt tevens bijgedragen aan de lange termijn verbeteringen wat betreft risicofactoren voor chronische ziekten (Rowley, 2000). Tegenwoordig werken veel projecten met één of andere vorm van gemeentelijke groepen. Op basis van de ervaringen in Zuidoost-Drenthe (Bokma e.a., 1994; De Vries e.a., 1995, 1997, 2000) en ervaringen van anderen kan een aantal belangrijke eigenschappen en voorwaarden voor goed functionerende community structuren worden genoemd (Gillies, 1998; Rowley, 2000; Green 2001; Shortell, 2002):

- wees duidelijk over doel en missie;
- maak afspraken over verantwoordelijkheden, inzet en tijdsduur;
- gebruik meervoudig leiderschap: kies een door de community geaccepteerde voorzitter/trekker en zorg voor een ondersteunende organisatie;
- bewaak de koers van het project, maar zorg ook dat het project bijgestuurd kan worden;
- anticipeer tijdig op ontwikkelingen;
- verdeel verantwoordelijkheid onder meerdere betrokkenen;
- samenwerking gaat uit van vertrouwen, respect, enthousiasme en commitment, ga uit van de kracht van de samenwerking;
- zorg voor goede communicatie en wees transparant in besluiten;
- zorg voor terugkoppeling van resultaten en effecten;
- onderhoud een relatie met lokale leiders, gezondheidszorg, politiek en financiers;
- maak gebruik van bestaande structuren;
- pas meerdere methoden toe;
- zorg voor voldoende middelen en materialen.

Het organiseren van draagvlak en betrokkenheid kostte meer tijd dan van te voren werd gedacht. Uiteindelijk is deze extra inspanning succesvol gebleken. De gemeenten werden enthousiast en ook andere partijen zijn bereid gevonden om bij te dragen aan de uitvoering van het project. Ook in in andere projecten wordt gevonden dat het opzetten van de community structuren tijdrovend is, maar uiteindelijk zeker nuttig. Ronckers (2001) geeft aan dat het belangrijk is geweest in het project Hartslag Limburg om te investeren in de lokale samenwerking en dat uiteindelijk veel mogelijk is gebleken, zoals financiering van verschillende organisaties en netwerken.

### *Samenwerking met gemeenten*

In het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' bleek de samenwerking met de gemeenten essentieel. De GGD had ervoor gekozen de gemeenten een belangrijke rol te geven bij de inrichting en het functioneren van de gemeentelijke projectgroepen. De ambtenaar welzijn van de gemeenten werd gevraagd een projectgroep te formeren en ook zelf te participeren in deze groep. In de praktijk verliep de samenwerking echter niet met elke gemeente even goed. Een aantal gemeenten stond positief tegenover het project, andere gemeenten vonden het niet de juiste oplossing voor het probleem of vonden het zelfs geen taak van de gemeente. Er bleek aanvankelijk een verschil in verwachting tussen de GGD en de gemeente wat betreft de betrokkenheid bij het project. De GGD verwachtte dat de gemeente bereid was het project te ondersteunen, zowel met financiële middelen als met personele ondersteuning. De gemeente zag het project als activiteit van de GGD en ging ervan uit dat deze het project zonder gemeentelijke bemoeienis zou uitvoeren. Ook uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 1995 is gebleken dat er bij gemeenten sprake is van een gebrekkige bestuurlijke betrokkenheid bij het collectief preventief gezondheidsbeleid (IGZ, 1995). Naar aanleiding daarvan is door de minister de Commissie Versterking Collectieve Preventie (de Commissie Lemstra) ingesteld. Deze commissie concludeerde dat de samenwerking tussen de verschillende overheden en gemeenten onderling beter zou moeten (Commissie Versterking Collectieve Preventie, 1996). Hetzelfde gold voor de relatie tussen gemeenten en hun GGD en binnen de verschillende afdeling of sectoren van de gemeente. In onderzoek van Van Dijk (2001) naar gemeentelijk gezondheidsbeleid wordt gesteld dat binnen de gemeente, maar ook tussen rijk en gemeentelijke overheid meer intersectoraal samengewerkt zou moeten worden. Het is evident dat voor het welslagen van community-based interventies een goede afstemming en samenwerking tussen GGD en gemeente gewenst is. De Wcpv stelt de gemeenteraad verantwoordelijk voor de collectieve preventie en de afstemming van preventie met de gezondheidszorg. Vanaf 2003 moet de gemeente periodiek een nota lokaal gezondheidsbeleid opstellen. In deze nota zal de gemeente haar voornemens op het terrein van de lokale volksgezondheid en de collectieve preventie moeten vaststellen. De GGD en andere lokale organisaties zullen zorg moeten dragen dat de belangen van preventie in de nota worden opgenomen. Als positieve uitstraling van het project in Zuidoost-Drenthe geldt dat als vervolg op het hart- en vaatziekten community-based project een community-project gestart is, waarin intensief tussen GGD en gemeente wordt samengewerkt, dit keer gericht op de doelgroep jeugd.

### *Evaluatie*

Evaluatie is een belangrijk onderdeel van gezondheidsbevordering. Via evaluatie kan inzicht worden verschaft in de bereikte resultaten en kunnen ontwikkelingen en ervaringen met activiteiten worden teruggekoppeld. In het bijzonder bij

community-based interventies is het terugkoppelen van voortgang en resultaten van de interventie erg belangrijk. Betrokkenen willen weten of hun bijdrage van nut is en bepalen onder andere op basis van deze informatie hun inzet en enthousiasme. Bovendien levert evaluatie informatie op die gebruikt kan worden om nog tijdens de uitvoering van het programma op onderdelen bij te sturen en/of effectiever of efficiënter te kunnen opereren. Voor het project in Zuidoost-Drenthe is een uitgebreide evaluatie uitgevoerd. Bij aanvang van het project was alleen een eenvoudige evaluatie gepland, maar vanwege het verkrijgen van aanvullende subsidie werd het mogelijk een meer uitgebreide evaluatie uit te voeren. Dit had echter tot nadeel dat het project al gestart was en het niet mogelijk is geweest om van tevoren (nog voordat de interventie zelf aanvangt) de verschillende participanten in de community te betrekken bij de opzet van de evaluatie. Al bij de opzet van een project dient evaluatie onderdeel van de planning en begroting te zijn. De WHO pleit ervoor tenminste 10% van het bedrag dat besteed wordt aan de uitvoering van een project te reserveren voor evaluatie (WHO, 2001).

#### *Algemene kenmerken uitvoering community-based preventie*

In het rapport van de werkgroep Health Promotion Evaluation van de WHO (2001) zijn de huidige inzichten over kenmerken van community-based preventie verwoord. De werkgroep spreekt over het multidisciplinaire karakter van gezondheidsbevordering en dat principes als empowerment en participatie en het brede scala van activiteiten onderdeel hiervan uitmaken. Met de ervaring die is opgedaan met de uitvoering van het project en de huidige inzichten in gezondheidsbevordering kan een meer volledig kader voor community-based initiatieven worden gegeven. Deze algemene kenmerken van goede community-based interventies zijn:

- het Health Field Concept van Lalonde als uitgangspunt;
- participatie van de doelgroep bij alle fasen in de interventie;
- intersectoraal en multidisciplinair;
- empowerment;
- multi-strategie;
- inbedding;
- evaluatie.

Met deze kenmerken wordt een algemeen kader geschetst voor de uitvoering van community-based interventies, met goede mogelijkheden om niet alleen de medische sector, maar ook andere organisaties binnen de community te interesseren om een bijdrage te leveren aan de verbetering van de gezondheid van de bevolking. Dit kader kan echter slechts een algemene richtlijn zijn. Per definitie zal ieder community-project namelijk een andere uitwerking kennen; het betreft immers projecten geënt op de lokale structuur en deze is in iedere wijk, dorp of stad anders. 'One size fits all' gaat bij community-projecten niet op (Sorensen e.a., 1998).

## 8.2 Effecten van lokale community-based initiatieven

Hoofddoelstelling van de community-based interventie in Zuidoost-Drenthe was de verbetering van de leefstijl van de bevolking om zodoende het vóórkomen van hart- en vaatziekten te verminderen. Om de resultaten van de inspanning zichtbaar te maken is, naast de procesevaluatie, een uitgebreide evaluatie naar de effecten van de voorlichting uitgevoerd. Omdat niet te verwachten is dat al na acht jaar interventie de prevalentie van hart- en vaatziekten (meetbaar) zal afnemen is het onderzoek naar de effecten van het project daarom op intermediaire maten gericht, namelijk bekendheid van het project, kennis, houding en gedrag van de bevolking. In deze paragraaf wordt ingegaan op de betekenis van de gevonden resultaten.

### 8.2.1 Effecten op het proces van gedragsverandering

Uit het effectonderzoek blijkt dat het project een grote bekendheid genoot, zowel onder de bevolking als bij intermediairen. Ook bij andere community projecten is de bekendheid vaak groot. De goede bekendheid lijkt gepaard te gaan met een positieve uitstraling. Deze positieve uitstraling van community interventies is belangrijk voor het verkrijgen van medewerking van bevolking en organisaties. Aan de andere kant zal de bekendheid en de positieve uitstraling een gevolg zijn van het karakter van community-based werkwijze, namelijk het betrekken van zo veel mogelijk personen bij het project waarmee het een activiteit wordt van iedereen.

Uit het effectonderzoek naar de fasen van gedragsverandering na tweeënhalve en na vijf jaar, bij inwoners van gemeenten met een projectgroep, blijkt dat er significante veranderingen zijn ten aanzien van enkele stappen die leiden tot gedragsverandering. Deze effecten zijn niet groot en zijn overwegend in specifieke deelonderzoeken gevonden. Uit onderzoek bij de bevolking na de gehele projectperiode van acht jaar blijkt dat er geen resultaat van het project te zien is ten aanzien van kennis, houding en gedrag. De interventie heeft dus geen aantoonbare verbetering opgeleverd in de experimentele regio ten opzichte van de controle regio.

De resultaten van het project in Zuidoost-Drenthe zijn hiermee grotendeels in overeenstemming met de in de literatuur beschreven bevindingen van andere interventies. Zoals al eerder aan de orde is gekomen werd aanvankelijk zeer positief gepubliceerd over de resultaten van community-based interventies. Vooral het project in Finland en later de grote Amerikaanse projecten beschreven gunstige effecten. Gedurende de uitvoering van het project in Drenthe kwam nieuwe informatie beschikbaar over de effecten van de Amerikaanse projecten en andere binnen en buitenlandse interventies (Oster, 1993; Luepker e.a., 1994; Carleton e.a., 1995; Jeffery, 1995; Young, 1996; Baxter, 1997; Ebrahim, 1997; Sellers e.a., 1997;

Nutbeam, 1998; Sorensen e.a., 1998; Tudor Smith, 1998; Fortmann, 2000; Berkowitz, 2001).

Het project dat als voorbeeld diende voor 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is het Engelse project Heart Beat Wales. Uit de evaluatie van dit project blijkt ook dat uiteindelijk geen positieve effecten worden aangetoond ten gunste van de interventie in de experimentele regio. Een verklaring voor het ontbreken van resultaat wordt gezocht in het feit dat de evaluatie niet toereikend is geweest; het evaluatieonderzoek kende geen goede controlegroep (Nutbeam, 1993). Uit een meta-analyse van community-based projecten blijkt dat de methode van evaluatie voor een deel de verschillen in uitkomst van de studies verklaren, maar dat ook karakteristieken van de interventie een rol spelen (Sellers e.a., 1997).

Uit studie van het Stanford Five-City project blijkt dat op enkele onderdelen positieve bevindingen zijn aangetoond, vooral op individueel niveau, maar dat vanwege de onverwachte van betekenis zijnde positieve ontwikkelingen in de controle groep er geen conclusies kunnen worden getrokken over de effectiviteit van de community-based interventie (Fortmann e.a., 1995; Winkleby e.a., 1996; Young, 1996). In het Minnesota Heart Health Program en Rhode Island project worden uiteindelijk geen bewijzen gevonden van een effect van de interventie op sterfte en morbiditeit. Een Deens project, gericht op voeding, beweging en roken laat eveneens geen verschil zien tussen experimentele en controle groep. In beide groepen is er wel gezondheidswinst gevonden; 10% zegt minder te zijn gaan roken, 39% is minder vet gaan eten en 28% is meer gaan bewegen. Als reden wordt gegeven dat door het massa media aspect van het project de aandacht voor bevordering van gezondheid zich over hele land verspreidt (Oster, 1993). Door het verspreiden van voorlichting en eventueel andere onderdelen van de interventie buiten de experimentele groep of doelgroep wordt in feite het creëren van een goede controle groep onmogelijk gemaakt. Verder wordt in het Deense onderzoek gesteld dat de Denen in principe al goed geïnformeerd zijn en er daarom nog maar weinig winst te boeken valt (Oster, 1993). Algemeen wordt beschreven dat community-based programma's populair zijn vanwege de toepassingmogelijkheden en de uitstraling van het project, maar er zijn maar weinig resultaten gevonden op gedragsverandering (Berkowitz, 2001). Op onderdelen van de interventie, vaak op kleinere schaal en bij specifieke groepen, worden wel positieve resultaten aangetoond. Ook de resultaten van de deelprojecten en de bevindingen uit de effectevaluatie in de eerste jaren van het project in Zuidoost-Drenthe laten op onderdelen enkele gunstige significante resultaten van de interventie zien.

Uitzondering is het North Karelia project waar bewijs voor een associatie tussen interventie en vermindering van risicofactoren, maar ook van hart- en vaatziekten zelf, beschreven wordt (Vartiainen e.a., 1994). Ook bij dit project geldt dat in de eerste 5 jaar effecten op risicofactoren zijn gevonden ten gunste van de experimentele regio. In de 15 jaar daaropvolgend is het effect gelijk in de experimentele regio en de rest van het land.

Enkele auteurs geven aan dat door het aantrekkelijke karakter en de uitstraling van de projecten er binnen de openbare gezondheidszorg meer aandacht is uitgegaan naar gezondheid en risicofactoren. De thema's zijn vaker op de politieke en gezondheidsagenda geplaatst (Sorensen e.a., 1998). Indirect is hierdoor bijgedragen aan positieve trends binnen het voorkomen van risicofactoren in de gehele bevolking. Ook de gunstige ontwikkelingen in Finland worden toegeschreven aan de invloed van het project welke bereikt werd in de eerste 5 jaar (Vartiainen e.a., 1994).

Opgemerkt dient te worden dat community-based interventies door inspraak en participatie passend zijn bij de eigen community. Aangezien iedere community andere kenmerken heeft zijn de community-based projecten verschillend van aard en opzet. Resultaten van evaluaties zijn dus onderling lastig te vergelijken en dit bemoeilijkt interpretatie van de effecten ervan. Vaak zijn er verschillende onderzoeksmethoden toegepast, is er sprake van andere doelgroepen en is de interventieduur anders. Vergelijking met andere projecten kan daarom alleen op hoofdlijnen plaatsvinden.

### 8.2.2 Verklaring van de effecten

Uit de beschreven resultaten van community-based projecten komt naar voren dat de methode populair is bij gezondheidsbevordering en tevens succesvol is in het betrekken van de bevolking en andere organisaties in de community. Uit evaluatieonderzoek naar effecten in de gehele populatie over een langere termijn, blijkt dat er weinig significante resultaten gevonden worden. Indien onderdelen van de interventie apart worden bestudeerd, bijvoorbeeld effecten binnen een korte termijn of naar een specifieke doelgroep, zijn er wel positieve resultaten van de interventie aan te tonen.

Voor het gegeven dat effecten van community-based interventie op de lange termijn uitblijven worden de volgende verklaringen aangedragen. Een eerste verklaring kan zijn dat de community-based interventie onvoldoende is aangeslagen in de community en er in feite te weinig draagvlak en participatie is ontstaan om voldoende invloed op gedragsverandering te bewerkstelligen. Ook kan het natuurlijk gebeuren dat de bevolking en andere partijen gedurende het project niet meer geïnteresseerd zijn en participatie afneemt waardoor in de loop van de tijd ook het effect minder wordt. In Zuidoost-Drenthe lijkt deze verklaring slechts ten dele op te gaan. Uit onderzoek bleek dat zowel de bevolking als intermediairen en gemeente aandacht voor het onderwerp hart- en vaatziekten belangrijk vinden. Gezien de aandacht voor het project en de participatie van projectgroepen en organisaties, zoals gemeenten en organisaties, lijkt er wel voldoende draagvlak te zijn verkregen. Wel hebben enkele leden van de projectgroepen aangegeven dat zij na een aantal jaren hart- en vaatziekten wel 'weer eens wat anders' willen doen. Het betekent dus dat in langdurige



community-based projecten continu naar nieuwe mogelijkheden en richtingen gezocht moet worden om de aandacht en motivatie van betrokkenen te behouden. Continue evaluatie, feedback, betrokkenheid en aanpassing van het programma is daarom noodzakelijk.

Tevens is er een andere reden voor verminderde aandacht voor het project. In de derde subsidieperiode van het project stopten de werkzaamheden van de projectgroepen. De reden hiervoor was het feit dat de activiteiten van de projectgroepen niet tijdig geïmplementeerd waren en er zodoende geen garantie werd geschapen voor continuering. Daarnaast speelde de specifieke situatie van de gemeentelijke herindeling een rol; gemeenten namen een afwachtende houding aan ten aanzien van nieuwe initiatieven, met als gevolg dat projectgroepen stopten met het organiseren van activiteiten.

Een andere verklaring voor het uitblijven van effecten op langere termijn is dat in eerste instantie er wellicht onterecht gunstige effecten zijn gevonden van de interventie. Bij verdere uitvoering van de interventie zouden deze effecten dan niet meer gevonden kunnen worden. Deze verklaring is echter niet waarschijnlijk.

Zowel in het project in Zuidoost-Drenthe, als ook in de vele beschreven projecten in binnen- en buitenland worden op onderdelen gunstige resultaten op gedrags- en risicofactoren gevonden. Bovendien kan op basis van de verschillende procesevaluaties worden aangenomen dat wat betreft de betrokkenheid van de community en het bereiken van empowerment resultaat wordt geboekt.

De derde verklaring is dat de methode van evaluatie niet adequaat is en dat er wel degelijk effecten zijn, maar dat deze niet gemeten kunnen worden. Deze verklaring ligt het meest voor de hand. Hiervoor zijn meerdere oorzaken aan te dragen. Hieronder wordt een aantal genoemd.

#### *Beïnvloeding van de referentie*

Om effecten te zien is een vergelijking nodig. Hiervoor dient over het algemeen een controlegroep. Een controleregio kan beïnvloed worden door landelijke trends en andere voorlichtingscampagnes. Er zijn in Nederland vaak meerdere campagnes gaande. Bijvoorbeeld landelijke campagnes van de Nederlandse Hartstichting, de Nederlandse overheid en campagnes gericht op bijvoorbeeld kankerbestrijding hebben invloed op inwoners van de controleregio. Regionaal vindt tevens beïnvloeding plaats van regionale en lokale campagnes. Daarnaast zal er via regionale media en persoonlijke contacten diffusie plaatsvinden van de projectboodschap.

#### *Trends*

Het is niet mogelijk om in evaluatieonderzoek de experimentele groep te isoleren en ervoor te zorgen dat andere ontwikkelingen de interventie niet verstoren. In community-based evaluatieonderzoek zal er altijd verstoring zijn van andere niet te beïnvloeden ontwikkelingen. Bijvoorbeeld ontwikkelingen in gedrag, zoals cultuur en modetrends, welke het voorkomen van risicofactoren in de onderzochte groepen kunnen beïnvloeden. Indien een goede controlegroep wordt gekozen zal

over het algemeen gelden dat deze beïnvloeding daar net zo sterk speelt en kan hiervoor worden gecorrigeerd. Indien de invloed van trends echter groot is, kan deze de invloed van de interventie vertroebelen of overschaduwen en onzichtbaar maken.

#### *Onderscheidend vermogen van de meetmethode*

Aangezien het proces tot gedragsverandering bestaat uit verschillende stappen en er veel factoren bijdragen aan of oorzaak zijn van gedragsverandering is het meten van gedragsverandering complex. Er bestaan veel theorieën over gedragsverandering en factoren die hierbij een rol spelen. Er bestaan nog onvoldoende gemakkelijk toepasbare methodieken voor onderzoek naar gedragsverandering en voor het meten van effectiviteit van community-based interventies. Ook bestaat er tot op heden geen consensus over de aanpak. Operationalisatie van de te onderzoeken items levert daardoor bij ieder project andere factoren.

Volgens Rose (Rose, 1985; 1992) hebben geringe veranderingen op het voorkomen van risicofactoren op individueel niveau grote consequenties voor gezondheid op populatieniveau. Dit betekent dat indien de kleine veranderingen in kennis, houding en gedrag op individueel niveau niet gemeten kunnen worden, er geen effect van het project aangetoond kan worden, terwijl dat op de uiteindelijke maat (terugdringing van sterfte) wellicht wel bestaat. De kleinschaliger deelprojecten zijn beter te controleren, en om die reden zijn effecten gemakkelijker aan te tonen. Bij community-based interventie worden alle leden van de community in het onderzoek betrokken. Slechts een deel van hen wordt aan de interventie onderworpen. Indien de methodiek op veranderingen van het individu gericht is, zal het onderscheidend vermogen dus gering zijn (Sorensen e.a., 1998).

#### *Duur van de interventie*

Er wordt verondersteld dat een community-based interventie tenminste vijf jaar moet duren, voordat effecten gemeten kunnen worden vanwege het complexe proces van gedragsverandering en community verandering (Mittlemark, 1992; Sorensen e.a., 1998). Ook is het proces van implementatie en institutionalisering langdurig. In de praktijk blijkt echter dat vaak de duur van de interventie voornamelijk afhangt van financiële overwegingen en niet bepaald wordt op basis van wetenschappelijk inzicht. Er is dan ook weinig onderzoek bekend naar de tijd die nodig is om gedragsverandering binnen een community te verwezenlijken en daadwerkelijk te meten.

In de volgende paragraaf wordt dieper ingegaan op de methodiek van studies naar effecten van community-based interventies.

### 8.3 Evalueren van community-based interventies

Net zo min als er voor community-based interventies overeenstemming bestaat over opzet en aanpak, is er een algemeen aanvaard concept voor evaluatieonderzoek naar de effecten van dergelijke interventies. In de afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor de wijze van het evalueren van community-based interventies gekomen. Het uitblijven van harde bewijzen voor effecten van community-based interventies heeft onderzoekers aangezet tot het nadenken over een andere opzet en uitvoering van een evaluatieonderzoek. In deze paragraaf wordt op basis van de ervaring van het project in Zuidoost-Drenthe ingegaan op de methodiek van evalueren van community-based interventies.

#### 8.3.1 Aanpak van evaluatieonderzoek

Tot halverwege de jaren negentig werd ten aanzien van het evalueren van community-based interventies hoofdzakelijk gedacht aan bewijsvoering vanuit de logische redenering; dat een mening of bewijs alleen stand houdt met gedegen observatie en een wetenschappelijk experiment. De randomized controlled trial (RCT) en het quasi-experiment zijn grotendeels uit deze gedachte voortgekomen (Nutbeam, 1993; Campbell, 2000; McQueen, 2000). De voorwaarden voor subsidie hebben bijgedragen aan de vanzelfsprekende toepassing van de RCT (Habicht, 1999). Halverwege de jaren negentig ontstond discussie over effectonderzoek naar gezondheidsbevordering. Gezondheidsbevordering werd steeds meer gezien als mix van verschillende activiteiten, uitgevoerd door verschillende disciplines. Bij community-based projecten worden meerdere benaderingen, vraagstellingen, doelen en methodieken toegepast. Evaluatie en effectonderzoek kunnen daarom moeilijk in een eenduidig gedefinieerde vraagstelling van een RCT ondergebracht worden (Gillies, 1998). Het effectonderzoek naar community-based interventies behelst meer. Invloeden van sociale wetenschappen als psychologie, sociologie, politicologie, economie, bestuurskunde zijn tevens belangrijke bronnen naast de kennis over medisch onderzoek (Sorensen e.a., 1998). Er is het laatste decennium veel geschreven over de beperkingen van de RCT. De RCT is voornamelijk gericht op individuele metingen. In deze aanpak wordt een set van variabelen zo veel mogelijk apart van de omgeving in onderzoek bestudeerd. Zo ontstaat een zo goed mogelijk beeld van een specifieke factor. In een community-omgeving zal deze aanpak niet geschikt zijn. Bij community-studies gaat het juist om de invloed van de factor binnen de omgeving. Politieke factoren, verscheidenheid van de doelgroep, identificeren van externe variabelen, veranderingen in de tijd kunnen niet onderzocht worden (Berkowitz 2001). Daarnaast geldt dat randomisatie bij community-interventies niet mogelijk is (Tones, 1999). Verder is het onderscheidend vermogen van de RCT bij community-projecten lager. Bij de normale toepassing van de RCT zijn alle personen in de experimentele groep blootgesteld aan de interventie. In de community-trial is dat slechts een klein deel

(Sorensen e.a., 1998). De WHO zegt er zelfs het volgende over 'The use of randomized control trials to evaluate health promotion initiatives is, in most cases, inappropriate, misleading and unnecessarily expensive' (WHO, 2002). Ondanks de kritiek op de RCT wordt over het algemeen gesteld dat de methode moet worden toegepast als aanvulling op andere methoden, zoals observationeel onderzoek en kwalitatief onderzoek. Daarnaast zou meer onderzoek naar implementatie, diffusie, succes- en faalfactoren moeten worden toegepast.

Eind jaren negentig is meer besef ontstaan over het feit dat bij evaluatie van community-based interventies de RCT of het quasi-experiment niet volstaat. Community-based programma's omvatten een mix van interventies, variabelen en zijn meerdere wetenschappelijke en professionele disciplines betrokken bij de opzet en uitvoering van de interventie, zoals epidemiologie, anthropologie, sociale psychologie, gezondheidsvoorlichting, welzijnswerk, enzovoort. In de evaluatie zal hier rekening mee gehouden moeten worden. Indien het onderzoek vanuit een wetenschappelijke discipline wordt benaderd of op een (gedrags)factor is gericht, kan op zichzelf een goed onderzoek worden uitgevoerd en is vaak voldoende kennis aanwezig en zijn theoretische modellen voorhanden. In evaluatie van community-based projecten zou de bijdrage van de afzonderlijke wetenschappelijke en professionele disciplines even zwaar moeten wegen (McQueen, 2000). Dit betekent dat zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden en een verscheidenheid aan onderwerpen, zoals gezondheid, cultuur en politiek, onderwerp van het evaluatieonderzoek moeten zijn (Rada, 1999). De werkgroep van de WHO die uitgebreid onderzoek heeft gedaan naar de evaluatie van gezondheidsbevordering (WHO, 2001) stelt dat ten aanzien van evaluatie de volgende aspecten minimaal vereist zijn:

- de evaluatie moet gebruik maken van participatie;
- minimaal 10% van het budget van het project moet bestemd zijn voor evaluatie;
- er een mix van proces- en uitkomstmaten moet worden gebruikt;
- een multi-methode aanpak en onderzoek naar adequate evaluatie toegepast wordt;
- gewerkt wordt aan de totstandkoming van infrastructuur voor de ontwikkeling van kennis;
- mogelijkheden voor het uitwisselen van informatie worden gecreëerd.

Onlangs is een Nederlandse studie uitgevoerd naar 'het evalueren van community-based interventies' (Alting e.a., 2003). Ook in deze studie wordt geconcludeerd dat de RCT en de daarvan afgeleide community intervention trial (CIT) niet geschikt zijn om een wijkgerichte aanpak of community-based interventies adequaat te evalueren. Wetenschappelijk onderzoek en wijkgericht werken hebben verschillende wensen en mogelijkheden ten aanzien van 'timing en tempo'. Het plannen van de te ondernemen stappen is daarom moeilijk. De planning van een community-based project verloopt immers dynamisch en is niet van tevoren in tijd

te bepalen. De auteurs zien meer in het gebruik maken van methoden die praktisch bruikbaar zijn en snel tussentijdse resultaten kunnen opleveren.

### 8.3.2 Aanpak in Zuidoost-Drenthe

De evaluatie van het project in Zuidoost-Drenthe is gebaseerd op een keuze van onderdelen uit de toen beschreven projecten in binnen- en buitenland. Op deze wijze is een grootste gemene deler ontstaan welke vervolgens op onderdelen is uitgebreid of aangepast. Uiteindelijk heeft dit geleid tot een evaluatie welke qua inhoud veel kenmerken heeft van het model voor uitkomstmaten van gezondheidsbevordering (IUHPE, 1999) en veel aspecten herbergt van de aandachtspunten die de werkgroep van de WHO (WHO, 2001) beschrijft. De resultaten uit de evaluatie van 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' zijn daarom goed te plaatsen naast resultaten van andere projecten.

Aan de evaluatie in het project is structuur gegeven door gebruikmaking van het 10-fasenmodel. Dit model dat ontwikkeld is om de uitvoering van het project in Drenthe te plannen, maakte het mogelijk dat ervaringen van het project gestructureerd beschreven konden worden. Door te werken met het 10-fasenmodel werden gedurende het project de participanten op de hoogte gehouden van ontwikkelingen, onder andere via terugkoppeling van resultaten uit de tussentijdse evaluaties. Het model zou van toepassing kunnen zijn bij uitvoering van andere projecten.

In het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is gepoogd om een enkelvoudige productmaat te zoeken waarmee de resultaten op het terrein van gedragsverandering in kaart werd gebracht. Hiervoor is een model uit de sociale marketing theorie gebruikt (Tones, 1999). In dit model werden de gegevens over kennis, attitude, intentie en gedrag per risicofactor gecombineerd. Door de afzonderlijke fasen van het model samen te nemen, wordt de invloed van het project in één maat uitgedrukt. Uit de resultaten is gebleken dat deze maat goed vergelijkbaar is met de resultaten van de afzonderlijke uitkomsten van de factoren. Dit model lijkt dus goed toepasbaar te zijn bij het vereenvoudigen van uitkomstmaten van effecten van community-based interventies.

### 8.3.3 Toekomstige aanpak

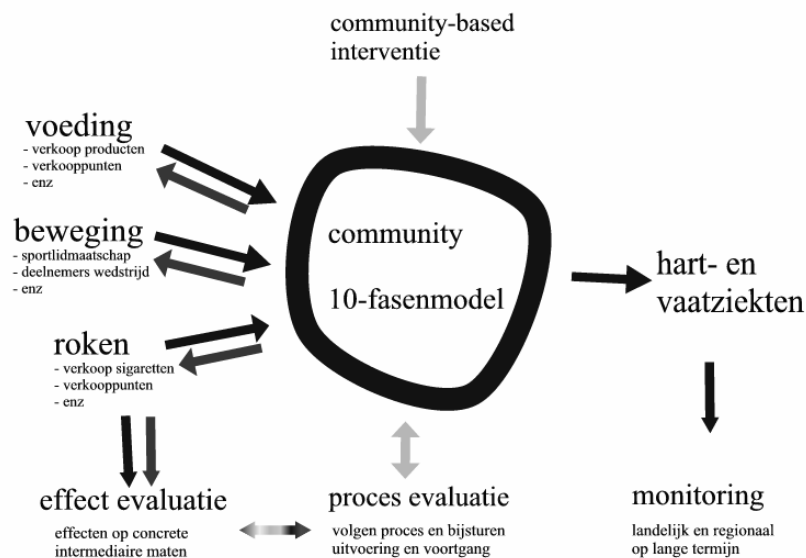
Het gebruik van een epidemiologische maat, zoals morbiditeit en mortaliteit, is géén goede methode voor evaluatie van gezondheidsbevordering. Deze informatie vormt juist de aanleiding voor gezondheidsbevordering (Tones, 1999). Het onderzoeken van veranderingen van intermediaire gezondheidsmaten is daarom vereist. Bij de verschillende interventies worden meerdere methodieken van evaluatieonderzoek toegepast. Vergelijkingen tussen uitgevoerde interventies en effectevaluaties is daarom vaak niet mogelijk. Om inzicht te krijgen in community-

based projecten moet meer gebruik worden gemaakt van min of meer vergelijkbare onderzoeksmethoden. Zowel nationaal als internationaal zou betere afstemming moeten bestaan. Alleen zo kan door het vergelijken van resultaten via meta-analyses vooruitgang worden geboekt. Dit vereist het opstellen van een algemeen aanvaard basismodel (of verschillende modules) voor de evaluatie van community-based preventie en gezondheidsbevordering. Op basis van de ervaring met het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' (De Vries e.a., 1994, 1995, 1997, 2000; Van Dijk en De Vries, 1996) en de beschikbare literatuur kunnen de volgende aspecten van evaluatieonderzoek worden genoemd welke in ieder geval onderdeel zouden moeten uitmaken van het onderzoek (Wallerstein, 1992; Nutbeam, 1993; Young, 1996; Gillies, 1998; Goodman, 1998; Nutbeam, 1998; Campbell 2000; Berkowitz 2001; VTV, 2002). Evaluatie moet:

- assessment van de theorieën van het programma bevatten;
- aansluiten op en passen bij de community, net zoals de interventie;
- geleid worden door vragen die aan de orde zijn (meerdere disciplines en methoden);
- gebaseerd zijn op informatie vanuit de community;
- lokale stakeholders van betekenis betrekken (bevolking, bedrijven, professionals, gezondheidszorg, overheid);
- multidisciplinair van karakter zijn;
- aandacht hebben voor specifieke doelgroepen, ook voor personen die wel of niet bereikt zijn door de interventie;
- een maat bevatten voor empowerment;
- planmatig worden uitgevoerd.

Het nadeel van bovengenoemde aanpak is dat dit niet direct bruikbare gegevens over effectiviteit van community-based interventies oplevert. Eerst zal enkele jaren nader onderzoek moeten plaats vinden, op vergelijkbare wijze, alvorens meer gezegd kan worden over de methode van evaluatie en de effectiviteit van de interventie. Als alternatief van de genoemde aanpak kan een andere benadering overwogen worden, welke direct toepasbare, concrete resultaten kan opleveren en veel van de eerder genoemde nadelen van de tot op heden toegepaste onderzoeksdesigns niet heeft. In plaats van de vergelijking van individuele intermediaire maten op het vlak van gedragsverandering tussen regio's, kan wellicht beter een methode gericht op monitoring van een andere type intermediaire uitkomstmaat toegepast worden (Nutbeam, 1993; Berkowitz 2001). Door bijvoorbeeld het monitoren van de verkoop van sigaretten in een regio of dorp of de verkoop van gezonde en ongezonde producten kan een concrete intermediaire community maat verkregen worden van de effecten van een uitgevoerde interventie. Op deze wijze kan de eerder beschreven problematiek bij het evalueren van gedragsverandering omzeild worden. In de commerciële sectoren wordt bij meting van effectiviteit van marketingstrategieën een dergelijke aanpak al veel langer gehanteerd. Wellicht dat binnen de gezondheidsbevordering kan worden geleerd van de ervaringen uit de commerciële verkoopstrategieën.

In figuur 8.1 wordt een praktisch en gemakkelijk toepasbaar model weergegeven voor de evaluatie van community-based interventies. In het model worden aan de linkerkant, links van de community, (als voorbeeld) een drietal factoren aangegeven waarop de interventie is gericht, in dit geval voeding, beweging en roken. Deze factoren beïnvloeden de community door bijvoorbeeld instroom, verkoop en gebruik van de factoren. Uit de theorie is bekend dat deze factoren in zeer belangrijke mate bijdragen aan hart- en vaatziekten. De invloed van de factoren op de community heeft daarmee dus ook effect op de mate van het vóórkomen van hart- en vaatziekten. De invloed van overige factoren wordt in dit model buiten beschouwing gelaten. Het interventieproject beïnvloedt de community en wordt uitgevoerd via het 10-fasenmodel. In geval van succes zal de interventie invloed hebben op de instroom, verkoop en gebruik van de factoren. Om de effecten en de invloed van de interventie te meten wordt in de effectevaluatie alleen naar de concreet te meten aspecten van de factoren gekeken, zoals de verkoop van de producten (risicofactoren), lidmaatschap sportclub, aantal verkooppunten, en dergelijke. Daarnaast kan een procesevaluatie worden uitgevoerd; deze is echter in hoofdzaak gericht op de procesmatige kant van de uitvoering van de interventie: samenwerking, participatie, uitgevoerde activiteiten, enzovoort. Deze procesevaluatie is voornamelijk bedoeld om de interventie zo efficiënt mogelijk uit te kunnen voeren en af te stemmen op de wensen en ideeën van de community. In de procesevaluatie kan gebruik gemaakt worden van informatie uit de effectmeting. Als derde maat kan het landelijk en regionaal monitoren op de uiteindelijke uitkomstmaat over een langere periode inzicht geven in de effecten op de uiteindelijke gezondheidsmaat.



Figuur 8.1 Model voor evaluatie van community-based interventies

#### 8.4 Het gebruik van community-based projecten bij collectieve preventie

Uit voorgaande paragrafen is gebleken dat community-based preventie met succes toegepast kan worden bij het opzetten en uitvoeren van interventies gericht op het promoten van een gezonde leefstijl. Veel mensen vinden de werkwijze aantrekkelijk en dragen graag hun steentje bij. Wat betreft de effecten op het terrein van de bevordering van de gezondheid van de bevolking zijn de resultaten minder gunstig. Op deelonderwerpen of bij specifieke doelgroepen zijn gunstige resultaten gevonden. Als naar de gehele community wordt gekeken zijn er op langere termijn geen gunstige resultaten aangetoond. Gezien de aantrekkelijkheid van de interventiemethode ligt het voor de hand deze vaker in te zetten bij preventie en andere interventies. Tevens zal de methodiek van evaluatie ontwikkeld moeten worden, zodat op termijn meer inzicht kan ontstaan in de effectiviteit van community-based interventies en de meest optimale toepassing van deze aanpak.

In Nederland is momenteel veel aandacht voor preventie en de openbare gezondheidszorg. In 2002 heeft het RIVM de volksgezondheidstoekomstverkenning uitgebracht (VTV, 2002). Uit deze verkenning komt een groot aantal bevindingen naar voren die liggen op het terrein van de preventie. Met preventie, vooral via het bevorderen van gezond gedrag, zou een aanzienlijke gezondheidswinst te boeken zijn. Verder geeft de VTV aan dat bij preventie vaker gebruik gemaakt moet worden van wijkgerichte benadering en community-based interventies, waarbij tevens meer structuur en continuïteit gewaarborgd moeten worden. In het huidige preventiebeleid van de Rijksoverheid zijn de belangrijkste punten uit de VTV overgenomen (VWS, 2003). Er is prioriteit gegeven aan gezondheidsvoorlichting gericht op de BRAVO thema's (meer Bewegen, niet Roken, minder Alcohol, gezondere Voeding, veilig Vrijen, Veiligheid in en om het huis en voldoende Ontspanning). Ook zou bij preventie vaker gebruik moeten worden gemaakt van een wijkgerichte aanpak (VWS, 2002). Uit onderzoek naar het gemeentelijk gezondheidsbeleid komt naar voren dat gemeenten wel actief zijn op het terrein van preventie, maar dat er witte vlekken bestaan in het beleid ten aanzien van gedrag en leefstijlfactoren (Van Dijk, 2003). Verder zou het goed zijn indien vaker over de grenzen van de eigen sector zou worden gekeken. Facetbeleid en intersectoraal werken hebben meerwaarde en bieden een grotere kans op succes (Van Dijk, 2001). Gezondheidsbevordering omvat een duurzame combinatie van informatie, voorlichting en maatregelen. Een combinatie van de verschillende aspecten is het meest effectief. Meer investeren in preventie is daarmee niet alleen meer investeren in campagnes en innovatieve voorlichtingsstrategieën, maar ook investeren in lokale netwerken en partijen die eveneens door beleid en ondersteuning kunnen bijdragen aan het stimuleren van gezond gedrag (Jas, 2002). Daarnaast is ook de combinatie met regel- en wetgeving van belang (VTV, 2002).

De afgelopen jaren is een aantal stappen gezet om meer structuur aan de collectieve preventie te geven en binnen de openbare gezondheidszorg tot een



betere samenwerking te komen. Eén van de aanbevelingen van de commissie Lemstra (Commissie Versterking Collectieve Preventie, 1996) was de gemeenten te verplichten eens per vier jaar een nota Lokaal Gezondheidsbeleid op te stellen. Verder is naar aanleiding van de bevindingen van de commissie het actieprogramma 'Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid' gestart. Een van de resultaten hiervan is de ondertekening van het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg in 2001 door de ministers van VWS en van BZK, en de voorzitters van de VNG en GGD Nederland. In het kader van dit contract is een aantal projecten gestart, onder andere het project 'Landelijke monitor volksgezondheid'. Met behulp van deze monitor kan op structurele wijze continu inzicht in de gezondheidssituatie worden verkregen. Daarnaast zijn op tal van andere onderwerpen binnen de openbare gezondheidszorg vernieuwende projecten ingezet.

Uit dit onderzoek blijkt dat het community-based interventiemodel een geschikte methode is om aandacht te geven aan de verbetering van de gezondheid van de lokale bevolking. Community-based projecten sluiten goed aan bij de wensen van de omgeving, gemeente, partnerorganisaties en doelgroep. De methode is in feite niet nieuw, maar bestaat uit het toepassen van verschillende methoden en omvat daarmee een brede aanpak. Er wordt gebruik gemaakt van GVO voorlichtingsstrategieën, sociale marketing, opbouwwerk en inbedding in sociale structuur. De ervaring heeft geleerd dat projecten die in samenwerking en samenspraak met de doelgroep zijn opgezet tot betere resultaten leiden. Belangrijke sleutelwoorden voor de moderne gezondheidsbevordering lijken daarmee te zijn:

- meer aandacht voor preventie, vooral de bevordering van gezond gedrag;
- vaker en beter gebruik maken van community-aanpak;
- binnen gemeente en regio meer intersectoraal werken.

Daarnaast komt uit de ervaringen met het project in Zuidoost-Drenthe een aantal belangrijke (rand)voorwaarden voor de uitvoering naar voren. Dit zijn integratie, continuïteit, inbedding en financiering. De interventie en de verschillende projectactiviteiten zouden zonder onderbreking moeten worden uitgevoerd. Er dient daarom nauw aangesloten te worden bij bestaande structuren in de community. Zo kan optimaal de kennis en ervaring benut worden. Verder moet tijdig aandacht bestaan voor inbedding van de ontstane structuur in de community. Persoonsgebonden benadering en voorlichting alleen is niet voldoende. De preventieboodschap moet voldoende ondersteund worden door de fysieke en sociale omgeving (VTV, 2002). Dit sluit nauw aan bij het Health Field concept van Lalonde (Lalonde, 1974). De interventie moet zich niet beperken tot een onderdeel van de community, maar moet gericht zijn op alle facetten ervan. Zo moet de interventie bijvoorbeeld niet alleen gericht zijn op een rookvrije school, maar ook aandacht hebben voor een rookvrije omgeving, goed kantinebeleid, de werkplek en ook gericht zijn op andere sectoren in de community. Het opstellen

van landelijke kaders voor preventie zou kunnen helpen, evenals een landelijke aanpak van de communicatie van de algemene preventieboodschap. Regionaal zou dan in een community-based interventie, samen met de bevolking en alle sectoren, gewerkt kunnen worden aan het verwezenlijken van de praktische en optimale mogelijkheden om het gewenste gedrag over te nemen. Zo ontstaat een volledige vorm van intersectoraal en facetbeleid en kan dat gemakkelijk structureel ingebed worden.

Preventieve inspanningen leveren pas na enige tijd winst op. Een lange termijn visie is daarom noodzakelijk. In de dagelijkse praktijk levert dit problemen op. De gemeentelijke politiek en de wethouders kijken vaak niet verder vooruit dan vier jaar en willen binnen deze periode resultaten zien. In geval van preventie en implementatie van gedragsverandering is dat meestal te kort. Financiering van preventieprojecten voor een langere periode is dus nodig. Het opstellen van landelijk beleid door het ministerie van VWS zou bij kunnen dragen aan prioritering binnen gemeenten en de totstandkoming van langer durende of structurele preventie in de gemeente bevorderen.

Tot slot is het van wezenlijk belang het succes van preventie aan te tonen en de successen breed te benoemen. Niet alleen wordt relatief weinig geld in evaluatie gestoken, ook de kwaliteit van de evaluaties is dusdanig dat er tot op heden geen waardevolle resultaten zijn.

### **8.5 Slot**

In deze studie is onderzoek gedaan naar de uitvoering en de resultaten van een community-based interventieprogramma gericht op het verbeteren van gezondheidsgedrag. De resultaten laten zien dat de uitvoerders en de betrokkenen bij het project enthousiast zijn over de inspanningen en de uitgevoerde activiteiten. Toch zijn er geen betekenisvolle blijvende effecten op gedrag aangetoond. Vergelijking van de resultaten van het project in Zuidoost-Drenthe met die van andere projecten in binnen- en buitenland toont aan dat ook bij de andere projecten vergelijkbare resultaten gevonden worden. De methode bevalt goed, er worden veel activiteiten uitgevoerd, relatief gemakkelijk raakt de bevolking en de community bij de interventie betrokken. Als de resultaten van effectevaluaties worden beschouwd is de vraag gerechtvaardigd of deze vorm van gezondheidsvoorlichting niet werkt of dat de methode waarmee de resultaten van deze interventie worden gemeten niet adequaat is. Gezien deze bevindingen ligt het voor de hand om te stellen dat de methode van evaluatie niet de geëigende is. Op onderdelen zijn de interventieprojecten succesvol. Als naar de effecten op korte termijn en naar specifieke groepen wordt gekeken zijn er wel degelijk resultaten.

De interventiemethode is relatief nieuw binnen de gezondheidsbevordering. Het is nog maar enkele decennia geleden dat de eerste community-based projecten werden uitgevoerd. Effectonderzoeken zijn tot op heden met een op individuele basis gestoelde methode uitgevoerd. Community-based programma's vragen echter een andere, bredere, aanpak van effectonderzoek. Niet alleen de veranderingen bij het individu, maar ook de veranderingen binnen de complexe community spelen een rol. Bij de evaluatie spelen daarom ook andere aspecten en andere professionals een rol. De methodiek van de interventie en van de evaluatie passen daarmee goed bij de gedachten over het Health Field concept van Lalonde; preventie werkt alleen indien wordt voldaan aan een integraal, facet- en samenhangend beleid. Landelijke kaders, financiering en continuïteit kunnen hierbij helpen.

Door de rijksoverheid wordt gesteld dat het belangrijk is meer aandacht te geven aan de verbetering van leefgewoonten. Met preventie kan een grote gezondheidswinst worden geboekt. Het is daarom van belang dat de investering in de openbare gezondheidszorg gecontinueerd wordt. In 1998 is een ander uitgebreid community-based project in Limburg gestart. Uitkomsten van dat project zullen verder bij kunnen dragen aan inzicht in de effectiviteit van community-based interventies. Resultaten uit de eerste evaluatie van het project na tweeëneenhalf jaar zijn echter opnieuw vergelijkbaar met die van het project in Zuidoost-Drenthe en andere binnen- en buitenlandse projecten (Ronda, 2003). De ervaring met de werkmethode is positief, maar effecten op gedrag en leefstijl zijn vrijwel niet gevonden of aan te tonen.