

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.

9 Aanbevelingen

Op basis van de ervaring met het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' is een aantal aanbevelingen opgesteld voor het werken met de community-based methodiek in de lokale praktijk. In dit hoofdstuk wordt op deze aanbevelingen ingegaan.

9.1 Toepassing van de community-based interventie bij preventie

Beschrijving van evaluaties van community-based interventies in Nederland en andere landen laat zien dat er met deze strategie slechts geringe resultaten zijn geboekt op het terrein van gedragsverandering. Veel projecten hebben alleen op enkele onderdelen of alleen bij specifieke subgroepen in de community gunstige effecten. Wel is gebleken dat de community-based interventiemethode in de uitvoering en de praktijk zeer goed bevalt. Het is met deze werkwijze relatief gemakkelijk de interventie aan te laten sluiten bij de wensen, behoeften en problematiek van de community. Tevens slagen de meeste projecten er goed in voldoende betrokkenheid van de community te bereiken. Vooral met het instellen van gemeentelijke groepen ontstaat betrokkenheid van de bevolking en professionals en wordt bijgedragen aan de uitvoering van veel activiteiten. Gezien deze ervaring met de methodiek is het aanbevelenswaardig, indien geen andere bewezen effectieve preventiemethoden voor handen zijn, de community-based interventie te verkiezen boven andere strategieën.

Bij de voorbereiding en uitvoering van projecten zou het 10-fasenmodel gehanteerd kunnen worden. Het is een geschikt model op basis waarvan community-based interventies opgesteld, uitgevoerd en geëvalueerd kunnen worden. Bij de opzet van de interventie dienen de algemene kenmerken van goede community-based interventies in acht te worden genomen, te weten:

- hanteer het Health Field Concept van Lalonde als uitgangspunt;
- zorg voor voldoende participatie van de doelgroep bij alle fasen van de interventie;
- werk intersectoraal en multidisciplinair, betrek ook andere sectoren en professionals;
- zorg voor voldoende empowerment, geef personen mogelijkheden invloed uit te oefenen;
- werk met de multi-strategie, pas verschillende aanpakken toe;
- draag zorg voor tijdige inbedding van de ontwikkelde activiteiten;
- zet een gedegen evaluatie op.

Daarnaast speelt in de praktijk van community-based interventies een groot aantal factoren een rol, waar zeker bij de voorbereiding en uitvoering aandacht aan moet worden besteed. De belangrijkste aandachtspunten hierbij zijn:

- stel duidelijke doelen en maak afspraken met alle betrokkenen, leg deze vast;
- ken de gemeentelijke beleidscyclus, zodat plannen op het juiste moment worden ingebracht;
- denk aan terugkoppeling en commitment;
- start tijdig met implementatie en verankering;
- maak afspraken over (duur van) financiering;
- pas op voor valkuilen, zoals culturele barrières (bijvoorbeeld het niet goed inspelen op afwijkende procedures bij betrokken organisaties).

9.2 Intersectorale gemeentelijke groepen

Samenwerking met diverse sectoren en de bevolking, en hen daarmee mede verantwoordelijk te maken en te betrekken bij de bevordering van een gezonde leefstijl, kan zeer goed worden vormgegeven via de instelling van intersectorale gemeentelijke groepen. In de samenstelling van deze groepen kan onderscheid gemaakt worden naar vertegenwoordigers van professionele organisaties, vrijwilligersorganisaties en de niet georganiseerde bevolking. Erg belangrijk is continuïteit. Bij het werken met gemeentelijke groepen moet daarom voldoende aandacht besteed worden aan randvoorwaarden en factoren die bijdragen aan die continuïteit. De volgende randvoorwaarden voor het functioneren van gemeentelijke groepen zijn essentieel en dienen onderdeel uit te maken van het uitvoeringsplan:

- doel en duur van de interventie;
- keuze in grootte van de eenheid van de community (wijk versus regio);
- gemeentelijke betrokkenheid;
- verantwoordelijke trekker;
- budget;
- ondersteuning door de gemeente;
- toegang tot kennis over gezondheidsvoorlichting;
- informatie over concrete resultaten;
- continue aanpassing / bijsturing project.

9.3 Samenhangend kader van lokaal en nationaal beleid

In Nederland worden door meerdere instanties, op lokaal en nationaal niveau, verschillende interventies uitgevoerd gericht op de gezondheidsbevordering. Net als 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, vergelijkbaar met de uitgangspunten voor een lokaal community-based project.

Uitvoering en waarborging voor continuïteit van initiatieven voor gezondheidsbevordering op lokaal niveau zijn vaak afhankelijk van gemeentelijke ondersteuning en beleidskeuzes hierin. In de praktijk blijkt dat vanwege gemeentelijke verkiezingen en de daarmee gepaard gaande wijziging in portefeuilleverdeling van wethouders, het gemeentelijk beleid (te) snel verandert. Aangezien betrokkenheid van de community en de uiteindelijke implementatie van de ontwikkelde activiteiten vaak een langere duur kent, komt het voor dat nog voordat positieve resultaten geboekt kunnen worden het gemeentelijk beleid wordt gewijzigd.

Bij lokale interventies zou vaker aansluiting gezocht moeten worden bij nationale beleidskeuzes, en deze zouden onderdeel kunnen gaan uitmaken van het beleid van de gemeente, bij voorkeur vastgelegd in de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid. Het is daarnaast verstandig samenhang te creëren met beleidsprioriteiten van andere organisaties binnen de openbare gezondheidszorg en curatieve zorg in de regio. Deze aansluiting van lokale en regionale beleidsprioriteiten op landelijke prioriteiten en inbedding in het lokale beleid zou bij kunnen dragen aan structurele financiering en continuïteit in randvoorwaarden voor lokale interventies.

9.4 Evaluatie van community-based preventie

Ten aanzien van evaluatie bestaan meer verschillen van opvatting dan over de aanpak van de interventiestrategie. De tegenstelling tussen onderzoekers, waarvan het ene deel meer gericht is op de 'harde', meer getalsmatige benadering en het andere dat deel meer voor het kwalitatief onderzoek opteert is groot. De laatste jaren is een tendens waar te nemen in de richting van de gulden middenweg. Veel onderzoekers pleiten voor 'triangulatie', oftewel het uitvoeren van meerdere onderzoeken gebaseerd op verschillende theorieën. De vraag is echter of dit de juiste weg is, immers de vraag lijkt gerechtvaardigd of twee of meer niet-effectieve onderzoeken meer informatie opleveren dan één niet-effectief onderzoek. Om inzicht te kunnen krijgen in de mogelijke effecten van community-based interventies wordt daarom aanbevolen op de korte termijn een nieuw model voor evaluatie toe te passen en op de langere termijn tot afstemming van theorieën te komen en een definitief model voor evaluatie van community-based projecten te ontwerpen.

9.4.1 Korte termijn: nieuw model voor evaluatie community-based interventie

Aangezien het niet mogelijk is om de uiteindelijke gezondheidsmaten te gebruiken (bijvoorbeeld verandering van de prevalentie van hart- en vaatziekten zal meerdere jaren op zich laten wachten) worden intermediaire maten gebruikt. Tot

op heden wordt over het algemeen bij individuen in de community gedragsverandering gemeten. Echter, de hiervoor vaak gebruikte voorlichtingsmodellen zijn een vereenvoudiging van de complexe werkelijkheid en zijn tevens aan verandering onderhevig. Daarnaast blijken deze maten lastig eenduidig te operationaliseren te zijn. Voor community-based interventies is het gewenst inzicht te hebben in concrete effecten op korte en lange termijn. Er zou daarom gezocht moeten worden naar concrete maten welke op eenduidige wijze gemeten kunnen worden. Daarbij kan gedacht worden aan meer op de community-gerichte maten, zoals het aantal verkochte sigaretten in de community, de verschuiving in de omvang van verkochte gezonde en ongezonde producten, het aantal leden van sportverenigingen, enzovoort. Deze maten zeggen direct iets over de community en kennen niet de problematiek van de individuele metingen gericht op fasen van gedragsverandering.

Naast het meten van effecten is een gestructureerde procesevaluatie waarbij de community nauw wordt betrokken van belang. De procesevaluatie is met name van nut om de uitvoering van het project bij te sturen en betrokkenen te informeren over de voortgang en zodoende geïnteresseerd te houden.

Door landelijke en regionale monitoring kan op langere termijn inzicht worden verkregen in het verloop van de incidentie van de uiteindelijke gezondheidsmaat. De hierboven geschetste benadering is direct toepasbaar, draagt bij aan het verkrijgen van concrete resultaten over mogelijke resultaten van community-based interventies en kent veel van de eerder beschreven nadelen van de tot op heden toegepaste methodieken niet.

9.4.2 Langere termijn: afstemming theorieën en ontwikkelen definitief plan voor evaluaties

Tot op heden zijn door onderzoekers in de verschillende evaluaties van community-based interventies meerdere methodieken toegepast. Dit maakt vergelijking tussen de interventies en effectevaluaties daarom vaak niet mogelijk. Om beter inzicht te krijgen in resultaten van community-based projecten moet zowel nationaal als internationaal betere afstemming komen. De komende jaren zal gewerkt moeten worden aan de opstelling van een algemeen aanvaard basismodel (of verschillende modules) voor de evaluatie van community-based preventie en gezondheidsbevordering.

Er zou nader gekeken moeten worden naar de mogelijkheden van de RCT of CIT. Hierbij geldt dat de RCT alleen, of hiervan afgeleide designs, niet voldoende zijn om inzicht te geven in de effectiviteit van het community-based project of het proces dat in de community plaatsvindt. Diverse partijen en instellingen spelen een rol en dragen bij aan de ontwikkelingen, een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek zal daarom nodig zijn. De WHO heeft in haar publicatie in 1999 hiertoe een eerste stap toe gezet. Ook het onderzoek in Zuidoost-Drenthe heeft een aantal uitgangspunten opgeleverd welke de ontwikkeling van een basismodel voor evaluatie kunnen onderbouwen.