

Gezond en wel ouder worden

*Evidence-based richtlijnen voor
gezondheidsbevordering*

Trudi Nederland
Katja van Vliet

Maart 2009

Inhoud

Deel I Gezond ouder worden	5
1 Een Europees project	5
2 De gezondheid van ouderen	6
3 Gezondheidsbevordering onder ouderen	7
Deel II Evidence-based richtlijnen voor gezondheidsbevordering	11
1 De doelgroep	11
2 Diversiteit van de doelgroep	12
3 Het betrekken van de doelgroep	12
4 Empowerment van doelgroep	13
5 De evidence-based praktijk	14
6 Brede gezondheidsbenadering	14
7 Gezondheidsstrategieën en -methode	15
8 Omgeving en toegankelijkheid	16
9 Het betrekken van stakeholders	16
10 Interdisciplinariteit	17
11 Vrijwilligerswerk	18
12 Management en financiële kwesties	19
13 Evaluatie	19
14 Structurele onderbouwing	21
15 Overdraagbaarheid	22
16 Publiciteit en verspreiding	22
Literatuur	24

Deel I

Gezond ouder worden

1 Een Europees project

Gezondheidsbevordering voor ouderen staat overall hoog op de agenda. In Nederland is het sinds het einde van de vorige eeuw een terugkerend thema in het beleid van overheden. Ook in andere landen van de Europese Unie zijn verschillende projecten en programma's gericht op die gezondheidsbevordering. Onderzoekers van het Verwey-Jonker Instituut hebben van april 2006 tot december 2008 meegedaan aan het door de Europese Unie gefinancierde project Health Promotion for Older People (health-PROelderly). Bij de uitvoering van het project zijn zeventien partners betrokken uit elf landen (Oostenrijk, Tsjechië, Slowakije, Duitsland, Griekenland, Italië, Nederland, Polen, Slovenië, Spanje en Engeland).

Het hoofddoel van dit Europese project was bij te dragen aan de gezondheidsbevordering onder ouderen door het opstellen van richtlijnen. De specifieke doelstellingen waren:

- het opstellen van een literatuuroverzicht van gezondheidsbevordering voor ouderen in elk van de deelnemende landen;
- het opsporen van modellen voor gezondheidsbevordering voor ouderen in elk van de deelnemende landen, het evalueren van drie daarvan in elk land, en het toegankelijk maken van deze modellen via een databank.

Deze databank is te vinden op de website www.healthproelderly.com;

- het informeren en bewustmaken van professionals en beleidsmakers in de hele Europese Unie over het vraagstuk van ouder worden en de impact van demografische verandering op onze samenleving.

Het gemeenschappelijke uitgangspunt van de projectpartners was een brede visie op gezondheid. Die brede visie kenmerkt zich door het versterken van gezondheid door het beïnvloeden van algemene leefomstandigheden, gezondheidsgerelateerde leefomstandigheden en gedragspatronen. Veel argumenten ondersteunen het belang van een brede visie op gezondheidsbevordering. Ze verwijzen zowel naar het individuele als naar het maatschappelijke niveau. Hier zijn een paar argumenten uit discussies met de partners in het project:

- Gezondheid is één van de belangrijkste voorspellers van tevredenheid over het leven.
- Gezondheid is een eerste vereiste om als oudere een zelfstandig leven te kunnen leiden.
- Gezondheid is cruciaal voor het op peil houden van een acceptabele levenskwaliteit voor oudere mensen, en voor het zekerstellen van een blijvende maatschappelijke bijdrage van ouderen.
- Gezondheid is een bepalende factor voor economische groei en concurrentievermogen (bijvoorbeeld via een afname van de vervroegde uittreding van oudere werknemers).
- Een gezonde bevolking brengt de uitgaven voor de gezondheidszorg omlaag en zorgt voor een lagere belasting van het systeem voor gezondheidszorg.

Het project bestond uit verschillende onderdelen. In het eerste deel hebben we een analyse gemaakt van Europese literatuur over gezondheidsbevordering voor ouderen (zie de 'National Reports' en de 'Overview on Health Promotion for Older People', beschikbaar op de website http://www.healthproelderly.com/hpe_phase1_downloads). Gedurende de tweede fase hebben we in de deelnemende landen 170 voorbeelden verzameld van goede praktijken van gezondheidsbevordering voor ouderen. Al die voorbeelden zijn te vinden in een databank. Kijk voor inspirerende voorbeelden op de website van het project www.healthproelderly.com en ga naar de database (rechts bovenaan op de website). De derde fase van het project bestond uit een evaluatie van de beste praktijken van die 170 voorbeelden. Elke partner moest voor het eigen land drie succesvolle projecten uitkiezen aan de hand van selectiecriteria. Ieder land heeft over de drie projecten een verslag geschreven (zie '33 European Best Practice Projects: A Case Study of Health Promotion for Older People', beschikbaar op de website http://www.healthproelderly.com/hpe_phase3_downloads). In deze brochure vindt u de belangrijkste uitkomsten van het project: de evidence-based richtlijnen. Wij hopen dat deze uitkomsten u kunnen ondersteunen bij het opzetten en uitvoeren van goede interventies op het gebied van gezondheidsbevordering. Als u al aan een project werkt, kunt u de informatie in deze brochure wellicht gebruiken voor het bijstellen en verbeteren van uw project. De richtlijnen zijn opgenomen in Deel II van deze publicatie. In dit eerste deel schetsen we een beeld van de gezondheid van ouderen en de stand van zaken rond de gezondheidsbevordering in Nederland.

2 *De gezondheid van ouderen*

In Nederland blijft het aantal mensen boven de 65 jaar toenemen. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) schat dat het aantal ouderen in 2050 bijna een kwart (24%) van de totale bevolking omvat (CBS Bevolkingsprognose). De levensverwachting van ouderen stijgt dus nog steeds. Voor mannen is de levensverwachting sinds 1970 gestegen van 70,8 naar 76 jaar en voor vrouwen van 76,5 naar 80,7 jaar. Voor de periode 2020-2050 veronderstelt het CBS nog een verdere winst in de levensverwachting, tot 79,6 jaar voor mannen en 82,6 jaar voor vrouwen. Het gaat hierbij om de levensverwachting bij de geboorte. Mannen die in 2003 de 65-jarige leeftijd bereikten, hadden op dat moment gemiddeld nog 15,8 jaar voor de boeg. Voor vrouwen was dat 19,4 jaar (De Boer, 2006). Mannen die 80 jaar zijn geworden in 2000, mochten verwachten nog 6,5 jaar te leven en 80-jarige vrouwen nog 8,4 jaar.

Ouderen blijven over het algemeen ook langer zelfstandig en langer gezond. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat iedere generatie gezonder oud wordt dan de vorige en dat ziekte en sterfte steeds meer worden uitgesteld (RIVM, 2005). De trend van uitstel van ziekte en sterfte is geen typisch Nederlands verschijnsel. Uit een vergelijkende studie van Oeppen en Vaupel (2002) blijkt dat deze 'levensverwachtingsrevolutie' zich ook voordoet in Australië, de Verenigde Staten, IJsland, Japan, Noorwegen, Zweden en Zwitserland.

Wel kunnen we vraagtekens zetten bij deze toekomstvoorspellingen als we ze vergelijken met ander onderzoek.

Als het gaat om de gezondheidsdeterminanten van de huidige bevolking blijkt dat 32% van de ouderen een te hoge bloeddruk en 55% ernstig overgewicht heeft (Van den Berg Jeths et al., 2004). Zo voorspelt de Gezondheidsraad (2005) dat het aantal diabetespatiënten toeneemt, omdat mensen zwaarder en lichamelijk minder actief worden. Het aantal ouderen met meerdere chronische aandoeningen zal ook toenemen. Nu heeft al tweederde deel van de mensen tussen de 65 en 75 jaar meer dan twee chronische aandoeningen. Dit aantal neemt toe met het stijgen van de leeftijd. De Gezondheidsraad (2008) wijst erop dat 85% van de mensen ouder dan 85 jaar meer dan twee chronische aandoeningen heeft.

Het heft in eigen hand nemen door gezond te leven spreekt de huidige generatie ouderen niet echt aan. Sinds het eind van de jaren tachtig van de vorige eeuw is het percentage rokers onder ouderen nauwelijks gedaald (Van den Berg Jeths et al., 2004). Ook is het voedingsgedrag van ouderen niet goed en beweegt de helft (50%) van de ouderen te weinig. Dit kan leiden tot een verhoogde bloeddruk, verhoogd cholesterol en overgewicht. De komende generatie ouderen gaat niet bepaald gezonder leven. Het aantal mensen met ernstig overgewicht, evenals het percentage overmatige drinkers, is in de leeftijdsgroep 55-64-jarigen toegenomen. Bovendien besteedt deze leeftijdsgroep minder energie aan wandelen, fietsen, huishoudelijke activiteiten en sport (Visser et al., 2005).

Volgens de Gezondheidsraad (2005) zou gedragsverandering het doel van preventief beleid moeten zijn: mensen als ze ouder worden ertoe overhalen te stoppen met roken, gezonder te gaan eten en meer te gaan bewegen. Onder ouderen vormen mensen met een lage opleiding (roken en te weinig beweging), mannen (roken en drankmisbruik), oudere vrouwen (te weinig

beweging) en chronisch zieken (te weinig beweging) de risicogroepen. Naast de factoren die betrekking hebben op gedrag dat een gezondere leefstijl bevordert, spelen ook sociaal-economische factoren een rol. Oudere alleenstaande vrouwen (weduwen) zijn bijvoorbeeld extra kwetsbaar. Een ander voorbeeld is de ongelijkheid in levensverwachting die gerelateerd is aan etnische afkomst. Turkse, Marokkaanse en Surinaamse ouderen lijden vaker onder een slechte gezondheid dan ouderen die hun wortels hebben op de Antillen, de Molukken, of in Nederland.

3 *Gezondheidsbevordering onder ouderen*

De praktijk

Preventie is in de komende jaren een belangrijk aandachtspunt. In de praktijk zijn er in Nederland veel organisaties betrokken bij gezondheidsbevordering. Die organisaties zijn het eens over de inhoud, namelijk dat ouderen hun leefgewoonten moeten veranderen door gezonder te leven. Het gaat bij interventies gericht op gedragsverandering om de thema's beweging, gezonde voeding, valpreventie, depressiviteit en eenzaamheid. Ook zijn er interventies die zich richten op de algehele gezondheid.

Veel organisaties zijn betrokken bij het bevorderen van de gezondheid van ouderen, maar het aanbod is versnipperd. Het resultaat is een breed en gefragmenteerd scala aan inspanningen. Het grootste deel van deze preventieve interventies speelt zich af op lokaal of regionaal niveau, en vindt plaats op kleine schaal. Ook is nog weinig bekend over het bereik van de interventies en de effecten ervan, door het ontbreken van een landelijke organisatie die de

interventieprojecten coördineert. De GGD'en hebben kleinschalige projecten, maar deze zijn niet verbonden met een regionaal of landelijk actieplan. Met andere woorden: het ontbreekt in Nederland aan de uitrol, monitoring en evaluatie van preventieprojecten. Verdere professionalisering (systematisering en rationalisering) van de openbare gezondheidszorg (OGZ) is gewenst, inclusief sturing door lokale overheden.

Recentelijk zijn pogingen ondernomen om de interventies gericht op gezondheid en preventie te bundelen. Veel energie gaat naar de ontwikkeling van evidence-based interventies. Dit houdt in dat gezondheidsbevorderende activiteiten gebaseerd zijn op uitkomsten van onderzoek naar gezondheidsdeterminanten, en dat de effectiviteit van de meeste interventies onderzocht wordt met behulp van een (quasi-) experimenteel design. Niettemin hebben we de indruk dat er weinig energie besteed wordt aan de implementatie en continuïteit van de interventies. Diversiteit onder ouderen en het op maat maken van interventies verdienen meer aandacht, zoals de ontwikkeling van geïndividualiseerde trajecten die zijn opgebouwd uit een reeks interventies op verschillende niveaus (Stevens, 2006). Er zou meer aandacht moeten komen voor het verwerven van steun onder 'stakeholders', waaronder de ouderen zelf. Dit kan door exploratief onderzoek, actieonderzoek en procesevaluaties die de voorwaarden voor een goede implementatie en continuïteit optimaliseren.

Het beleid

Het beleid van de Rijksoverheid benadrukt de noodzaak van preventief beleid (VWS, 2008). De zorgvraag verandert en wordt complexer door de stijgende levensverwachting; mensen krijgen vaker meervoudige aandoeningen. De legitimatie voor overheidsingrijpen vanuit een preven-

tieve invalshoek is vooral de gezondheidswinst en de gevolgen voor de collectieve uitgaven (IBO, 2006-2007). Met preventieve gezondheidszorg wil de overheid de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken houden. De redenering is: hoe gezonder en fitter de bevolking, hoe lager de kosten. Er is echter veel nodig om de sector zorg en welzijn, vooral op het gebied van maatwerk en innovatie, beter af te stemmen op de wensen en behoeften van (toekomstige) zorgvragers. Het College van Zorgverzekeraars (CVZ) deed in 2007 voorstellen om op preventie gerichte interventies te laten vergoeden door zorgverzekeraars. Het CVZ denkt dat er gezondheidswinst te boeken valt als we de zorg voor gezondheid centraal stellen in plaats van het behandelen van ziekten. Het CVZ bracht het advies niet zonder reden uit. De Tweede Kamer had in januari 2007 een motie aangenomen over preventie. Een van de vragen was of preventie op te nemen is in het basispakket.

De nadruk die het huidige kabinet wil leggen op preventie is onder meer terug te vinden in het wetsvoorstel publieke gezondheid. De Tweede en de Eerste Kamer hebben de Wet publieke gezondheid in 2008 behandeld en aangenomen. De nieuwe wet vervangt drie afzonderlijke wetten die de verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het terrein van de infectieziekte-bestrijding regelden: de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), de Infectieziektewet en de Quarantainewet. De uitdagingen voor preventiebeleid liggen op het bord van de lokale overheden. Gemeenten staan voor de taak hun gezondheidsbeleid te actualiseren. Preventie is daarin een belangrijk onderwerp. Mensen met een lage sociaal-economische status (SES), de doelgroepen van de Wwb en (voor een groot deel ook) de Wmo, zijn de voornaamste focusgroepen. Veel van de huidige gemeentelijke gezondheidsnota's hebben als uitgangspunt dat deze doelgroep (met een lage SES) dezelfde kansen moet heb-

ben op een goede gezondheid als beter gesitueerden. Concrete maatregelen zijn tot nu toe mondjesmaat uitgevoerd. Onvoldoende sturing en onvoldoende financiële middelen stonden een uitgebreidere aanpak in de weg. In artikel 2 van de Wcpv staat expliciet vermeld dat lokale overheden dienen bij te dragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, inclusief gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Gemeenten hebben veel kansen om gedragsverandering van kwetsbare groepen in het lokale gezondheidsbeleid integraal te benaderen. Ze kunnen geldstromen benutten vanuit diverse beleidsterreinen en er liggen kansen in de samenwerking met zorgverzekeraars. Voor een effectief lokaal beleid is een overzicht nodig van de verschillende gezondheidsstrategieën en de maatregelen die specifiek op de doelgroepen zijn gericht.

De effectiviteit van interventies

In Nederland is waar het leefstijl betreft de meeste aandacht uitgegaan naar de bevordering van lichamelijke activiteit onder ouderen. In het voorbije decennium zijn drie belangrijke programma's ontwikkeld en geëvalueerd: het Groningse Actief Leven Model (GALM), Meer Beweging voor Ouderen (MBvO) en Gezond en Vitaal (voorheen bekend onder de naam 'Goed en Gezond Ouder Worden'). Een andere belangrijke kwestie die verband houdt met leefstijl is valpreventie. In Nederland houdt een groot aantal organisaties zich bezig met valpreventie voor ouderen (De Boer, 2006). Op verschillende locaties door heel Nederland zijn valklinieken opgericht: gespecialiseerde poliklinieken die ouderen die in het voorgaande jaar meer dan eens zijn gevallen op een multidisciplinaire manier behandelen (Emmelot-Vonk, 2005). Niettemin is er nog weinig bekend over de effectiviteit van

deze valklinieken en is het aantal patiënten dat de reguliere gezondheidsinstanties doorverwijzen voornamelijk marginaal.

Meta-analyses van effectstudies laten zien dat de interventies doorgaans substantiële effecten hebben op de preventie van ziekten (Van Vliet & Nederland, 2007). Echter: leerprincipes als feedback om de effectiviteit te vergroten worden niet of niet adequaat toegepast. Er zijn ook veel te weinig interventies die het gewenste gedrag goed mogelijk maken. Mogelijkheden zouden kunnen zijn: financiële stimuli, het actief betrekken van ouderen en het verbeteren van vaardigheden van de professionals.

Goede praktijkvoorbeelden

Vanuit de literatuurstudie zijn voor Nederland twintig goede praktijken geselecteerd en beschreven. Deze zijn opgenomen in de database op de website van het project: www.health-proelderly.com. Uit de goede praktijken zijn weer drie succesvolle praktijken geselecteerd voor nadere analyse (van Vliet & Nederland, 2008). Van deze drie praktijkvoorbeelden geven we een korte impressie.

Big!Move

Big!Move is een methode voor gezondheidsbevordering op lokaal niveau dat zich richt op gezond gedrag en menselijke kracht. Gedurende het programma worden de deelnemers aangemoedigd om mee te doen aan plaatselijke activiteiten en om zelf activiteiten te organiseren. Mensen kunnen deelnemen aan dansactiviteiten in de buurthuizen of aan zwem-, wandel- en fietsgroepen. Er zijn ook speciale groepen voor ouderen, die bij elkaar komen in verzorgings- en verpleeghuizen. Het doel van Big!Move is om de bewoners van de wijk meer bewust te maken

van de invloed die ze kunnen uitoefenen op hun eigen leven. In combinatie met het inzicht en de ervaring dat er met gezond gedrag veel te winnen valt, leidt dit besef tot een gezondere levensstijl.



Big!Move

Buddyzorg voor homoseksuele ouderen

Homoseksuele mannen en lesbische vrouwen op leeftijd lijden vaker onder eenzaamheid en depressiviteit dan heteroseksuele ouderen. Onderzoek laat zien dat ze vaak geen positief zelfbeeld hebben en dat ze ook niet over een afdoend sociaal netwerk beschikken. Ze behoren vaak tot de generatie voor wie homoseksualiteit nog taboe was. ‘Buddyzorg voor Oudere Homoseksuelen’ heeft tot doel de eenzaamheid te verminderen en het geestelijke welzijn te verbeteren. Roze buddies zijn goed getrainde vrijwilligers. Ze helpen de homoseksuele, lesbische of transgender ouderen (55+) om uit hun sociale isolement te komen door hen eens per week te bezoeken. De steun bestrijkt merendeels de volgende drie domeinen: praktisch (hulp in het huis), emotioneel (onderlinge gesprekken) en sociaal (samen buitenshuis activiteiten ondernemen).

Zin in Gezond Leven

Het Zin in Gezond Leven-project behelsde een pilot onder oudere mannen en vrouwen van Nederlandse en Marokkaanse herkomst. Dit project is afgerond. Het project richtte zich op de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van een programma voor gezond leven. Speciale aandacht ging uit naar kenmerken die gezond leven beïnvloeden (zoals sekse, etnische achtergrond, klasse en leeftijd) en de sociale, culturele en existentiële dimensies van gezond leven. Het project bestond uit drie fasen. Gedurende de eerste fase is een referentiekader ontwikkeld dat rekening houdt met gender en etniciteit. In de tweede fase is dit referentiekader omgezet in een script voor een Gezond Leven-programma en is een ZGL-koffer ontwikkeld met materialen, werkvormen en een handreiking voor bijeenkomsten. Hiermee werd een experimentele interventie uitgevoerd met, voor en door Nederlandse en Marokkaanse ouderen. Tijdens de laatste fase is een evaluatie uitgevoerd, zowel van de gender-specifieke, etnisch-specifieke en algemene elementen van het programma als van de toegevoegde waarde van de aanpak.



Deel II Evidence-based richtlijnen voor gezondheidsbevordering

Het maken van richtlijnen

In dit deel presenteren we de zestien richtlijnen die samenwerkende partners uit elf landen in het project 'Health Promotion for Older People' hebben ontwikkeld. Deze richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde verklaringen. De richtlijnen zijn evidence-based: de samenwerkende partners hebben in het project als basis voor de inhoud van de richtlijnen een systematisch proces toegepast voor het vinden, beoordelen en gebruiken van effectonderzoek.

De zestien richtlijnen kunnen als hulpmiddel dienen bij het opzetten van gezondheidsinterventies. Een andere toepassing is het verbeteren van de kwaliteit van bestaande projecten. De richtlijnen zijn geen 'hoe-slaag-ik-handboek', maar geven suggesties hoe je kunt omgaan met de planning, uitvoering en resultaten van gezondheidsbevorderende programma's.

We presenteren de richtlijnen in het onderstaande overzicht. Na de tekst van de richtlijn geven we er een onderbouwing van. Daarna volgen aanbevelingen om de richtlijn in de praktijk toe te passen. Tot slot geven we per richtlijn een praktijkvoorbeeld waar de richtlijn is toegepast. Deze projecten hebben een Engelse naam en een identiteitsnummer. De aanduiding helpt om vast te stellen uit welk land het project komt en onder welk nummer het in de databank staat (bijvoorbeeld: AT-1 staat voor het Oostenrijkse gezondheidsbevorderende project nr. 1). Alle voorbeelden kunt u vinden in de database op de website van het project <http://www.health-proelderly.com/database>.

1 De doelgroep

Richtlijn 1: Het gezondheidsbevorderende programma moet afgestemd zijn op de specifieke behoeften en middelen van de doelgroep.

Ouderen zijn geen homogene groep. Mensen verschillen van elkaar in levensomstandigheden, levensgeschiedenis, materiële en sociale hulpbronnen, en behoeften en wensen. Gezondheidsbepalende factoren en epidemiologie zijn een bron van informatie over de situatie van kwetsbare groepen. U zult telkens opnieuw een inschatting moeten maken van de behoeften van de doelgroepen, om te garanderen dat u mensen op een adequate manier aanspreekt.

Stel vast hoe, wanneer en waar u uw doelgroep kunt bereiken. Dit kan bijvoorbeeld door:

- Gebruik te maken van intermediairen die direct contact hebben met de doelgroepen: professionals, vrijwilligers, leidende figuren binnen de gemeenschap, kerken of andere bestaande gemeenschapscentra. Persoonlijk contact is de beste manier om mensen te motiveren deel te nemen. Sociale evenementen kunnen nuttig zijn om 'het ijs te breken'.
- Communicatiekanalen goed te gebruiken. Hierbij kunt u denken aan mondelinge presentaties (informele bijeenkomsten, lezingen, radio-uitzendingen). Ook het internet is een bruikbaar medium, nu een groeiend aantal ouderen met de computer overweg kan. Deze activiteiten moet u regelmatig herhalen, willen ze effectief zijn.
- Het analyseren van de relevante demografische en epidemiologische data om meer te weten te komen van de doelgroep. Dergelijke gegevens zijn te verkrijgen via lokale GGD-ambtenaren of andere professionals werkzaam in de volksgezondheidssector.

'Bromley-by-Bow Centre' (UK-3)

Dit project in Oost-Londen wil de energie en het creatieve talent dat latent in de gemeenschap aanwezig is, gebruiken om gezondheidsbevorderende activiteiten te verwezenlijken. Het centrum betreft mensen uit de buurt bij de organisatie en bij evenementen in de buurt, bijvoorbeeld diabetesmarkten.

2 Diversiteit van de doelgroep

Richtlijn 2: De activiteiten moeten diversiteit binnen de doelgroep erkennen, waarbij in het bijzonder rekening te houden is met genderverschillen en met een sociaal-economisch achtergestelde positie.

Diversiteit verwijst naar een reeks van achtergronden en ervaringen die je terugvindt in karakteristieken als leeftijd, etnische afkomst, gender, nationaliteit, fysiek vermogen en leer- vermogen, ras, godsdienst, seksuele oriëntatie en andere, soortgelijke factoren. Diversiteit kent nog andere dimensies, zoals opleiding, burgerlijke status, het hebben van werk, culturele waarden, overtuigingen en praktijken. Gezondheidsbevordering voor ouderen dient afgestemd te zijn op de heterogeniteit van de populatie ouderen. Tijdens het plannen van een interventie is het belangrijk om contacten met de doelgroep te hebben, bijvoorbeeld oudere migranten of oudere vrouwen uit een bepaalde gemeenschap. Rekening houden met de karakteristieken van groepen bevordert het enthousiasme van deelnemers om volledig in het project te participeren. Een centrale uitdaging voor de gezondheidsbevordering van de toekomst zal zijn om ongelijkheid door sociaal-economische factoren uit te bannen. Speciale aandacht moet er zijn voor genderverschillen, maar ook voor mensen die gemarginaliseerd zijn geraakt door hun seksuele oriëntatie.

Verzeker u ervan dat uw project of programma rekening houdt met diversiteit in behoeften en achtergrond van de deelnemers. Dit kunt u aanpakken door:

- Kwetsbare ouderen te betrekken bij de planning van activiteiten;
- Waar dat van toepassing is rekening te houden met het levensverhaal van de mensen uit uw doelgroep en hun individuele wensen en ervaringen te respecteren;
- In het bijzonder aandacht te besteden aan verschillen tussen mannen en vrouwen. Zo zijn er veel voorbeelden van projecten die speciaal in de behoeften van oudere vrouwen voorzien, maar veel minder projecten die speciaal zijn afgestemd op de gezondheidsbehoeften van oudere mannen.

'Preventive Activities and Health Promotion Programme' (ES-1)

Dit Spaanse project benadert iedereen die gebruikmaakt van de diensten van gezondheidscentra. Speciale aandacht gaat uit naar de groep van ouderen met psychische problemen die doorgaans onzichtbaar blijft. Dit stemt overeen met de interpretatie die het programma hanteert van 'geestelijke gezondheid' als onderdeel van de brede conceptie van gezondheid en welzijn.

3 Het betrekken van de doelgroep

Richtlijn 3: Betrek de doelgroep zo mogelijk actief en geef ouderen een stem.

Met het betrekken van de doelgroep bedoelen we het activeren van ouderen, hen verantwoordelijk maken voor hun eigen gezondheid, sociale leven en actief ouder worden. Door de actieve betrokkenheid van de doelgroep te stimuleren, is het mogelijk om ouderen te laten participeren als 'coproducten' van hun gezondheid.

Zij zullen dan langer gezonde leefprincipes kunnen naleven en autonome zelfzorg kunnen toepassen.

Mogelijkheden om doelgroepen te betrekken:

- Geef ouderen met diverse achtergronden vanaf het begin een stem en betrek hen bij alle fases van het project;
- Gebruik methoden om mensen actief te betrekken, zoals focusgroepen, observatie en doelgroepvertegenwoordigers;
- Houd in gedachten dat u ouderen zowel direct een stem kunt geven als via een proces van representatie;
- Erken de middelen waar de doelgroep over beschikt en maak gebruik van hun potentieel, hun kennis en vaardigheden.

'Immigration as a Social Resource Rather Than a Source of Fear' (AUSER) (IT-10)

Dit Italiaanse project, dat tot doel had om ouderen hun angst en vooroordelen jegens migranten te laten overwinnen, betrok de plaatselijke bestuurders van de ouderenorganisatie en vrijwilligers uit de doelgroep vanaf het prille begin bij de activiteiten. De ouderen doorliepen een eerste fase van zelfstudie en daarna nog een tweede leerfase. Ze hadden vervolgens een functie bij contacten met migranten en waren in staat tot het plannen en leiden van speciale lokale projecten.

4 Empowerment van doelgroep

Richtlijn 4: Empower deelnemers en motiveer hen om voor hun eigen gezondheid en wel-zijn zelf het heft in handen te nemen.

Empowerment kan een sociaal, cultureel, psychologisch of politiek proces zijn dat mensen in staat stelt om hun eigen behoeften te vervullen, hun belangen naar voren te brengen, strate-

gieën te bedenken om betrokken te worden bij besluitvorming, en om tot een politieke, sociale, of culturele actie te komen die deze zaken bewerkstelligt. Er is een verschil tussen empowerment van individuen en van een gemeenschap. Individuele empowerment verwijst in de eerste plaats naar het vermogen van het individu om over zijn of haar eigen leven te beslissen en er controle over te hebben. Empowerment van de gemeenschap draait om individuen die gezamenlijk optreden om meer invloed en controle te krijgen op de factoren die bepalend zijn voor de gezondheid en levenskwaliteit binnen hun gemeenschap.

Door empowerment gaan individuen of gemeenschappen een nauwer verband zien tussen hun doelen in het leven. Ze krijgen gevoel voor hoe ze die doelen kunnen bereiken, en inzicht in de relatie tussen inspanning en resultaat.

Suggesties voor empowerment:

- Vergroot en deel de aanwezige informatie en kennis over gezondheidsproblemen. Leer samen met ouderen en deel ervaringen over nieuwe technologieën, bijvoorbeeld in zelfhulpgroepen voor ouderen, om zo hun levenskwaliteit te verbeteren.
- Voorzie professionals van vaardigheden waarmee ze de doelgroep empowerment kunnen bieden, maar ook de grenzen daarvan kunnen herkennen.
- Bevorder een verschuiving van een passief beeld van ouderen naar een actief beeld.
- Stel ouderen in staat om beleidsprocessen te begrijpen die verband houden met hun gezondheidsbehoeften, zodat ze via burgerparticipatie hierin een actieve rol gaan spelen.

'Effect of Reminiscence Therapy on the Health Status and Quality of Life of Care Home Residents' (CZ-4)

Uit dit Tsjechische project was een van de uitkomsten na de interventie dat deelnemers zich

minder tevreden toonden met de kwaliteit van hun omgeving. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze mensen door de reminiscentie-therapie opener waren en beter in staat waren om kritisch te zijn. Dit zou in overeenstemming zijn met de resultaten uit een onderzoek dat een verbetering van de autonomie en het zelf-respect aantoonde bij mensen die hebben deelgenomen aan reminiscentietherapie.

5 De evidence-based praktijk

Richtlijn 5: Gebruik bij het ontwerp van het gezondheidsbevorderende project bestaand bewijsmateriaal en technieken die hun werking hebben bewezen.

Professionals zijn zich bewust van de behoeften en karakteristieken van de doelgroep. Om uit te zoeken welke benadering het meest effectief zal zijn, dient u deze kennis van professionals te combineren met op onderzoek gebaseerd bewijsmateriaal over wat wel en niet werkt. Een evidence-based onderbouwing van een project levert een structurele basis die nodig is om een gezondheidsbevorderend programma voor ouderen te kunnen ontwerpen. Het helpt bij het vaststellen van de doelen, de praktijk en van de meetbare resultaten van het project. Bovendien kan het de benodigde informatie leveren om de organisatorische en financiële structuur aan te passen die het project kunnen versterken.

Gebruik een evidence-based benadering om de doelstellingen van een project te onderbouwen en voor de ontwikkeling en uitvoering ervan. Dit kunt u doen door theorieën, concepten en praktisch uitgeteste informatie te verzamelen.

U kunt een evidence-based benadering toepassen door:

- gebruik te maken van de overdraagbare kwaliteiten van andere, succesvolle onderzoeken

en deze te implementeren in de specifieke context van een project;

- uw voordeel te doen met bestaande handelingen die hun nut al hebben bewezen;
- theoretische kaders en officiële documenten (al eerder geaccepteerd door financiers) te gebruiken om geloofwaardigheid op te bouwen, zoals de bekende concepten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO);
- de evaluatie van uw project te gebruiken om uw programma aan te passen, te ondersteunen en een stap verder te brengen.

‘Quality of Life in Old Age’ (LIMA)’ (AT-40)

Dit Oostenrijkse project is gebaseerd op een longitudinaal onderzoek van de Universiteit van Erlangen-Nürnberg in Duitsland, SIMA genaamd, dat van start ging in 1991. Het onderzoek laat zien dat een combinatie van geheugentraining en psychomotorische training het best mogelijke resultaat oplevert voor het onderhouden van de onafhankelijkheid van ouderen. Deze resultaten vormden de basis voor de zogeheten ‘SIMA-handboeken’. Het LIMA-project verplaatste deze uitkomsten van Duitsland naar Oostenrijk en gebruikte deze handboeken in de LIMA-cursussen. Op deze manier baseert LIMA haar lessen over autonomie op evidence-based materiaal.

6 Brede gezondheidsbenadering

Richtlijn 6: Ontwikkel veelzijdige interventies die zowel rekening houden met de lichamelijke, geestelijke en sociale behoeften van ouderen als met de onderlinge verwevenheid van deze behoeften.

Een brede benadering van gezondheidsbevordering houdt rekening met het scala aan dimensies waaruit de gezondheid van een individu bestaat.

De brede benadering streeft naar de onderkenning van deze diversiteit en de onderlinge afhankelijkheid van de verschillende elementen ervan. Behalve contextuele factoren, zoals de omgeving en de samenleving, bepalen lichamelijke, geestelijke, sociale, spirituele, seksuele en emotionele aspecten de gezondheid van het individu. Het succes van gezondheidsbevorderende interventies is mede afhankelijk van het vermogen te werken met deze brede benadering van gezondheid en welzijn. Een exclusieve gerichtheid op maar één aspect van gezondheid veronachtzaamt het belang van de verwevenheid met andere factoren. Zo kunnen bijvoorbeeld gymnastiekoefeningen die de kracht en het evenwichtsgevoel van ouderen verbeteren het risico op vallen verminderen, maar zijn het de sociale aspecten van deze interventie die bepalen of de deelnemers het volhouden om de gymnastieklussen te bezoeken.

Houd tijdens de ontwikkeling van veelzijdige interventies rekening met het complete sociale systeem van menselijke drijfveren. Bij een individu is er altijd een wisselwerking tussen gezondheid en ziekte. Factoren die hierbij een rol spelen zijn bijvoorbeeld iemands levensstijl (microniveau), sociale netwerken, gemeenschapsnetwerken en relaties (met familie, collega's, vrienden en kennissen), de aanwezige sociale en gezondheidsvoorzieningen (mesoniveau) en de algemene sociaal-economische, culturele en omgevingsomstandigheden (macro-niveau). Analyseer de wisselwerking tussen deze niveaus en hun effect op de gezondheid van groepen ouderen. Gebruik dit als startpunt voor de ontwikkeling van veelzijdige interventies.

'Preventive Activities and Health Promotion Programme' (ES-1)

Dit Spaanse project spreekt verschillende groepen mensen aan: kinderen, teenagers, volwassenen en ouderen. Om deze reden let het

programma zowel op specifieke kwesties die invloed hebben op elk van deze groepen als op de gemeenschappelijke factoren die bepalend zijn voor ziekte en welzijn. Er is voor alle groepen een pakket van activiteiten en aanbevelingen samengesteld, dat rekening houdt met lichamelijke én psychische ziekten, en met de specifieke realiteit en problemen van elke groep. Dit vormt de basis voor de preventieve en gezondheidsbevorderende activiteiten.

7 Gezondheidsstrategieën en -methode

Richtlijn 7: Gebruik strategieën en methoden om de aangekondigde uitkomsten van het gezondheidsbevorderende programma ook daadwerkelijk na te streven.

Een strategie is een actieplan voor de lange termijn dat is ontworpen om een bepaald doel te bereiken. Strategie is iets anders dan tactiek of onmiddellijke actie, omdat aan een strategie een uitgebreide planning voorafgaat, en deze vaak ook eerst praktisch wordt toegepast. Je gebruikt strategieën om een 'probleem' gemakkelijker op te lossen. Een methode is een manier om iets te doen volgens een systematische aanpak, wat een ordelijke, logische opeenvolging veronderstelt (meestal in stappen). Een zorgvuldige keuze van strategieën en methoden draagt bij tot het succes van het project en levert een goede leidraad voor de manier waarop je de interventie precies moet uitvoeren.

Aanbevelingen:

- Bouw gezondheidsbevorderende 'omgevingen', die individuele strategieën versterken om gezond te blijven en zelfredzaam te zijn, en erken de wisselwerking tussen deze twee aspecten.

- Werk met een duidelijke strategie, maar wees bereid om deze aan te passen als zich veranderingen voordoen in de omstandigheden, hulpbronnen of de context van het project.
- Betrek de kosteneffectiviteit bij de planning en het gebruik van verschillende strategieën.

‘Action Programmes for Older People’ (EL-8)
Dit Griekse project paste verschillende elementen toe van de strategie ‘handhaving van de functionele vaardigheden’: aerobics, ademhalingsoefeningen, rekoefeningen, oefeningen voor de gewrichten en spieren, evenwichtsoefeningen en verschillende spelletjes. Daarnaast hield het project zich bezig met het onderhoud van goede onderlinge relaties, de teamgeest en wederzijdse stimulans.

8 Omgeving en toegankelijkheid

Richtlijn 8: Plan een goede fysieke en geografische toegankelijkheid van de locatie.

Geschikte settings voor gezondheidsbevorderende programma’s zijn die plaatsen of sociale omgevingen waar mensen hun dagelijkse activiteiten afhandelen, en waar de omgeving en organisatorische en persoonlijke factoren in wisselwerking met elkaar invloed uitoefenen op gezondheid en welzijn. De setting van een gezondheidsbevorderend project is van cruciaal belang voor succes in het aantrekken van deelnemers en ook om hen doeltreffend blijvend te betrekken. Toegankelijkheid is een belangrijk criterium om de ongelijkheid in kansen om deel te nemen aan gezondheidsbevordering te verminderen. De locatie van een project kan helpen de eenzaamheid of het isolement van ouderen te doorbreken.

Aanbevelingen voor de toegankelijkheid zijn:

- Kies voor een locatie van uw project midden in de doelgemeenschap, zodat het een constante invloed kan hebben op het alledaagse leven van de mensen. Het is van belang dat de doelgroep de setting accepteert.
- Om de toegankelijkheid zeker te stellen moet het reizen voor ouderen zoveel mogelijk beperkt blijven. Als reizen toch nodig is, organiseer dan een netwerk van chauffeurs, bij-voorbeeld via welzijnsorganisaties of informele netwerken.

‘Effect of Dance Therapy on the Health Status and Quality of Life of Care Home Residents’ (CZ-3)

Het personeel van verpleeghuizen hielp ouderen om deel te nemen aan een project met dans-therapie en stond hen persoonlijk bij tijdens de lessen, vooral de ouderen die in een rolstoel zaten. Het personeel organiseerde ook het vervoer en de persoonlijke begeleiding.

9 Het betrekken van stakeholders

Richtlijn 9: Betrek alle belangrijke stakeholders bij de planning en uitvoering.

Stakeholders zijn alle personen of instanties die belang hebben bij een gezondheidsbevorderend programma. Dit kunnen deelnemers zijn, professionals werkzaam in de gezondheidszorg, vrijwilligers, geldschieters of andere partnerorganisaties. De effectiviteit van een project kun je maximaliseren door gebruik te maken van alle beschikbare energie, deskundigheid en meningen van de verschillende stakeholders. Deze betrokkenen stellen een reeks van verschillende hulpbronnen en inzichten ter beschikking waar het project van kan profiteren:

nuttige contacten binnen de lokale gemeenschap, financiële bronnen, kennis over nieuwe evidence-based praktijken, of de meningen en ervaringen van de deelnemers zelf.

Aanbevelingen:

- Betrek belangrijke stakeholders (publieke en private organisaties, de doelgroep, vrijwilligers, maar ook beleidsmakers) bij de planning, ontwikkeling en uitvoering van het gezondheidsbevorderende project voor ouderen. Dit om u te verzekeren van publieke erkenning en van de kansen om het project op de langere termijn voort te zetten.
- Neem in uw overwegingen mee dat betrokkenheid en draagvlak creëren een proces is dat u zorgvuldig moet plannen, uitvoeren en doorzetten.
- Kies voor een praktische benadering: maak het aantal stakeholders afhankelijk van de omvang van het gezondheidsbevorderende programma.
- Betrek de verschillende stakeholders door hen taken, verantwoordelijkheden en rollen te geven die duidelijk zijn afgebakend.

'Vitamin R. Ageing differently in Radenthein'
(AT-33)

In dit Oostenrijkse project kregen de stakeholders duidelijk omschreven rollen toebedeeld. Vijf deskundigen van buitenaf maakten deel uit van de adviesraad; ze kwamen regelmatig met het projectteam bij elkaar. Hun specifieke functie was om inhoudelijke zaken betreffende volksgezondheid, gezondheidsbevordering, ouder worden en gender in te brengen, en mee te denken over de financiering en het management van het project. Andere stakeholders waren ook als deskundigen betrokken bij de ouderenwerkgroepen. Hun rol was om de werkgroepen te ondersteunen totdat deze zelfstandig konden draaien.

10 *Interdisciplinariteit*

Richtlijn 10: Werk aan gezondheidsbevordering met een interdisciplinair team van professionals die verschillende expertises, ervaringen en manieren samenbrengen.

Een effectief gezondheidsbevorderend programma voor ouderen is net zo veelzijdig als de behoeften van deze doelgroep complex, onderling verweven en multi-dimensionaal zijn. Daarom vereist een programma een interdisciplinaire aanpak. Interdisciplinariteit betekent het benaderen van de gezondheidsbevordering onder ouderen vanuit diverse invalshoeken en methoden, om uiteindelijk de disciplines te overstijgen en vorm te geven aan een nieuwe methode. De gezondheidsbevordering moet verschillende methoden en concepten integreren tot een gezamenlijk doel of gedeeld onderwerp. Om deze reden is gepleit voor een teambenadering met verschillende disciplines: verplegers, maatschappelijk werkers, voedingsdeskundigen, psychologen, gerieters, sociologen, kunsttherapeuten en vrijwilligers.

Samenwerkende professionals kunnen hun ideeën met elkaar combineren om een vernieuwend, theoretisch onderbouwd en op maat gesneden project te ontwikkelen. Suggesties hiervoor zijn:

- Bepaal en bouw consensus rondom een gemeenschappelijk doel en probeer overeenstemming te bereiken over een gemeenschappelijk vocabulaire.
- Zet de verschillende vaardigheden, deskundigheden en competenties van de betrokken professionals effectief in.
- Onderhoud binnen het team een voortdurende interdisciplinaire communicatie en zorg ervoor dat de verschillende professionele achtergronden elkaar respecteren.

- Geef de verschillende professionals specifieke taken, verantwoordelijkheden en duidelijk omschreven rollen.
- Probeer u te verzekeren van de voortzetting van de opgezette structuren door een stuurgroep en/of een adviesraad te installeren, waarin verschillende beroepsgroepen zitting hebben.

‘Healthy and Active Ageing in Radevormwald’ (DE-29)

Dit Duitse project maakte gebruik van een interdisciplinaire projectgroep die bestond uit verschillende plaatselijke en regionale deelnemers en die ‘Johanniter’, de gemeente Radevormwald en de gezondheidsautoriteiten van de Oberbergischer Kreis in een werkverband bijeenbrachten. Verder telde de groep vertegenwoordigers van welzijnsorganisaties, zorgverzekeraars, sport- en culturele federaties en de volwasseneneducatie. De directeur van het ziekenhuis leidde het projectteam. Bovendien was er een interdisciplinair projectteam, bestaande uit maatschappelijk werkers, docenten in sport en sociale vakken, en verplegers met ervaring in verschillende werkomgevingen als het ziekenhuis, het hospitaal en het verpleeg-huis. Voor het begin van het project volgden de stafleden een aantal trainingscursussen.

11 *Vrijwilligerswerk*

Richtlijn 11: Betrek vrijwilligers bij de planning, de uitvoering en het management van gezondheidsbevorderende programma’s.

Een vrijwilliger wordt doorgaans beschouwd als iemand die zijn/haar tijd en steun aan een organisatie geeft zonder daar enige vorm van geldelijke beloning voor terug te verwachten. Vrijwilligers kunnen zelf ouderen zijn, of geïnteresseerd zijn in gezondheidsbevordering. Vrijwilligers kunnen verschillende rollen vervul-

len, variërend van incidenteel hulp bieden tot het leiden van een programma. Ze zijn vaak van onschatbare waarde bij het bereiken van geïsoleerde of kwetsbare groepen ouderen.

Suggesties voor het werken met vrijwilligers:

- Benader vrijwilligers met gevoel, kom tegemoet aan hun verwachtingen.
- Rekruteer, train en coach vrijwilligers, zodat ze gemotiveerd en toegewijd blijven.
- Integreer vrijwilligers volledig in het team en bevorder een partnerschap tussen professionals en vrijwilligers dat gebaseerd is op wederzijdse acceptatie en waardering.
- Voorkom problemen door duidelijk te maken welke rollen en taken de vrijwilligers en professionals hebben. Zorg dat mensen niet overbelast raken.
- Doe een beroep op de individuele competenties van vrijwilligers.
- Erken en waardeer het werk van vrijwilligers en geef ze materiële en sociale steun, zoals een onkostenvergoeding en ondersteuning.

‘Buddy Care for Homosexual Elderly People/ Pink Buddies’ (NL-14)

Dit Amsterdamse project draait op vrijwilligers. Drie betaalde krachten zorgen voor de coördinatie, maar een pool van meer dan 200 vrijwilligers en het vrijwilligersbeleid dragen het project. De vrijwilligers zijn merendeels homoseksuele mannen en vrouwen uit de gezondheidszorg en het welzijnswerk, vaak hooggeschoold en zeer gemotiveerd. Elke vrijwilliger verbindt zich voor 8 uur per week aan het project. Ongeveer 25 vrijwilligers bekleeden sleutel-functies als trainers, of als contact- en groepssupervisors. De trainingscursussen beslaan tenminste vier avonden. Het programma van deze cursussen is vooral toegespitst op het oefenen hoe de vrijwilligers binnen hun eigen grenzen blijven en duidelijk blijven over wat een cliënt van hen mag verwachten. Elke maand

hebben de buddies bovendien een groepsbijeenkomst, bedoeld om elkaar wederzijds te ondersteunen. De uitwisseling van ervaringen resulteert in de bevordering van deskundigheid.

12 Management en financiële kwesties

Richtlijn 12: Verzeker u van goed management om financieel effectief te kunnen werken en de kwaliteit en organisatiestructuur zeker te stellen.

Kwaliteitsprincipes van goed management verbeteren de klantvriendelijkheid, verminderen de kosten en verhogen de productiviteit. Om te zorgen voor de overdracht van evidence-based instructies en ervaringskennis tussen het management en de uitvoerders op de werkvloer, is het nodig dat er een doelmatige informatie- en communicatiestroom is tussen de verschillende niveaus waarop het project wordt uitgevoerd (zowel verticaal als horizontaal, en in beide richtingen).

Aanbevelingen:

- Ontwikkel en implementeer de managementstructuur vanaf het begin op een systematische manier. Wees bereid deze te wijzigen als zich tijdens de uitvoeringsfase veranderingen voordoen in de interne en externe omstandigheden (bezuinigingen, personeelsverloop).
- Houd controle over de ontwikkeling van de personele kosten, want dat is de hoogste kostenpost.
- Zorg voor kwaliteitstrainingen voor het personeel en de professionals die het gezondheidsbevorderende programma uit gaan voeren.
- Wees op de hoogte van verschillende financieringsbronnen (lokaal, nationaal en op EU-niveau).

'Delicious Life' (C)

Het eerste jaar beschikte dit project over een subsidietoelage waarmee behalve een coördinator ook de directe uitvoering van het project in partnerinstituten werd betaald. In de daar-opvolgende jaren moest het project echter bezuinigen en moest het andere geldbronnen aan-boren: lokale en regionale openbare fondsen, investeringen door deelnemers en sponsors. Veel activiteiten kwamen tot stand door informele collegiale relaties en door vrijwilligerswerk.

13 Evaluatie

Richtlijn 13: Gebruik en leer van doorlopende en omvattende gemengde-methodenevaluaties.

Een evaluatie is noodzakelijk om te bepalen wat de impact van het project is op de gezondheid van de doelgroep, en om vast te stellen of het project succes heeft en of de doelstellingen zijn bereikt. Het evalueren hoort een integraal onderdeel te zijn van de voortgaande planning, en moet de informatie leveren waarop de toekomstige ontwikkeling van het project voortbouwt.

Een cruciaal onderdeel bij het formuleren van beweegredenen voor een toekomstige financiering is het meten van de kosteneffectiviteit. De beoordeling van de kosten en baten van preventieve maatregelen kent een aantal problemen. Eén daarvan is het feit dat het effect van zulke maatregelen niet direct merkbaar is, maar zich pas in de toekomst zal manifesteren. Hoewel het soms moeilijk is concrete cijfers over kosteneffectiviteit te produceren, is een evaluatie ook belangrijk als basis voor een voortdurend leerproces binnen het project. Het vormt de sleutel tot een nauwkeuriger begrip van de behoeften van de doelgroepen. Maar het kan ook leiden tot de onderkenning dat er nieuwe

doelgroepen zijn of dat er grote diversiteit bestaat binnen bestaande doelgroepen. En het kan inzicht verschaffen in hoe je zo doeltreffend mogelijk aan de verschillende behoeften tegemoet kunt komen.

Een evaluatie zou in wat voor vorm dan ook deel moeten uitmaken van elk project. Een evaluatie dient experimenteel en creatief van aard te zijn, gebaseerd op een leerproces dat kan inspelen op de vaak gecompliceerde en dynamische aard van gezondheidsbevorderende projecten. Denk bij het evalueren aan de volgende aspecten:

- Faciliteer regelmatige reflectie onder het personeel van het project. Hun ervaringen en verworven kennis kunnen bruikbaar zijn om de uitvoering van het project in de toekomst te versterken en verbeteren.
- Een evaluatie met meerdere methoden is van groot belang. Evalueer uw project met gebruikmaking van zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden, waarbij u zoveel mogelijk gezichtspunten incorporeert: input van de deelnemers, van de betrokken professionals en vanuit organisatorisch gezichtspunt. Zie de volgende website voor uitgebreide informatie over onderzoeksmethoden: www.socialresearchmethods.net.
- Win advies in van professionals of onderzoekers die ervaring hebben met het uitvoeren van een evaluatie wanneer u uw eigen evaluatie gaat plannen.
- Maak een kosten- en batenanalyse wanneer dat maar mogelijk is en schakel de hulp in van accountants of gezondheidseconomen als die binnen uw organisatie aanwezig zijn.



Big!Move

'Big!Move'(NL-4)

In dit programma werden drie evaluatieonderzoeken uitgevoerd, elk met andere karakteristieken. In juni 2004 vond een evaluatie plaats van de effecten van het programma op een aantal niveaus: dat van de resultaten, de participatie van inwoners, de verandering van hun gedrag, nieuw ontwikkelde activiteiten, en de veranderingen in de vraag naar gezondheidszorg. Een evaluatieonderzoek in 2006 onderzocht de ervaringen van degenen die betrokken waren bij de voortgaande processen en programma's. Het derde onderzoek evalueerde de verspreiding van Big!Move op drie locaties onder leiding van een zorgverzekeraar.

14 Structurele onderbouwing

Richtlijn 14: Zorg dat het project tijdens de looptijd capaciteit opbouwt in financiën, participatie en menselijke hulpbronnen, zodat de activiteiten kunnen voortbestaan als het project is afgelopen.

Voortzetbare gezondheidsbevorderende programma's kunnen hun voordelen voor gemeenschappen en bevolkingsgroepen ook op peil houden na de eerste uitvoeringsfase. Voortzetbare acties blijven leverbaar binnen de beperkingen van geld, deskundigheid, infrastructuur, natuurlijke hulpbronnen en participatie door stakeholders. Voortzetbaarheid is van groot belang om interventies de moeite waard te maken en vormt een belangrijke indicator voor succes. Het profijt van gezondheidsbevorderende programma's is pas na verloop van tijd duidelijk. Dit geldt ook voor het krijgen van meer bekendheid, het bedienen van meer mensen, en het langduriger steun verlenen aan de doelgroep. Voortzetbaarheid van het project en het programma is noodzakelijk om een beter

ontwikkelde invloed op de gezondheid te kunnen hebben en in staat te zijn interventies te verbeteren door de verfijning van technieken door de opgedane ervaring.

Aanbevelingen:

- Kies zorgvuldig de organisatie die de interventie gaat faciliteren. Hoe meer high-profile en bekend, zoals de kerk of een ouderenorganisatie, hoe groter de kans op voortzetbaarheid.
- Zorg ervoor dat de personele middelen zijn geoptimaliseerd. Dit zijn bijvoorbeeld:
- de persoonlijke en professionele drive, het enthousiasme en de ervaring van de initiatiefnemers/projectleiders;
- het zekerstellen van de voortzetting van het project door het personeel te trainen;
- het gebruik van meeractorenbenaderingen, die een manier bieden om de belasting van slechts één organisatie of beroepsgroep te verminderen en de kans op voortzetbaarheid te verbeteren.
- Bouw capaciteit op door een goed management van de geplande informatieoverdracht; hieronder valt het gebruik van betrouwbare en wijdverbreide informatietechnologie waartoe alle stakeholders toegang hebben; goede communicatienetwerken tussen de betrokken instellingen; en het optimaliseren van bestaande informatiekanalen.
- Maak uw project bekend bij het publiek op regionaal, nationaal en internationaal niveau.

'Active Ageing! Investment in the Health of Older People' (AT-16)

Dit Oostenrijkse project was gericht op samenwerking met andere voorzieningen en op het verbeteren van de onderlinge samenwerkingsrelatie. Later bleek dat dit de voortzetbaarheid van het project ten goede kwam. De reden hiervoor was dat andere leveranciers van voorzie-

ningen hun voordeel deden met de resultaten, en de kwaliteit van hun voorziening verbeterden dankzij hun betrokkenheid en structurele inbedding in de plaatselijke processen. Ze trokken hun lessen uit het gezondheidsbevorderende project en integreerden die informatie in hun voorzieningen. Bovendien leerden de leden van het bestaande netwerk van gezondheids- en sociale voorzieningen elkaar beter kennen. Tot slot is er het langetermijneffect dat de doelgroep nog altijd betrokken is en voortdurend groeit: feiten die voor zich spreken.

15 Overdraagbaarheid

Richtlijn 15: Maak de overdraagbaarheid van het project goed duidelijk.

Overdraagbaarheid vereist documentatie, zodat het mogelijk is om de interventie in een andere context of setting te herhalen. Het gebruik van interventies (of delen ervan) die al eerder zijn gebruikt, vergroot de mogelijkheid om ze ook in de toekomst over te dragen. Cruciaal voor een overdracht is een duidelijke afbakening tussen de aspecten van het proces die specifiek verbonden zijn met de bestaande locatie, en de aspecten die breder en meer algemeen geldig zijn.

Denk voor de overdracht van een project aan:

- Het geven van gedetailleerde informatie over de structuur, het proces en de resultaten van het project; u kunt dit doen door middel van een evaluatie. Als dit niet mogelijk is, dient u zoveel mogelijk informatie over structuren, processen en resultaten vast te leggen in documentatie (bijvoorbeeld over de menselijke hulpbronnen, uitvoeringsplannen en kosten).

- Geef informatie over zowel de nadelige als de ondersteunende condities voor het project.

‘The Involvement and the Role of Older Volunteers in Promoting Healthy Diet for the Prevention of Cardiovascular Diseases’ (EL-2) Een informatiepakket was een van de producten die uit dit Griekse project voortkwamen. De medewerkers evalueerden het pakket, pasten het aan en publiceerden het in aparte boekjes. Deze boekjes vormden gezamenlijk een trainingspakket voor iedereen die geïnteresseerd was in de uitvoering van een soortgelijk project. Verder werd de in Engeland opgedane ervaring met het rekruteren en trainen van ouderen als medewerkers voor gezondheidsbevorderende programma’s aangepast voor gebruik in de Griekse situatie.

16 Publiciteit en verspreiding

Richtlijn 16: Geef publieke bekendheid aan de activiteiten en prestaties van het project.

De publicatie van de activiteiten en prestaties van het project kan nuttig zijn om ouderen aan te moedigen aan projecten over gezondheidsbevordering deel te nemen. Zeker door media en publiciteitskanalen te gebruiken waar ouderen regelmatig toegang toe hebben.

Verspreiden kan door:

- wetenschappelijke publicaties en presentaties. Presenteer het project op conferenties, in workshops en op internet. Druk gratis folders, kaartjes, dvd’s en cd’s en deel ze uit;
- de geplande kosten van verspreiding en publiciteit als aparte posten in het budget op te nemen;

- uw gezondheidsbevorderende programma samen uit te voeren met bekende (vooraanstaande) organisaties die ervaring hebben met ouderen en/of gezondheidsvraagstukken.
- Plan uw publiciteit op lokaal, regionaal en nationaal niveau. Elk van deze niveaus vraagt om een andere strategie en vereist dat u zich op een ander publiek richt.
- Schrijf u in voor prijzen en zoek hiervoor steun, want zo kunt u zich met uw project profileren en financiers aantrekken.

'Silver Song Clubs' (UK-1)

De Silver Song Clubs gebruiken de verspreiding van informatie over de effectiviteit en het nut van in sociaal verband muziek maken als onderdeel van een breder plan om voortzetting te garanderen. Het verzamelen, publiceren en verspreiden van bewijsmateriaal over de effecten van deelname aan muziekgroepen op de gezondheid is een middel om op de langere termijn de toegang tot geldstromen veilig te stellen. Dit gebeurt bijvoorbeeld door eigen evaluaties of door samen te werken met een plaatselijk onderzoekscentrum. Ook ondervinden de ontwikkeling van het netwerk en activiteiten van Silver Song Clubs hierdoor een stimulans.

LITERATUUR

- Berg Jeths, A. van den, Timmermans, J., Hoeymans, N. & Woittiez, I. (2004). *Ouderen nu en in de toekomst: gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. RIVM-rapport nr. 270502001*. Bilthoven/Den Haag: RIVM/SCP.
- Blokstra, A., Smit HA, Bueno de Mesquita, H.B., Seidell, J.C., Verschuren, W.M.M. (2005). *Monitoring van Risicofactoren en Gezondheid in Nederland (MORGEN-project) 1993-1997. Leefstijl- en risicofactoren: prevalenties en trends*. Bilthoven: RIVM.
- Boer, A.H. de (red.) (2006). *Rapportage ouderen*. Den Haag: Sociaal cultureel Planbureau.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. *Bevolking per regio naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat op 1 januari*. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?LA=nl&DM=SLNL&lp=Search/Search>. (geraadpleegd 14 maart 2005). Voorburg/Heerlen: CBS, 2005c.
- Emmelot-Vonk, M.H. (2005). Voorkomen dat ouderen vallen. Een sleutelrol voor klinieken. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 36, 161-167.
- Gezondheidsraad (2005). *Vergrijzen met ambitie*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gezondheidsraad (2008). *Ouderdome komt met gebreken*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Interdepartementaal Beleidsonderzoek (2006-2007). *Gezond gedrag bevordert*. Eindrapportage van de werkgroep IBO preventie.
- Lis, K., Reichert, M., Cosack, A., Billings & Brown, P. (Eds.) (2008). *Evidence-Based Guidelines on Health Promotion for Older People*. Vienna: Austrian Red Cross.
- Oeppen, J. & Vaupel, J.W. (2002). Broken limits to life expectancy. *Science*, 2002; 296: 1029-30.
- Stevens, N. (2006). Eenzaamheidsinterventies bij ouderen: ordening en effectiviteit. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 37, 44-50.
- Visser, M., Pluijm, S.M.F., Van der Horst, M.H.L., Poppelaars, J.L. & Deeg, D.J.H. (2005). Leefstijl van 55-64-jarige Nederlanders in 2002/'03 minder gezond dan in 1992/'93. *Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde*, 52: 2973-2978.
- Vliet, K. van & Nederland, T. (2007). *Overview on health promotion for older people in the Netherlands*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Vliet, K. van & Nederland, T. (2008). *National Evaluation Report - The Netherlands A Case-Study Evaluation of Health Promotion for Older People*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). *Kiezen voor gezond leven*.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). *Innovatie in preventie en zorg, brief aan de Tweede Kamer*.

Colofon

Financier	Europese Commissie (first Public Health Programme) en Ministerie van VWS
Auteurs	Drs. T. Nederland, Dr. K.P. van Vliet
Omslag	Grafitall
Foto omslag	Big!Move/ Pfizer/ Bart Versteeg
Foto's binnenwerk	Big!Move/ Pfizer/ Bart Versteeg
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht tel. 030-2300799 telefax 030-2300683 e-mail secr@verwey-jonker.nl website www.verwey-jonker.nl

De publicatie

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website:
<http://www.verwey-jonker.nl>. Behalve via deze site kunt u producten bestellen door te mailen naar verwey-jonker@adrepak.nl of faxen naar 070-359 07 01, onder vermelding van de titel van de publicatie, uw naam, factuuradres en afleveradres

ISBN 978-90-5830-312-7

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2009

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction is allowed, on condition that the source is mentioned.



This project has been funded with support from the European Commission. This report reflects the author's views only, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.