

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.

Bijlage 1

Overzichtstabel community-based projecten

Van enkele projecten welke vanaf 1972 zijn uitgevoerd zijn kort enkele specifieke kenmerken in onderstaande tabel beschreven.

project	jaar	duur	doelgroep	doelstelling	kenmerken programma	stuurgroep	topics	activiteiten	ontwerp evaluatie	parameters	significante resultaten	
North Karelia Project	1971	15 jaar	ruraal 180.000 lage SES hoog risico	vermindering risicofactoren ; effecten van gepland programma nagaan	PRECEDE model social learning theory persuasion model diffusion of innovations belief-attitude intention model informatie training community organisatie lokale structuren	GVO vrijwilligers sleutelfiguur health nurse gezheids prof professional politici	serum lipiden voeding roken bloeddruk	massa mediaal, lessen, interviews, training, voorzichting, screening, voorzichting gezonde voeding	cross-sectioneel met controle groep 30-64 jaar t=0, 5, 10 jaar n=10.000 per meting	kennis gedrag biologisch proces	risicofactoren attitude roken voeding cholesterol bloeddruk totaal risico mortaliteit mortaliteit totaal risico	t=5: roken cholesterol bloeddruk totaal risico t=10: roken cholesterol bloeddruk mortaliteit
Stanford Three Community Study	1972	2 jaar	ruraal 25.000 hoog risico	gericht op verbetering roken en voeding	social-learning theory massa mediaal en community approach		roken bloeddruk cholesterol	massa mediaal screening + voorzichting	cross-sectioneel en cohort 1 exp massa mediaal 1 exp massa mediaal + community 1 controle	kennis gedrag biologisch	t=2: kennis, voeding, roken, cholesterol, bloeddruk	
Stanford Five-City Project	1982	9-14 jaar	stedelijk	gericht op risicofactoren ; vermindering mortaliteit en morbiditeit	PRECEDE model social learning theory health communication- behaviour change markt principe	GVO vrijwilligers sleutelfiguur health nurse gezheids prof professional	roken voeding bloeddruk beweging overgewicht	massa mediaal, campagnes, cursus, wedstrijd, screening	5 steden in totaal 330.000. In 2 steden cross- sectioneel en cohort met controle groep (3 steden) 12 - 74 jaar t=0,2,4,6 jaar n=625 per stad	kennis gedrag biologisch	risicofactoren attitude roken gewicht beweging bloeddruk mortaliteit morbiditeit	totaal risico roken beweging
Minnesota Heart Health Program	1980	13 jaar	stedelijk	gericht op risicofactoren ; vermindering mortaliteit en morbiditeit	social learning theory persuasion model diffusion of innovations lokale ontwikkeling sociale planning	GVO vrijwilligers sleutelfiguur gezheids prof	roken voeding: vet zout alcohol vezelrijk beweging gewicht	massa mediaal, advisering, workshops, wedstrijd, screening, voorzichting, cursus	2 steden 35.000 2 steden 80.000 2 steden 105.000 cross-sectioneel n=500 per groep t=0,1,3,5,6 en cohort n=250 per groep n=0,2,4,7	proces kennis gedrag biologisch	sleutelfiguren bekendheid kennis beweging roken voeding bloeddruk cholesterol gewicht mortaliteit morbiditeit	bekendheid beweging roken bloeddruk
Pawtucket Heart Health Program	1980	11 jaar	stedelijk	* werken met vrijwilligers, * community- activation, * sociaal netwerk, * verminderen risicofactoren en mortaliteit	PRECEDE model social learning theory lokale ontwikkeling sociale planning	GVO vrijwilligers sleutelfiguur gezheids prof professional politici	roken cholesterol beweging bloeddruk gewicht	massa mediaal, bijeenkomsten ; presentaties, discussie groep, screening, folders info	stad met 71.000 steekproef screening en vervolg met cohort	proces gedrag biologisch	media weggeving roken gewicht beweging cholesterol O2 opname mortaliteit morbiditeit	gewicht cholesterol
Heartbeat Wales	1985	5 jaar	stedelijk hoog risico		social learning theory diffusion of innovations	GVO vrijwilligers sleutelfiguur gezheids prof professional politici	cholesterol bloeddruk roken beweging stress	massa mediaal, voorzichting, lobbyen, screening, fitness	cross-sectioneel met controle n=22.000 medisch n=2000	proces kennis gedrag	programma support comm. pr. bekendheid beweging roken voeding	

project	jaar	duur	doelgroep	doelstelling	kenmerken programma	stuurgroep	topics	activiteiten	ontwerp evaluatie	parameters	significante resultaten	
Zuid-Afrika, Coronary Risk Factor Study	1979	4 jaar	ruraal, 2 gemeenschappen hoog risico		twee benaderingen laag hoog risico lokale winkels, betrekken community, school	gezheids prof		massa mediaal, advisering, voorlichting, screening, cursus, wedstrijd	cohort en cross sectioneel; 2 comm exp (6200 en 5500) 1 comm controle (6050)	kennis gedrag biologisch	risicofactoren gewicht beweging roken cholesterol bloeddruk	roken bloeddruk totaal risico
Danish Prevention Project	1989	2 jaar	ruraal, Slangerup 8000	aandacht krijgen voor activiteiten	PRECEDE model social learning theory community organisatie, betrekken bevolking en groepsactiviteit	GVO vrijwilligers gezheids prof professional		massa mediaal, voorlichting, fitness test, fitness, folder info	cross sectioneel exp 1010 en controle 1092	kennis gedrag	bekendheid risicofactoren voeding roken	bekendheid
County Health Improvement Program		2 jaar	ruraal		PRECEDE model, onderzoek sleutelfiguren	GVO vrijwilligers sleutelfiguur gezheids prof professional		massa mediaal, screening, advisering, cursus, fitness		proces kennis gezhzorg	pr bekendheid deelnemers vanuit gezhzorg	bekendheid
Zwitserland	1978	3 jaar	stedelijk, 12.000 en 16.000 inwoners	inzicht community-based interventie op risicofactoren	populatiebenaderingen hoogrisicobenadering, active participatie, mobiliseren community, integratie nieuwe programma in bestaande structuren				cohort, 2 paar steden, experimenteel en controle	gedrag roken, fysiologisch bloeddruk, cholesterol		roken, bloeddruk, cholesterol
Belgie	1976	10 jaar	19.409 mannelijke fabrieksarbeiders	verbetering risicofactoren	hoog risicobenadering, algemene campagne, massa mediaal en persoonlijke voorlichting				15 paar fabrieken	gedrag, roken, beweging; biologisch cholesterol, bloeddruk, overgewicht, hart- en vaatziekten		na 2 jaar: risicoprofiel; na 6 jaar geen
Ierland	1985	5 jaar	Kilkenny 73.000, ruraal en stedelijk	onderzoek en demonstratie; HVZ preventie; 20% reductie sterfte in 10 jaar	inbouwen structuur in community, community meetings, kennis en training oa via scholen				cross-sectioneel, Kilkenny en controlestad	gedrag ziekte/sterfte proces	activiteiten feedback bevolking	
Oostenrijk	1977	10 jaar	ruraal 1600 inwoners, hoog risico	demonstratie, reductie risicofactoren	samenwerking met huisartsen; individuele benadering				cohort en cross sectioneel; hele dorp, geen controlegroep	gedrag biologisch	roken voeding ziekten gewicht cholesterol bloeddruk	cholesterol bloeddruk
Zweden	1985	10 jaar	Norsjo, ruraal 5300	vermindering risicofactoren; demonstratie					cross sectioneel; exp 1500 controle MONICA 510.000	gedrag biologisch proces	roken voeding bloeddruk cholesterol gewicht panel studies	voeding bloeddruk cholesterol

Bijlage 2

Community-based planningsmodel voor het werken met gemeentelijke projectgroepen

In het kader van het project is een 10-fasenmodel ontwikkeld, dat gedurende de verdere uitvoering van het project in de praktijk getoetst en verder vorm gegeven werd. Alle stappen zijn doorlopen en de ervaringen zijn verwerkt in een uitgebreide beschrijving van het model. Dit model kan goed gebruikt worden als stappenplan bij het werken met community-based preventieprojecten en sluit aan bij de huidige opvattingen over en ervaringen met de uitvoering van deze initiatieven. Het schema geeft een overzicht van alle stappen uit het model. Het model kan worden beschouwd als een praktisch stappenplan voor personen die met een community-project aan de slag willen gaan.

De verschillende fasen van het stappenplan worden niet altijd op volgorde doorlopen. Bevindingen en ervaringen uit eerdere fasen kunnen aanleiding zijn delen van latere fasen uit te stellen, of nogmaals na aanpassing, te doorlopen.

Fase 0 Oriëntatie

De oriëntatiefase is een 'snuffelfase'. In deze fase oriënteren de organisatoren van het project zich op de probleemstelling, de inhoud van de activiteit, de samenleving waarbinnen deze wordt uitgevoerd, de sociaal-demografische gegevens en de culturele achtergronden.

In deze fase is het belangrijk feeling te krijgen met de thematiek, de mogelijke oplossingen voor het probleem en de omgeving waarin hieraan gewerkt gaat worden.

In de praktijk is deze fase een langdurige fase, waarin verschillende zaken duidelijk moeten worden gemaakt. Zo is het noodzakelijk een probleemanalyse uit te voeren en te verkennen welke strategieën en methodieken gebruikt kunnen worden. Ook moet een landelijke en een regionale oriëntatie op het probleem plaatsvinden, evenals de globale afbakening van het project. Bovendien moeten thema's en doelgroepen gekozen worden, moet de doelstelling bepaald worden en moet de organisatie zich oriënteren op netwerken en organisaties.

Resultaat: een projectvoorstel

Fase 1 Community analyse

Het is noodzakelijk goed zicht te krijgen op de lokale situatie. Voordat het project start moet een analyse gemaakt worden van de lokale situatie. Hiervoor zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens nodig. Deze analyse levert gegevens op

over de lokale gezondheidssituatie en de potentiële doelgroepen. Om de gegevens te verzamelen zijn noodzakelijk: een epidemiologische analyse, een gedragsdiagnose en de opstelling van een sociale kaart. De sociale kaart geeft inzicht in de sociaal-demografische gegevens, de (historisch-) sociaal-culturele situatie, de aanwezige voorzieningen en organisaties (per dorp), de beschikbaarheid van mogelijke intermediairen en de mogelijke hulpbronnen.

Op basis van de informatie die de analyse heeft opgeleverd, kan een inventarisatie van mogelijke aangrijpingspunten plaatsvinden. Het is aan te bevelen al tijdens deze analyse te beginnen met de participatie van de bevolking.

Resultaat: een community-analyse met aangrijpingspunten voor preventie.

Fase 2 Initiatie

In de initiatiefase staan twee elementen centraal. In de eerste plaats zal er een draagvlak ontwikkeld moeten worden en in de tweede plaats moet het eerste initiatief worden genomen om de lokale projectgroepen op te zetten. Om een draagvlak te creëren is het belangrijk te zorgen voor naamsbekendheid van het project. Die naamsbekendheid kan verkregen worden door het organiseren van grootscheepse manifestaties en het voeren van een mediacampagne. Daarnaast is het noodzakelijk intermediairen direct en persoonlijk te informeren over het project. De (kennis-) basis die hiermee gelegd wordt kan gebruikt worden op het moment dat het eerste contact met gemeenten en andere intermediairen plaatsvindt om een start te maken met de gemeentelijke projectgroepen.

De initiatie begint feitelijk met het informeren van de gemeente(ambtenaren) waarna het (formele) besluit van de gemeente om deel te nemen aan het project volgt. Vervolgens begint de samenstelling van de projectgroep. De deelnemers moeten gemotiveerde mensen zijn afkomstig uit verschillende instellingen en (vrijwilligers)organisaties. Bovendien is het noodzakelijk een 'motor' te vinden. Deze persoon dient de lokale situatie te kennen en over voldoende tijd en energie te beschikken. Deze 'motor' speelt een belangrijke rol in de werving van participanten van de projectgroepen. De participanten kunnen het beste geworven worden uit het lokale veld, omdat zij een goede kijk hebben op wat wel en wat niet kan aanslaan in een gemeente. Het kunnen mensen zijn die vanwege hun beroep een bijdrage kunnen leveren aan het project, maar ook vrijwilligers die relevante ervaringen hebben opgedaan in de gemeente en ook lokale opinieleiders zijn goed inzetbaar in het project. Het is vooral belangrijk te zoeken naar enthousiaste mensen die een bijdrage willen leveren.

Als de potentiële projectgroepleden gevonden zijn, kan er samen met de lokale coördinator een eerste informatiebijeenkomst plaatsvinden van de voorlopige projectgroep. Aan het einde van deze bijeenkomst moet besloten worden of, en zo ja hoe, het project verder ontwikkeld wordt.

Tijdens de eerste drie of vier bijeenkomsten is het belangrijk dat er projectmedewerkers aanwezig zijn die de projectgroepen op weg helpen. Daarna krijgen de lokale coördinatoren de taak de continuïteit te waarborgen en de projectgroepen draaiende te houden.

De geleverde inspanningen tijdens de initiatiefase leiden niet altijd tot de daadwerkelijke oprichting van projectgroepen. Het barrièremodel laat zien welke barrières de initiatie belemmeren en welke overwonnen moeten worden voordat de volgende fase kan beginnen.

Resultaat: een projectgroep met afspraken over werkwijze en taakverdeling.

Fase 3 Presentatie van de analyse

Tijdens de presentatiefase verkennen de GGD en de (potentiële) projectgroepleden gezamenlijk de regionale en lokale situatie. De eerste informatiebijeenkomst is hiervoor het meest geschikte moment. Eerst geeft de GGD aan hoe volgens haar de situatie is, vervolgens geven de sleutelfiguren aan hoe zij daarover denken. De informatie van zowel de GGD als de projectgroepleden dient als basis voor de vervolgschikkingen die de projectgroep maakt. Met de resultaten van de informatie-uitwisseling wordt de oorspronkelijke community-analyse uit fase 1 bijgesteld en kunnen er nieuwe accenten gelegd worden.

In deze fase maken de projectgroepleden eveneens kennis met elkaar. Daarnaast moeten de samenstelling, het werkterrein en de werkwijze van de projectgroep besproken worden.

Resultaat: een projectgroep waarin overeenstemming bestaat over de uitgangssituatie.

Fase 4 Inventarisatie

De projectgroep maakt in deze fase een inventarisatie van de activiteiten die al in een gemeente plaatsvinden en of het project daarop kan aansluiten. Ook moet bekeken worden of er samenwerking kan plaatsvinden met bestaande organisaties. Vervolgens bedenkt de projectgroep welke thema's de aandacht verdienen (voeding, roken, beweging en stress) en welke nieuwe activiteiten georganiseerd kunnen worden. In deze fase kan eveneens bepaald worden in hoeverre bestaande activiteiten uitgevoerd kunnen worden onder het beeldmerk van het project. Dit versterkt de naamsbekendheid van het project.

Verder moeten in de inventarisatie-fase de beschikbare hulpbronnen op een rij gezet worden (bijvoorbeeld landelijke acties en materialen). Nieuwe activiteiten kunnen aansluiten op een landelijk thema. Het is belangrijk te bepalen welke middelen (tijd, geld en materialen) beschikbaar zijn en in hoeverre er samengewerkt kan worden met andere organisaties. Deze twee elementen bepalen

mede het onderwerp dat de projectgroep kiest en de doelgroep waarop de activiteiten zich richten. Ook moet de projectgroep tijdens de inventarisatiefase bepalen welke organisatorische en administratieve mogelijkheden er zijn. Samengevat zet de projectgroep in deze fase op een rij wat de mogelijkheden zijn vanuit de randvoorwaarden en wordt er een afbakening gemaakt naar thema's, activiteiten en doelgroepen.

Resultaat: een (voorlopige) inventarisatie.

Fase 5 Planning

In de planningsfase vindt de prioritering plaats. De projectgroep maakt daarbij een selectie uit de geïnventariseerde activiteiten. Bij het bepalen van die selectie is het van belang dat de projectgroep let op een aantal factoren. De factoren die de keuze mede bepalen zijn:

- de ernst van de huidige leefstijlproblemen;
- het belang van de verschillende risicogroepen;
- de activiteiten die al plaatsvinden en of aansluiting hierop mogelijk is;
- de beschikbare hulpbronnen;
- de haalbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid;
- de publiciteitswaarde;
- de mogelijkheid een activiteit te herhalen;
- de originaliteit;
- de mogelijkheid tot een vervolgactiviteit.

Bovendien zijn succeservaringen in het verleden van reeds bestaande projectgroepen en ervaringen van andere gemeentelijke of lokale groepen van belang bij de selectie van de activiteiten. De projectgroep probeert zoveel mogelijk de activiteiten af te stemmen op de oorzaken van het probleem, bepaalt wat de interesse van de doelgroep is en wat de gewenste voorlichtingsactiviteit is. Het is belangrijk om een variëteit aan activiteiten aan te bieden en deze te herhalen, omdat de doelgroepen verschillende problemen hebben en op verschillende manieren leren. Bovendien verkeren de leden van de doelgroepen in verschillende stadia van beïnvloeding.

Voor de gekozen activiteiten maakt de projectgroep een activiteitenplan dat de concrete formulering van de actiedoelen bevat. In dit plan staat eveneens welke activiteit wanneer wordt uitgevoerd. Per activiteit moet de projectgroep een aantal zaken bepalen: welke middelen en menskracht (financiën, materialen en vrijwilligers) zijn nodig voor de uitvoering, kan er samengewerkt worden met andere organisaties, de locatie, de tijdsplanning, de begroting en de mogelijke sponsoring. Deze elementen kan de projectgroep opnemen in het actieplan.

Tijdens de planningsfase start de projectgroep eveneens met het werven van vrijwilligers en fondsen. Tevens moeten afspraken gemaakt worden over het beschikbaar stellen van het beeldmerk voor activiteiten van derden.

Het plan dat de projectgroep gemaakt heeft wordt geformaliseerd en opgenomen in het gemeentelijke beleid via de formele aanbidding van het plan aan het gemeentebestuur.

Resultaat: een projectplan, voldoende fondsen en medewerkers, opname in het gemeentelijke beleid.

Fase 6 Implementatie en uitvoering

De implementatiefase is een praktische fase waarin de projectgroep overgaat tot het uitvoeren van de activiteiten van het projectplan. Het is van belang dat de projectgroep in deze fase een aantal uitgangspunten hanteert. In de eerste plaats moet de projectgroep ervoor zorgen dat de voorbereidende taken zoveel mogelijk gespreid worden over de medewerkers. In de tweede plaats is het belangrijk dat de activiteiten gespreid worden over zoveel mogelijk dorpen en vergezeld gaan van veel publiciteit. In de derde plaats zal de projectgroep de uitvoering van de activiteiten zoveel mogelijk over moeten laten aan vrijwilligers uit de doelgroep in de gemeente. Er moet echter wel voorkomen worden dat steeds dezelfde vrijwilligers hiervoor gevraagd worden.

De ervaring leert dat de wijze waarop de activiteiten uitgevoerd worden per activiteit en per projectgroep verschillen. Sommige activiteiten worden uitbesteed aan derden, andere worden door één of meerdere projectgroepleden uitgevoerd. Hiervoor kan de projectgroep een aparte werkgroep vormen. Andere activiteiten worden gezamenlijk uitgevoerd.

In de implementatiefase moet de projectgroep eveneens de basis leggen voor het behoud en de consolidatie van de activiteiten. Voor de uitvoering van de activiteiten is het dan ook belangrijk dat de projectgroep aansluit bij bestaande activiteiten. Bovendien kan de projectgroep het beste uitgaan van de keuzes van de projectgroepleden en de samenwerkende organisaties.

Resultaat: het projectplan wordt uitgevoerd.

Fase 7 Evaluatie

In de evaluatiefase gaat de projectgroep over tot de beoordeling van de implementatie voordat over wordt gegaan tot behoud en consolidatie. Er moet een evaluatie plaatsvinden van de wijze waarop gewerkt is aan de uitvoering van het projectplan, evenals een effectmeting (indien mogelijk). Deze fase is van belang om

te bepalen of het nuttig is activiteiten te herhalen en of de activiteiten of de werkwijze die de projectgroep gevolgd heeft, aangepast moeten worden. Als een effectmeting plaatsvindt kan beoordeeld worden of de uitgevoerde activiteiten goede instrumenten zijn om de gekozen doelen te bereiken.

In de evaluatiefase kijkt de projectgroep terug op het verloop van de activiteiten, of het doel en de gewenste doelgroep bereikt zijn. Eveneens moet bepaald worden wat de effectiviteit van de activiteiten is. De projectgroep blik in deze fase niet alleen terug, het is ook belangrijk dat zij bespreekt hoe verder gegaan kan worden. Eventuele problemen en minder goede aspecten van de activiteiten moeten besproken worden en moet leiden tot veranderingen in de opzet en de uitvoering van activiteiten. Als eenmalige aandacht voldoende blijkt te zijn of als er gebrek aan belangstelling is wordt de activiteit stopgezet. De projectgroep kan een succesvolle activiteit herhalen en deze overdragen aan een andere organisatie. Om alle betrokkenen goed te informeren is het van belang dat er een verslag van de activiteiten gemaakt wordt. Een samenvatting van het verslag kan gepubliceerd worden in de regionale dag- en weekbladen.

Resultaat: een evaluatieverslag.

Fase 8 Presentatie resultaten

In de tweede presentatiefase krijgen de participanten feedback op de activiteiten die uitgevoerd zijn. Dit is belangrijk om een draagvlak te creëren voor de verankering van het project of projectactiviteiten en om mensen te blijven motiveren voor het eigen programma. Het project levert veel kleine en grote resultaten op die nadrukkelijk aan de orde moeten komen, ook tijdens het project. In de feedback voor de participanten kan een aantal elementen aan de orde komen: de resultaten, de bekendmaking van wat er gedaan is, hoe het werkt, wat er verbeterd is en wat het daadwerkelijke effect van de activiteiten is. Feedback op concrete activiteiten kan het beste gegeven worden direct na afloop van een activiteit. Daarnaast kan periodiek feedback gegeven worden door de resultaten van het proces en de effectevaluaties bekend te maken.

Resultaat: een draagvlak creëren voor een vervolg.

Fase 9 Behoud/consolidatie

Het traject dat gevolgd wordt, is erop gericht de projectgroep na verloop van tijd zelfstandiger te laten werken, zodat de GGD-medewerker zich meer terug kan trekken. Dit betekent dat de projectgroep een werkwijze moet vinden waarmee zij zelfstandig verder kan werken. Ook moet de groep activiteiten op een zelfstandige manier kunnen uitvoeren. Op basis van de ervaring kan de projectgroep zelf de voorwaarden voor het doorgaan op een rij zetten. In de consolidatiefase is het de

bedoeling dat de medewerkers van de groep deze voorwaarden realiseren. Om dat te bereiken moeten zij een consolidatieplan opstellen (eventueel per onderdeel) waarin de consolidatietrajecten worden uitgewerkt. Het consolidatieplan bestaat uit twee onderdelen: een jaarlijks activiteitenplan en een meer structurele inbedding.

In de consolidatiefase bepaalt de projectgroep ook of het wenselijk en mogelijk is dat de projectgroep zelf doorgaat. Zij bekijkt op welke wijze voortgang kan plaatsvinden en welke voorwaarden hiervoor vervuld moeten worden.

Voor het behoud en de consolidatie kan de projectgroep kiezen uit verschillende varianten:

- doorgaan van de bestaande projectgroep;
- diffusie (opname in reguliere activiteiten);
- adoptie van programma's door bestaande organisaties;
- integratie van projectgroepen in bestaande organisaties;
- privatiseren van gemeentelijke projectgroepen (institutionaliseren);
- overstappen van een 'op uitvoering gerichte groep' naar een gemeentelijk beleidsadviesorgaan.

Per activiteit kan de projectgroep een verschillende wijze van behoud en consolidatie bepalen. Ook moet per activiteit bepaald worden welke mogelijkheden er voor de voortgang zijn.

Resultaat: een consolidatieplan.

Fase 10 Verankering

Verankering wordt bereikt als projectgroepen of activiteiten voortgezet worden, ook als de initiatiefnemer zich terugtrekt. Het kan hierbij gaan om de verankering van afzonderlijke activiteiten en/ of de verankering van de projectgroep. In deze fase moeten gerichte consolidatietrajecten worden uitgevoerd waarin de projectgroep of de activiteiten geïnstitutionaliseerd worden en/ of de overdracht van afzonderlijke activiteiten plaatsvindt. Tijdens de verankeringsfase moet gericht gewerkt worden aan de noodzakelijke voorwaarden om verankering te realiseren. Enkele voorbeelden van die voorwaarden zijn: organisaties die activiteiten willen overnemen, geld, benodigde menskracht en materialen om activiteiten uit te kunnen voeren. Wat betreft de projectgroep zelf hangt dit af van de wijze waarop deze verder gaat. Het kan gaan om verdergaande erkenning en financiering van de activiteiten. De projectgroep kan echter in deze fase ook besluiten op een andere manier verder te gaan, bijvoorbeeld als beleidsadviesorgaan of als stichting. De projectgroep moet de te nemen stappen (het regelen van de taken en functie van het adviesorgaan, de benoeming door het college, de oprichtingsakte en de financiering van de stichting), in deze fase van het traject uitvoeren.

Resultaat: verankerde/geïstitutionaliseerde activiteiten, programma's en organisaties.

In onderstaand schema worden de verschillende stappen uit het 10 fasenmodel schematisch beschreven.

Schema B.2. Stappenplan voor het werken met gemeentelijke of lokale groepen

fase	inhoud fase	resultaat
0	oriëntatie <ul style="list-style-type: none"> • probleemanalyse • strategie • doelgroep • doelstelling 	• projectvoorstel
1	community-analyse <ul style="list-style-type: none"> • epidemiologische analyse • gedragsdiagnose • sociale kaart en schets van relevante aspecten (per gebied) • intersectorale samenwerking • gemeentelijke projectgroepen 	• analyse met aangrijpingspunten
2	initiatie <ul style="list-style-type: none"> • draagvlak • werven van projectgroepleden • initiatie volgens barrière model 	• projectgroep
3	presentatie <ul style="list-style-type: none"> • gezamenlijke verkenning • bijstellen van de community analyse • werkwijze gemeentelijke projectgroep 	• overeenstemming over doel en werkwijze
4	inventarisatie <ul style="list-style-type: none"> • wat gebeurt er al en wat verdient de aandacht • behoefte nieuwe activiteiten • ondersteunend materiaal 	• voorlopige inventarisatie
5	planning <ul style="list-style-type: none"> • prioritering • ontwerp gemeentelijk activiteitenplan • aanbieden plan aan de gemeente 	• projectplan
6	implementatie <ul style="list-style-type: none"> • taakverdeling en organisatie 	• uitgevoerde activiteiten
7	evaluatie <ul style="list-style-type: none"> • proces- en effectevaluaties • beoordeling concrete activiteiten • procesevaluatie projectgroepen • opnieuw programmeren en verspreiden programma 	• eindverslag
8	presentatie <ul style="list-style-type: none"> • feedback op concrete activiteiten • feedback via proces- en effectevaluaties • draagvlak voor vervolg 	• draagvlak voor vervolg
9	behoud / consolidatie <ul style="list-style-type: none"> • voorwaarden om verder te gaan • maken van consolidatieplan • jaarlijkse en structurele activiteiten 	• consolidatieplan
10	verankering <ul style="list-style-type: none"> • verankering van de projectgroepen 	• institutionalisering projectgroepactiviteiten

Bijlage 3

Publicaties in het kader van het project

Tijdschriftartikelen

- Dijk, J.P. van & Vries, M.J. de (1996). Effecten van een actieve doelgroepbenadering: Een gemeentelijk volksgezondheidsexperiment geëvalueerd. *Beleidswetenschap*, 3,239-256.
- Kuppeveld, P.P.M. van, & Vries, M.J. de (1992). Voedingsmanifestatie trekt meer dan duizend bezoekers. Regionaal vervolg van de landelijke let-op-vet campagne in Zuidoost-Drenthe. *Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting*, 9, 9-10.
- Vries, M.J. de, Vries, M. de, Snijders, H., Bokma, J., Groothoff, J.W., & Dijk, J.P. van (1994) 'Hart op weg?' Evaluatie 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' een community-project ter preventie van hart- en vaatziekten. *Nieuwsbrief Onderzoeksprogramma Determinanten van Gezondheid*, 9, 2-3.
- Vries, M. de, Vries, M.J. de & Bokma, J. (1995). Hart op weg? *GGD Nieuws*, 2:24-28.
- Vries, M. de, Langen, H. & Groothoff, J. (2000). Effecten van community-based preventie in de lokale praktijk. *GGD Nieuws*, 2:8-13.

Boeken en boekbijdragen

- Bokma, J., Vries, M.J. de & Vries, M. de (1994). Hart op weg? Evaluatie 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'; een community project ter preventie van hart- en vaatziekten. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen.
- Knaap, J.G.A.M. van der, Kuppeveld, P.P.M. van, Vent, T.G.M. de, & Vries, M.J. de (1994). Hartstikke gezond in de regio. Draaiboek voor leefstijlactiviteiten. Utrecht: Nederlandse Hartstichting/Landelijk Instituut voor GGD'en.
- Vent, T.G.M. de (1994). Preventieproject hart- en vaatziekten. In: Knaap, J.G.A.M. van der, Kuppeveld, P.P.M. van, Vent, T.G.M. de & Vries, M.J. de. Hartstikke gezond in de regio. Draaiboek voor leefstijlactiviteiten. Utrecht: Nederlandse Hartstichting, Landelijk Instituut voor GGD'en.
- Vries, M. de, Dijk, J.P. van, Vries, M.J. de, Groothoff, J.W. & Snijders, H. (1995). 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' een community-project ter preventie van hart- en vaatziekten. In R Sanderman, WJA van den Heuvel en B Krol (red.)

Interveniëren in de determinanten van gezondheid: resultaten van een onderzoeksprogramma (pp 141-168). Assen: Van Gorcum.

- Vries, M.J. de, Vries, M. de & Dijk, J.P. van (1995). 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' een gemeenschapsgericht project ter preventie van hart- en vaatziekten. In WJA van den Heuvel, LV Jonkers-Kuiper, M Mootz en C Spreeuwenberg (red.) Interveniëren in de determinanten van gezondheid: over obstakels en leermomenten (pp 65-91). Assen: Van Gorcum.
- Vries, M. de & Wijckmans, K.J.M. (1997). 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!', evaluatie van een community-project ter preventie van hart- en vaatziekten. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen.
- Vries, M. de, Langen, H.C.M. & Lueks, C. (2000). 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke goed!'. Resultaten en ervaringen van acht jaar community-based hart- en vaatziektenpreventie in de lokale praktijk. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen.

Scripties en rapporten

- Bokma, J. (1992). Risicogroepen voor hart- en vaatziekten als gevolg van lichamelijke inactiviteit. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen. (afstudeerscriptie)
- Dijkshoorn, H. (1993). De effectevaluatie van het supermarktvorlichtingsproject 'minder vet: HARTstikke goed!'. Emmen/Wageningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Vakgroep Voorlichtingskunde Landbouwuniversiteit Wageningen. (afstudeerscriptie)
- Dijkstra, I. (1993). Het functioneren van de intermediairen binnen het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen. (onderzoekschrift)
- Dijkstra, S.F.H. (1994). Preventie van hart- en vaatziekten op de werkplek; pilot bij het Regionaal Politiekorps Drenthe, District Zuidoost-Drenthe. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen. (afstudeerscriptie)
- Drenthen, W. (1998). Hart- en vaatziekten in Zuidoost-Drenthe, een beschrijving van de sterfte. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen. (onderzoekschrift)
- Essen, E. van (1994). En morgen gezond weer op? Evaluatie-onderzoek naar de effectiviteit van gezondheidsvoorlichting aan kinderen en ouders. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen. (afstudeerscriptie)

- Vries, M.J. de (1995) Hart op weg met de gemeentelijke projectgroep. Emmen: GGD Zuidoost-Drenthe.
- Westera, R. (1993). Besluitvorming in gemeenten. Evaluatie van de besluitvorming in de gemeenten in de regio Zuidoost-Drenthe ten aanzien van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'. Groningen/Emmen: Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Bestuursrecht en Bestuurskunde, Vakgroep Sociale Geneeskunde en Epidemiologie/GGD Zuidoost-Drenthe. (afstudeerscriptie)
- Wieringa, N. & Weert, L. van (1993). Voormeting van 'minder vet: HARTstikke goed!'. Emmen/Wageningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Landbouwwuniversiteit Wageningen. (onderzoekschrift)
- Zwart, N. de (1994). De ontwikkeling van een beleidsmodel ter stimulering van lichamelijke activiteit in Zuidoost-Drenthe. Emmen/Groningen: GGD Zuidoost-Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen. (afstudeerscriptie)

Voordrachten en posters

- Bokma, J., Vries, M.J. de, Vries, M. de, Dijk, J.P. van, Groothoff, J.W., & Snijders, H. (1993) Evaluatie van een primair preventieproject voor hart- en vaatziekten. Poster GZO-congres. Nijmegen, Nederland.
- Bokma, J., Vries, M.J. de, Vries, M. de, Dijk, J.P. van, Groothoff, J.W., & Snijders, H. (1994). Presentation: The development of a regional community-based intervention model for the prevention of coronal heart diseases in the Netherlands. Vienna, Austria.
- Lueks, C. (1997). Local community-based prevention in the Netherlands. Gezondheidszorgdag Hanzestad, Oldenburg, Germany.
- Vries, M. de (1995). Effect evaluation of a community-based cardiovascular project in south-east Drenthe, the Netherlands. Poster IEA Regional Meeting; Perspectives on epidemiology in Europe. Den Haag, The Netherlands.
- Vries, M. de (1995). Effect evaluation of a community-based project in South-East Drenthe. Presentation on the International Health Promotion Conference. London, England.
- Vries, M.J. de (1995). The evaluation of a community intervention project in the Netherlands. Poster 2nd International Heart Health Conference. Barcelona, Spain.
- Vries, M.J. de, de Vries, M., Bokma, J., Dijk, J.P. van, Groothoff, J.W., & Snijders, H. (1995). Effectevaluatie 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!', een hart- en vaatziekten preventieproject. 12e GZO-dag. Rotterdam, Nederland.

- Vries, M. de (1997). Evaluatie 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' Presentatie WEON-congres.
- Vries, M. de (1997). Effect evaluation of a community-based cardiovascular project in the Netherlands. Presentation annual meeting European Public Health Association. Pamplona, Spain.
- Vries, M. de (1998). Evaluatie Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed! 1996: een community-based preventieproject. Presentatie 15e GZO Congres. Bilthoven.
- Vries, M. de (1999). Resultaten van acht jaar 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!'. Presentatie Nederlands Public Health Congres. Groningen.
- Vries, M. de (1999). Results of eight years community-based prevention in the Netherlands. Presentation Nordic Public Health Conference. Reykjavík, Iceland.
- Vries, M. de (1999). Results of eight years community-based prevention in the Netherlands. Presentation annual meeting European Public Health Association. Praag, Tsjechië.
- Vries, M. de, Dijk, J.P. van, Groothoff, J.W. & Post, D. (2000). Results of eight years local community-based cardiovascular prevention in the Netherlands. Presentation 9th international congress World Federation of Public Health Associations. Beijing, China.
- Wijckmans, K.J.M. (1995). Effect evaluation of a community-based cardiovascular project in the Netherlands. Poster annual meeting European Public Health Association. Budapest, Hungary.
- Zwart, N. de & Dijk, J.P. van (1995). Een beleidsplan voor bewegingsstimulering in het kader van hart- en vaatziektenpreventie. Rotterdam: voordracht 12e GZO-dag.

Bijlage 4

Northern Centre for Healthcare Research and previous dissertations

This thesis is published within the research program **Public Health and Public Health Services Research** of the Northern Centre for Healthcare Research. More information regarding the institute and its research can be obtained from our internet site: www.med.rug.nl/nch.

Previous dissertations **Public Health and Public Health Services Research**

Post J (2004) *Grootschalige huisartsenzorg buiten kantooruren.*

PROMOTOR: prof dr J de Haan

Reneman MF (2004) *Functional capacity evaluation in patients with chronic low back pain; reliability and validity.*

PROMOTORES: prof dr JW Groothoff, prof dr JHB Geertzen

CO-PROMOTOR: dr PU Dijkstra

Bâra-Ionilă C-A (2003) *The Romanian health care system in transition from the users' perspective.*

PROMOTORES: prof dr WJA van den Heuvel, prof dr JAM Maarse

CO-PROMOTOR: dr JP van Dijk

Lege W de (2002) *Medische consumptie in de huisartspraktijk op Urk.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr JW Groothoff

Hoekstra EJ (2002) *Arbeidsbemiddeling met behulp van Supported Employment als interventie bij de reïntegratie van chronisch zieken; de rol van de arbeidsbemiddelaar, chronisch zieke en werkgever.*

PROMOTORES: prof dr JW Groothoff, prof dr K Sanders, prof dr WJA van den Heuvel, prof dr D Post

Enk JG van (2002) *Determinants of use of healthcare services in childhood.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr AJP Veerman, prof dr WJA van den Heuvel

Gecková A (2002) *Inequality in health among Slovak adolescents.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr JW Groothoff

REFERENT: dr JP van Dijk

Dijk JP van (2001) *Gemeentelijk gezondheidsbeleid; omvang en doelgerichtheid.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr M Herweijer, prof dr JW Groothoff

Middel LJ (2001) *Assessment of change in clinical evaluation.*

PROMOTOR: prof dr WJA van den Heuvel

REFERENT: dr MJL de Jongste

Bijsterveld HJ (2001) *Het ouderenperspectief op thuiszorg; wensen en behoeften van ouderen ten aanzien van de thuis(zorg)situatie in Friesland.*

PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr B Meyboom-de Jong
REFERENT: dr J Greidanus

- Dijkstra GJ (2001) *De indicatiestelling voor verzorgingshuizen en verpleeghuizen*.
PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr JW Groothoff
- Dalen IV van (2001) *Second opinions in orthopaedic surgery: extent, motives, and consequences*.
PROMOTORES: prof dr JR van Horn, prof dr PP Groenewegen, prof dr JW Groothoff
- Beltman H (2001) *Buigen of barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap in Nederland 1945-2000*.
PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr AThG van Genneep
- Pal TM (2001) *Humidifiers disease in synthetic fiber plants: an occupational health study*.
PROMOTORES: prof dr JGR de Monchy, prof dr D Post, prof dr JW Groothoff
- Goossen WTF (2000) *Towards strategic use of nursing information in the Netherlands*.
PROMOTORES: prof dr WJA van den Heuvel, prof dr ThWN Dassen, prof dr ir A Hasman
- Hospers JJ (1999) *Allergy and airway hyperresponsiveness: risk factors for mortality*.
PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr DS Postma, prof dr ST Weiss
- Wijk P van der (1999) *Economics: Charon of Medicine?*
PROMOTORES: prof dr WJA van den Heuvel, prof dr L Koopmans, prof dr FFH Rutten
REFERENT: dr J Bouma
- Dijkstra A (1998) *Care dependency: an assessment instrument for use in long-term care facilities*.
PROMOTORES: prof dr WJA van den Heuvel, prof dr ThWN Dassen
- Tuinstra J (1998) *Health in adolescence: an empirical study of social inequality in health, health risk behaviour and decision making styles*.
PROMOTORES: prof dr D Post, prof dr WJA van den Heuvel
CO-PROMOTOR: dr JW Groothoff