

Zorgeloos in Beweging



GGDNML

SCRIPTIE



Implementatie 'Zorgeloos in Beweging'

Student	Monique Ebus
Studentnummer	441191
Opleiding	Sport Gezondheid & Management
Afstudeerbegeleider	Pepijn van Hove Hogeschool van Arnhem & Nijmegen
Opdrachtgever	GGD Noord- en Midden Limburg
Praktijkbegeleider	Angélique van de Kar Beleidsmedewerker gezondheidsbevordering
Plaats	Blerick
Datum	10 januari 2011

Samenvatting

Deze scriptie is opgezet aan de hand van een onderzoeksvraag die de GGD graag beantwoordt wilde hebben. Vanuit de GGD wil men namelijk bekijken of de implementatie van gezondheidsbevorderende programma's effectiever en efficiënter aangepakt zou kunnen worden. Het gezondheidsbevorderende programma dat in deze scriptie centraal staat is 'Zorgeloos in Beweging' en richt zich op de preventie van depressie.

Het doel van het onderzoek is om aanbevelingen te geven voor de implementatie van een gezondheidsbevorderend programma door zowel de theorie over implementatie als de praktijk bij de GGD te bestuderen.

Voor het verkrijgen van theorie is voornamelijk gebruik gemaakt van factoren en richtlijnen die van belang zijn bij de implementatie van een gezondheidsbevorderend programma. Deze factoren en richtlijnen zijn afkomstig van ZonMW en het NIGZ en kunnen worden onderverdeeld in vier categorieën; de aanbieder, de actoren, het product en de omgeving.

Aan de hand van de informatie uit de literatuur en de vraagstellingen die opgesteld waren voor het onderzoek is vervolgens gekozen voor de methode van het onderzoek. Al snel bleek dat er veel verschillende onderzoeksgroepen onderzocht zouden worden met daarbij verschillende factoren die uit de literatuur naar voren zijn gekomen. Er is dan ook gekozen voor 4 verschillende methoden; observaties, interviews, een inhoudsanalyse en vragenlijsten.

Tijdens het onderzoek zijn een aantal belangrijke aspecten naar voren gekomen. Zo bleek dat er tegelijkertijd aan verschillende projecten wordt gewerkt op de afdeling publieke gezondheid / gezondheidsbevordering. Daar komt ook nog bij dat het lastig bleek om samenwerkingspartners te vinden voor het programma 'Zorgeloos in Beweging'. Er werd vaak aangegeven dat er geen tijd was om taken uit te voeren voor dit programma. De huisartsen (professionals in de gemeente Venlo) gaven aan geen tijd te hebben om te werven. Daarnaast bleek er een hele tijd overheen te gaan voordat er concrete afspraken gemaakt konden worden voor de instructiebijeenkomst die betrekking had op de werving.

In de gemeente Roerdalen heeft uiteindelijk de werving plaats gevonden maar moest de cursus afgelast worden in verband met te weinig deelnemers. Hier werd aangegeven dat de betrokkenheid van de partners vanuit de GGD beter kon en dat het beter zou zijn om de instructie voor de professionals en vrijwilligers gescheiden van elkaar te houden. De communicatie met de GGD verliep echter goed en hier was dan ook niets op aan te merken.

Een belangrijke bevinding was ook dat er geen samenwerkingscontracten zijn afgesloten met partners en dat er geen analyse is uitgevoerd van bevorderende en belemmerende factoren. Verder bleek ook het draagvlak voor medewerking aan het programma 'Zorgeloos in Beweging' nog erg laag te zijn. Er

werd van partners verwacht dat zij de werving zouden verrichten maar hen werd hier verder niks voor geboden. Dit betekende dat ze de taken voor de werving in hun eigen tijd moesten verrichten.

Aan de hand van de belangrijkste bevindingen zijn de aanbevelingen opgesteld. Er zijn aanbevelingen opgesteld voor het creëren van draagvlak, voor de werving, voor de planning en voor een analyse van factoren.

De belangrijkste aspecten voor de aanbevelingen bij het creëren van draagvlak zijn:

- Stel samenwerkingscontracten op;
- Organiseer netwerkbijeenkomsten met gemeenteambtenaren en ouderenzorgaanbieders;
- Maak een bestand per gemeente met daarin alle informatie en afspraken met betrekking tot 'Zorgeloos in Beweging';
- Geef de contactpersonen inspraak met betrekking tot het proces van werving.

De belangrijkste aspecten voor de aanbevelingen van de werving zijn:

- Zorg dat de professionals en vrijwilligers waardering krijgen voor het werk dat ze voor het programma uitvoeren;
- Deel folders uit tijdens dagactiviteiten;
- Ben aanwezig bij maaltijdvoorzieningen;
- Maak een scheiding tussen de professionals en vrijwilligers bij de instructiebijeenkomsten;
- Sluit aan bij teamoverleggen van de professionals.

De belangrijkste aspecten voor de aanbevelingen op de planning zijn:

- Stel concrete activiteiten op;
- Maak een planning met alle betrokkenen;
- Maak tussenstappen in de planning;
- Voeg de planning toe in ieders agenda of in de takenlijst van Outlook.

De belangrijkste aspecten voor de aanbevelingen van een analyse voor bevorderende en belemmerende factoren zijn:

- Analyseer het aanbod per gemeente met betrekking tot het centrale thema;
- Werk samen met anderen die al actief zijn in de gemeente;
- Breng de behoefte van de doelgroep in kaart. Maak hierbij gebruik van de professionals en vrijwilligers.

Summary

This essay is established according to a research question from the GGD. The organisation wanted to know if the implementation of health promotion programs could be more effective and efficient. The health promotion program where this essay is about is called 'Zorgeloos in Beweging'.

The purpose of this study is to give recommendations for implementing a health promotion program by studying literature for implementation and also studying activities the GGD does for the implementation.

By obtaining literature there's principally been chosen for factors and guidelines that are important for the implementation of a health promotion program. These factors and guidelines come from 'ZonMw' and the 'NIGZ'. All these factors and guidelines can be divided into four categories; the introducer, the actors, the product and the environment.

On the basis of the literature and the questions there's chosen for some method of research. It soon became clear that many different research groups would be studied along with the various factors that came out of the literature. That's why the choice was made for the next four methods; observations, interviews, a content analysis and questionnaires.

Some important aspects came out of the research. The consultant's health promotion are working on different projects at the same time. Moreover, it seemed difficult to find partners to work with for 'Zorgeloos in Beweging'. Partners said they didn't have any time to do something for this health promotion program because of the time it takes. It also showed that there was a long time over before some appointments could be made for the training meeting and after that the recruitment.

The recruitment found place in the community Roerdalen but because of insufficient registrations the program needed to be cancelled. The contacts in this community said that the involvement of them could be better. Also the training meeting for the professionals and volunteers should be separate. In spite of this the communication with the GGD was good.

An important finding was that there were no contracts with partners. An analysis by finding barriers and facilitators wasn't made either. Furthermore, it also seemed that the support for this program was very low. The GGD expected from partners that they would carry out the recruitment for the program, but they were nothing else to offer. This means that they were doing the recruitment in their own time.

Recommendations were made based on the key findings. There are recommendations for the creation of support, for the recruitment, for the planning and for an analysis of factors.

The most important aspects for the recommendations by creating support are:

- Make cooperation contracts;

- Organise network meetings with municipal officials and aged care providers;
- Create one file per community with all the information and appointments about 'Zorgeloos in Beweging';
- Give the contacts their voice regarding the process of recruitment.

The most important aspects for the recommendations for the recruitment are:

- Make sure the professionals and volunteers get appreciation for doing the recruitment;
- Give out some leaflets during daytime activities;
- Be there at meal services;
- Separate the professionals and the volunteers at their training meeting;
- Join team meetings of the professionals for their training meeting.

The most important aspects for the recommendations about the planning are:

- Make concrete actions;
- Make a plan with all the stakeholders;
- Make intermediate steps in the planning;
- Add the planning in everyone's calendar or task list in Outlook.

The most important aspects for the recommendations for an analysis of factors are:

- Analyse the offer per town;
- Work together with others who are already active in local;
- Map the needs of the target. Use the professional's en volunteers by doing this.

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven aan de hand van een onderzoek dat uitgevoerd is binnen de GGD Limburg-Noord. Vanuit de opleiding Sport, Gezondheid & Management (SGM) ben ik hier op 30 augustus 2010 gestart met mijn afstudeerstage. Deze stage viel binnen het uitstroomprofiel Health Promotion, dat naar nu blijkt een profiel is dat perfect past binnen een organisatie als de GGD Limburg-Noord. Tijdens deze stage heb ik veel geleerd door op een afdeling werkzaam te zijn waar we soms wel met 6 medewerkers gelijktijdig aan het werk waren.

Door middel van dit voorwoord wil ik dan ook een aantal mensen bedanken die mij tijdens deze periode van de afstudeerstage geholpen hebben met het schrijven van mijn scriptie, maar ook om mij kennis te laten maken met het werkveld van een SGM'er. Allereerst wil ik beginnen bij Angélique van de Kar. Zij heeft mij de kans geboden om binnen deze organisatie mijn afstudeerstage te lopen. Daarnaast heeft ze mij tijdens deze periode begeleid, zowel op het gebied van mijn scriptie als ook op de werkplek. Dan nog een aantal collega's die op de afdeling werkzaam zijn waar ik tijdens mijn stageperiode mijn werkplek heb gehad. Dit zijn Juliëtte Kruijen, Linda van Erp, Vivienne Keuren, Linsy Theunissen en Thülay Arslan. Tijdens mijn stage hebben zij ervoor gezorgd dat ik veel dingen mee heb gekregen van de werkzaamheden zoals die binnen de GGD dagelijks verricht worden. Er zijn ook een aantal mensen die ik wil bedanken voor hun hulp bij mijn onderzoek. Dit zijn de contactpersonen uit de gemeente Roerdalen. Zij hebben ervoor gezorgd dat ik informatie kon verkrijgen over het proces dat in deze gemeente werd doorlopen voor de cursus.

Daarnaast wil ik ook nog Pepijn van Hove en Marc Boschker bedanken. Pepijn heeft mij vanuit de Hogeschool van Arnhem & Nijmegen begeleidt en mij met raad bijgestaan tijdens deze stage. Verder heeft Marc Boschker voor aanvullende informatie gezorgd met betrekking tot het schrijven van deze scriptie.

Dan rest mij nog om jullie veel plezier te wensen bij het lezen van deze scriptie.

Monique Ebus

Blerick, December 2010

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Summary	7
Voorwoord	9
Inhoudsopgave	10
1. Inleiding	12
1.1 Aanleiding van het onderzoek	12
1.2 Projectkader	13
1.3 Probleemstelling	14
1.4 Doelstelling	14
1.5 Vraagstellingen & Deelvragen	14
1.6 Onderzoeksmodel	15
1.7 Begripsbepaling	16
1.8 Leeswijzer	16
2. Theoretisch kader	17
2.1 Wat wordt verstaan onder implementatie?	17
2.2 Welke richtlijnen zijn er voor implementatie?	17
2.2.1 ZonMw en implementatie	17
2.2.2 NIGZ en implementatie	19
2.4 Beïnvloedende factoren voor implementatie	21
2.5 Wat komt aan bod in een implementatieplan?	23
2.6 Samenvatting	24
3. Methode	25
3.1 Type onderzoek	25
3.2 Kwalitatief onderzoek	25
3.2.1 Observatie	25
3.2.2 Interviews	27
3.2.3 Inhoudsanalyse	29
3.2.4 Onderzoek naar informatie deelnemers	30
3.3 Kwantitatief onderzoek	31
3.3.1 Vragenlijsten	31
4. Resultaten	33
4.1 Kwalitatief onderzoek	33
4.1.1 Observatie	33
4.1.2 Interviews	36
4.1.3 Inhoudsanalyse	39

4.1.4 Informatie deelnemers Roerdalen.....	40
4.2 Kwantitatief onderzoek.....	42
4.2.1 Vragenlijsten.....	42
5. Conclusie	43
6. Discussie.....	45
6.1 Relatie conclusie en theoretisch kader.....	45
6.2 Praktische relevantie.....	47
6.3 Begrenzing van het onderzoek.....	48
6.4 Suggestie voor vervolgonderzoek	49
7. Aanbevelingen.....	50
7.1 Draagvlak creëren.....	50
7.2 Werving	51
7.3 Planning/draaiboek	51
7.4 Analyse bevorderende en belemmerende factoren.....	52
Literatuurlijst.....	53
Bijlage I Verantwoording & Relevantie SGM.....	55
Bijlage II ‘Zorgeloos in Beweging’	56
Bijlage III: Checklist VIP ZonMw.....	60
Bijlage IV: Criteria uit de implementatiemonitor	63
Bijlage V: Checklist implementatieplan NIGZ.....	65
Bijlage VI: Folder ‘Zorgeloos in Beweging’.....	66
Bijlage VII: Informatie voor de kabelkrant	68
Bijlage VIII: Flyer	69
Bijlage IX: Interview vragen contactpersonen	70
Bijlage X: Interview medewerkers GGD.....	71
Bijlage XI: Vragenlijst professionals.....	72
Bijlage XII: Vragenlijst vrijwilligers.....	75
Bijlage XIII: Vragenlijsten deelnemers ‘Zorgeloos in Beweging’.....	78
Bijlage XIV: Resultaten vragenlijst professionals	82
Bijlage XV: Screeningslijst.....	89
Bijlage XVI: Evaluatieformulier ‘Zorgeloos in Beweging’	90
Bijlage XVII: Checklist marketing ‘Folder’	92
Bijlage XVIII: Checklist marketing flyer	94
Bijlage XIX: Checklist marketing lokale media	95

1. Inleiding

In deze inleiding zullen de aspecten naar voren komen die centraal staan in dit onderzoek. Allereerst komt de aanleiding van het onderzoek aan bod. Vanuit deze aanleiding zal het projectkader omschreven worden. Dit projectkader beschrijft waarom dit onderzoek uitgevoerd zal worden. De probleemstelling beschrijft vervolgens het probleem dat centraal staat. Aan de hand van deze probleemstelling wordt de doelstelling uitgewerkt die de basis vormt voor het onderzoeksmodel. In dit onderzoeksmodel kan afgelezen worden welke theorie in het onderzoek centraal staat, welk onderzoek in de praktijk wordt gedaan en welke resultaten de uitkomsten van het onderzoek vormen. Vervolgens zijn in paragraaf 1.6 vraagstellingen en deelvragen opgesteld aan de hand van het onderzoeksmodel, paragraaf 1.7 beschrijft de begripsbepalingen en paragraaf 1.8 sluit dit hoofdstuk af met een leeswijzer.

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Depressie is op dit moment een van de belangrijkste bedreigingen voor de volksgezondheid (Blekman et al, 2007). Daarom heeft de overheid in haar nota Kiezen voor gezond leven (2006) depressiepreventie als een van de vijf speerpunten benoemd. Deze speerpunten zijn niet alleen gekozen vanwege de omvang van het probleem dat depressie bij individuen met zich meebrengt, maar óók omdat er geschikte (preventieve) interventies beschikbaar zijn die deze gezondheidsproblemen kunnen voorkomen of verkleinen. Tal van landelijke en lokale organisaties spelen in op het speerpunt depressiepreventie, maar ook de andere speerpunten die benoemd worden in de nota Kiezen voor gezond leven, door het ontwikkelen van interventies en het aanbieden van deze interventies.

De overheid heeft recent vastgelegd dat gemeenten zorg moet dragen voor de uitvoering van preventieve zorg voor ouderen. Gesteld wordt dat een goed functionerende ouderengezondheidszorg – gericht op preventie in al haar facetten – kan bijdragen aan het langer maatschappelijk actief blijven van ouderen, het behoud van zelfredzaamheid en een goede gezondheid. Het toenemende aantal ouderen en de hoge ziektelast die daarmee gepaard gaat, maakt dat dit steeds belangrijker wordt. Gewezen wordt op de negatieve trend in leefstijl zoals te weinig bewegen en ongezonde voeding die sterk bijdraagt aan het grote aantal ouderen met chronische aandoeningen (van der Lucht & Polder, 2010).

Aan de hand van het landelijk vastgelegd gezondheidsbeleid is de GGD NML voor de gemeenten aan de slag gegaan om een preventiebeleid op te zetten met een aanbod gericht op het bevorderen van gezond gedrag bij onder andere ouderen. Op deze manier wordt het gezondheidsprobleem dat samenhangt met de speerpunten, het preventiedoel en de activiteiten die hiervoor ingezet worden, om het lokale gezondheidsbeleid van gemeenten te ondersteunen, beschreven.

De doelstelling van het GGD-aanbod sluit eveneens aan bij de ontwikkelingen binnen de thuiszorgsector en de GGZ om patiënten/cliënten een geschikt preventief aanbod aan te kunnen

bieden. Het aanbod van de GGD speelt in op de fase van advies naar bewuste keuze voor gezond gedrag. Ook aan de specifieke behoeften (van gemeenten en zorginstellingen) zoals het extra aandacht willen schenken aan de gezondheidsproblemen die veel voorkomen bij allochtonen of mensen met een lage Sociaal Economische Status (SES) die in achterstandswijken van de gemeenten wonen, kan aandacht besteed worden.

Door de krachten en kennis te bundelen van de GGD, gemeenten, thuiszorg en GGZ kan een integrale leefstijlinterventie aangeboden worden. Resultaat hiervan moet zijn dat patiënten niet alleen behandeld worden voor hun gezondheidsprobleem maar ook gemotiveerd worden om hun gedrag te veranderen.

1.2 Projectkader

Binnen de afdeling publieke gezondheid/gezondheidsbevordering worden gezondheidsbevorderende programma's opgezet voor autochtone en allochtone ouderen. Dit wordt telkens gedaan op een soortgelijke manier. Zo ook nu bij de opzet van het programma voor depressiepreventie dat op de planning staat voor het najaar van 2010. Het programma heet 'Zorgeloos in Beweging' en is onderdeel van de programmalijs 'Gezond Verder' van de GGD Limburg-Noord.

Dit programma van de GGD bestaat uit 3 bijeenkomsten die als opstap gelden voor het programma Liever Bewegen dan Moe van 8 bijeenkomsten dat door de GGZ wordt gegeven. De 3 bijeenkomsten van de GGD bestaan uit het afnemen van gezondheidstesten in de eerste bijeenkomst, nadenken over de psychische gezondheid en deze proberen te verbeteren in de tweede bijeenkomst, gevolgd door een beweegles in de derde bijeenkomst die gegeven wordt door een MBVO docent. De werving voor dit programma zal verricht worden door professionals en vrijwilligers die 'achter de voordeur' komen bij de doelgroep¹.

Bij het opzetten en uitzetten van de gezondheidsbevorderende programma's maken de consultants gebruik van ervaring en kennis die is opgedaan tijdens de opleiding, symposia en tijdens het opzetten en uitzetten van al reeds gedraaide programma's. Door gebruik te maken van deze ervaring wordt de theorie die beschreven is over de implementatie van gezondheidsbevorderende programma's er vaak niet meer bij gehaald.

Naar aanleiding hiervan zal tijdens het onderzoek geobserveerd worden hoe het programma 'Zorgeloos in Beweging' geïmplementeerd wordt in de praktijk. Deze implementatie, zoals uitgevoerd in de praktijk, zal vergeleken worden met verschillende implementatiemethoden zoals voorgeschreven in de literatuur. Aan het einde van het onderzoek kan, door deze vergelijking te trekken, bekeken worden of er punten zijn die verbeterd kunnen worden om de invoer van interventies efficiënter en effectiever te laten verlopen.

¹ Meer informatie over het programma 'Zorgeloos in Beweging' is te vinden in bijlage II.

1.3 Probleemstelling

De GGD biedt het gezondheidsbevorderende programma 'Zorgeloos in Beweging' aan waarmee de preventie van depressie nagestreefd wordt. Het implementeren van gezondheidsbevorderende programma's wordt binnen de GGD gedaan aan de hand van opgedane kennis met het implementeren van voorgaande programma's. De GGD wil bij haar (nieuwe) programma's weer terug naar de theoretische basis om te checken of ze nog goed bezig zijn of juist afgedwaald zijn door teveel op ervaring te varen en maatwerk te leveren. Echter, de capaciteit is er niet om dit op korte termijn te doen vanwege de vele andere werkzaamheden die verricht dienen te worden.

1.4 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is om aanbevelingen te geven voor de implementatie van een gezondheidsbevorderend programma door zowel de theorie over implementatie als de praktijk bij de GGD te bestuderen.

1.5 Vraagstellingen & Deelvragen

Theoretische vraagstelling

Welke aspecten, die van belang zijn voor de implementatie van een gezondheidsbevorderend programma, komen in de theorie naar voren?

Deelvragen

1. Wat wordt verstaan onder implementatie?
2. Welke richtlijnen zijn er voor implementatie?
3. Wat zijn beïnvloedende factoren voor implementatie?
4. Wat komt aan bod in een implementatieplan?

Empirische vraagstelling

Welke activiteiten verricht de GGD voor de implementatie van het gezondheidsbevorderende programma 'Zorgeloos in Beweging'?

Deelvragen

1. Wat verliep goed met betrekking tot de implementatie van het gezondheidsbevorderende programma 'Zorgeloos in Beweging'?
2. Wat verliep minder goed met betrekking tot de implementatie van het gezondheidsbevorderende programma 'Zorgeloos in Beweging'?

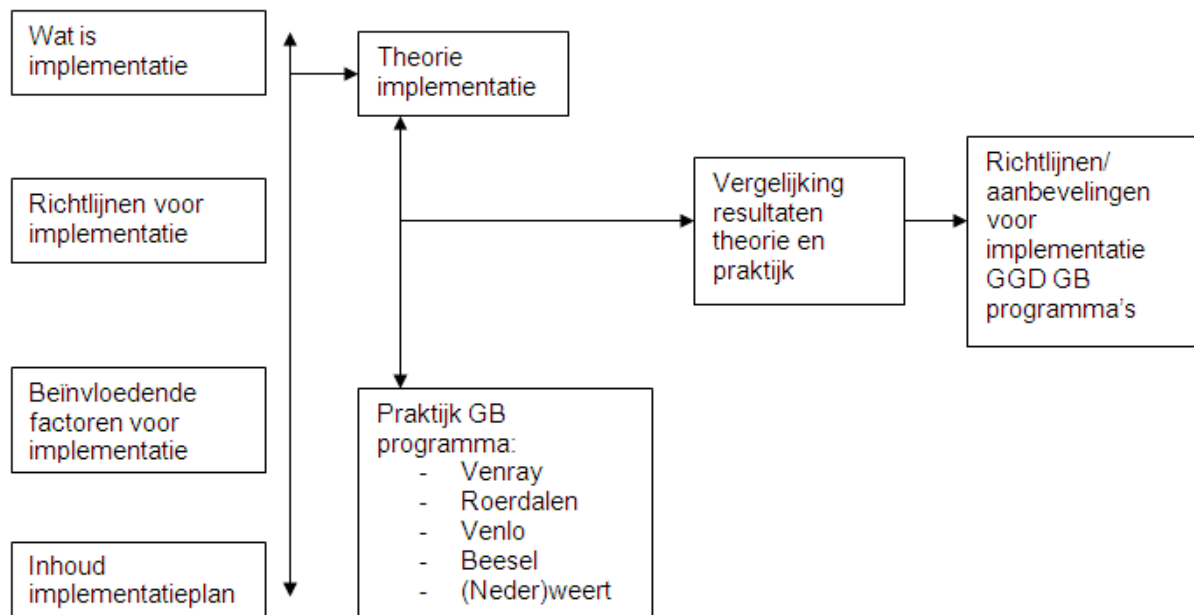
Analytische vraagstelling

Wat komt overeen tussen de theorie en de praktijk en wat ontbreekt in de praktijk ten opzichte van de theorie?

Deelvragen

1. Welke aspecten voor implementatie, die voortkomen uit de theorie, past de GGD al toe bij de implementatie van 'Zorgeloos in Beweging'?
2. Welke aspecten voor implementatie, die voortkomen uit de theorie, past de GGD nog niet toe bij de implementatie van 'Zorgeloos in Beweging'?

1.6 Onderzoeksmodel



Figuur 1. Onderzoeksmodel

Met de linkerkolom van het onderzoeksmodel wordt aangegeven welke literatuur terug te vinden zal zijn in het theoretische kader. Aan de hand van literatuur over implementatie, richtlijnen en factoren die van invloed zijn op implementatie en de inhoud van een implementatieplan ontstaat een lijst met belangrijke aspecten voor implementatie die nodig zijn voor het efficiënt en effectief implementeren van interventies. Vervolgens wordt in de praktijk geobserveerd hoe de GGD aan de slag gaat met de implementatie van een nieuw gezondheidsbevorderend programma in de verschillende gemeenten.

Aspecten die in de praktijk naar voren komen zijn:

- Interne (binnen de afdeling publieke gezondheid) en externe (met partners) overleggen
- Marketing voor het nieuwe gezondheidsbevorderende programma
- De opzet van het programma
- Het bereiken van de (potentiële) deelnemers

Hieruit volgen resultaten die vergeleken zullen worden met de richtlijnen uit de literatuur. Door deze vergelijking te maken en te analyseren welke stappen ontbreken of juist wel worden toegepast kunnen richtlijnen en aanbevelingen opgesteld worden voor de implementatie van nieuwe gezondheidsbevorderende programma's binnen de GGD.

1.7 Begripsbepaling

GB

Gezondheidsbevordering

GB Consulente

Consulente gezondheidsbevordering

GGD

Gemeentelijke Gezondheidsdienst

GGD NML

Gemeentelijke Gezondheidsdienst Noord- en Midden Limburg

GGZ

Geestelijke Gezondheidszorg

MVBO docent

Meer Bewegen voor Ouderen docent

Ouderen

Zelfstandig wonende autochtone en allochtone 55 plussers.

1.8 Leeswijzer

Vanaf pagina 15 zal het theoretisch kader aan bod komen. Dit theoretisch kader vormt hoofdstuk 2 en beschrijft literatuur die betrekking heeft op implementatie; implementatie en zijn betekenis, richtlijnen en beïnvloedende factoren voor implementatie en de inhoud van een implementatieplan. Hoofdstuk 3 gaat vervolgens in op de methode van het onderzoek. Hoe is het onderzoek uitgevoerd, welke methoden zijn gebruikt, wie vormde de onderzoekseenheden, hoe is ervoor gezorgd dat het betrouwbaar en valide is en hoe is de data geanalyseerd. Allemaal vragen die beantwoord zullen worden om een duidelijke methode van het onderzoek te beschrijven. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek besproken. De resultaten die naar voren kwamen uit de observaties op de werkplek, tijdens de overleggen en tijdens de instructiebijeenkomsten. Resultaten uit de vragenlijsten en de interviews met de professionals, vrijwilligers, contactpersonen en medewerkers bij de GGD. Daarnaast komt ook nog informatie over de deelnemers van de cursus aan bod. Naar aanleiding van de resultaten die uit het onderzoek naar voren komen zal in hoofdstuk 5 een conclusie getrokken worden. Hoofdstuk 6 geeft vervolgens de discussie weer waarin een terugkoppeling naar de doelstelling aan bod komt, waar de praktische relevantie besproken wordt, waar de theorie en de praktijk met elkaar vergeleken worden en waar een suggestie voor vervolgonderzoek aan bod komt. In hoofdstuk 7 worden aanbevelingen gedaan voor het opzetten en uitvoeren van gezondheidsbevorderende programma's.

2. Theoretisch kader

Nieuwe interventies, hoe effectief ook, vinden niet vanzelf hun weg naar de beoogde gebruiker. Tussen het proces van het ontwerpen van een interventie tot het daadwerkelijk uitvoeren van een interventie liggen een aantal essentiële stappen. Deze stappen kunnen voor elke interventie verschillen. In dit hoofdstuk zullen de aspecten aan bod komen die te maken hebben met het implementeren van een succesvol gezondheidsbevorderend programma. De vraag die centraal zal staan is: Welke aspecten, die van belang zijn voor de implementatie van een gezondheidsbevorderend programma, komen in de theorie naar voren?

Om deze centrale vraag te kunnen beantwoorden is deze opgedeeld in verschillende deelvragen.

1. Wat wordt verstaan onder implementatie?
2. Welke richtlijnen zijn er voor implementatie?
3. Wat zijn beïnvloedende factoren voor implementatie?
4. Wat komt aan bod in een implementatieplan?

Al deze vragen zullen in de verschillende paragrafen in dit hoofdstuk aan bod komen. Paragraaf 2.6 sluit dit hoofdstuk af met een samenvatting.

2.1 Wat wordt verstaan onder implementatie?

Om te beginnen met het beantwoorden van de eerste deelvraag 'Wat wordt verstaan onder implementatie?' is gezocht naar betrouwbare literatuur, zoals de betekenis die ZonMw en Grol geven aan implementatie. De betekenissen die hieruit naar voren kwamen zijn de volgende:

Implementatie is de planmatige invoering van de vernieuwing, dus het veranderingsproces dat door individuen of organisaties wordt aangestuurd. (Grol et al, 2000).

Implementatie is een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg. (Zorg Onderzoek Nederland, 1997)

2.2 Welke richtlijnen zijn er voor implementatie?

In Nederland zijn door verschillende organisaties richtlijnen opgesteld voor implementatie. De belangrijkste organisaties, die ook betrekking hebben op de GGD, zijn ZonMw en het NIGZ. Deze twee organisaties en hun richtlijnen zullen dan ook nader beschreven worden in dit theoretisch kader. Paragraaf 2.2.1 gaat in op de organisatie ZonMw en hun richtlijnen voor implementatie en paragraaf 2.2.2 geeft een beschrijving van de richtlijnen voor implementatie van het NIGZ.

2.2.1 ZonMw en implementatie

ZonMw is in Nederland een vooraanstaande organisatie wanneer het gaat om het verkrijgen van subsidies voor gezondheidsprogramma's, maar het is ook een organisatie die zich de afgelopen jaren

druk bezig heeft gehouden met de rol van implementatie. ZonMw is daarnaast ook de organisatie die de subsidie voor het project depressiepreventie voor de GGD heeft gehonoreerd.

ZonMw heeft kennistransfer en implementatie hoog in het vaandel staan en betreft projectleiders actief bij die missie. Zo blijkt uit het boek 'Dat verandert de zaak! Geleerde implementatielessen van ZonMw'. In dit boek worden de ervaringen beschreven die ZonMw de afgelopen 10 jaar heeft opgedaan met betrekking tot implementatie van projecten. Tevens komen in dit boek een aantal belangrijke aspecten naar voren die de afgelopen 10 jaar tot stand zijn gekomen. Zo is er een checklist ontwikkeld voor een verspreidings- en implementatieplan en blijkt uit het boek dat er 49 factoren zijn gevonden die van invloed zijn op implementatie. Deze factoren worden niet expliciet in het boek benoemd. Verderop in dit hoofdstuk zijn echter factoren terug te vinden die voortgekomen zijn uit verschillende literatuurstudies. Tevens is door ZonMw een implementatiemonitor opgesteld omdat er behoefte ontstond aan een document waarmee men grip kon krijgen op de implementatie van projecten.

De checklist² die is ontwikkeld voor het verspreidings- en implementatieplan bevat 6 onderwerpen die van belang zijn voor de implementatie van een project: analyse van de situatie (1), resultaten en producten (2), gebruikers/doelgroepen (3), implementatie- en verspreidingsdoelen (4), activiteiten en strategieën (5) en planning en kosten (6). Binnen al deze onderwerpen staan een aantal vragen centraal. Aan de hand van deze vragen kan worden gecontroleerd of tijdens de opzet van een project daadwerkelijk rekening is gehouden met deze 6 verschillende onderwerpen.

In de implementatiemonitor (Heiligers et al, 2001) zijn een aantal criteria opgesteld die nodig zijn voor het doen slagen van de implementatie van een project³. Deze criteria zijn gebaseerd op recente literatuurstudies met betrekking tot implementatie. Hierbij kan gedacht worden aan de publicaties van Hulscher et al, 2000 en Wensing et al, 2000. De criteria die hierin naar voren komen sluiten voor een gedeelte aan bij de checklist van ZonMw. Zo komt aan bod dat er een analyse van bevorderende en belemmerende factoren gemaakt moet worden, dat de doelgroep - waarvoor de verandering in de praktijk bedoeld is - benoemd moet worden, dat een implementatiedoelstelling met benoemde verandering in de praktijk opgesteld moet worden, dat het beschikbare budget vast wordt gesteld en dat de middelen benoemd worden die ingezet worden voor de implementatie van de vernieuwing. In de checklist van ZonMw is echter geen aandacht voor een rationeel stappenplan met implementatievoornemens en het vroeg betrekken van gebruikers en doelgroepen bij de implementatie. Verder wordt er in de implementatiemonitor aandacht besteed aan de interventies op verschillende niveaus en op welke manier deze adequater toe te passen zijn. Zo wordt er een verschil gemaakt tussen interventies op kennisniveau, vaardighedeniveau, houdingsniveau en structuurniveau. Voor deze verschillende niveaus worden belangrijke punten benoemd om implementatie op dat niveau te doen slagen.

² Deze checklist is terug te vinden in bijlage III.

³ Deze criteria uit de implementatiemonitor zijn terug te vinden in bijlage IV.

2.2.2 NIGZ en implementatie

Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) is een landelijk deskundigheids- en informatiecentrum. Het gezondheidsinstituut NIGZ ondersteunt professionals die de gezondheid van mensen bevorderen op scholen, in bedrijven, zorginstellingen en in de wijk. Het NIGZ ontwikkelt, verbetert, implementeert en onderzoekt middelen, methoden en producten en doet aan kwaliteitsverbetering en -bewaking.

Het NIGZ heeft een implementatiekaart ontwikkeld die helpt bij het opstellen van een verspreidings- en implementatieplan. Deze implementatiekaart is afgebeeld in Figuur 2. Deze is overigens opgesteld aan de hand van de checklist die door ZonMw is opgesteld voor de uitvoer van een verspreidings- en implementatieplan.



Figuur 2. Basisprincipes van Implementatie

In het midden van het project staan het eindproduct en de strategie centraal. Dit eindproduct en de strategie worden omringd door de omgeving die van invloed is op het eindproduct en de gekozen strategie. Binnen deze omgeving spelen de aanbieder en de actoren een grote rol. Al deze factoren die een rol spelen bij het vervaardigen van een interventie zijn uitgewerkt in belangrijke kenmerken voor het doen slagen van een interventie.

Voordat begonnen kan worden met de opzet en uitvoer van een interventie is het van belang om een analyse van de omgeving op te stellen. Hierbij kunnen trends en tradities uit het heden worden bekeken, waar met de interventie op ingespeeld zou kunnen worden. Verder is het nodig om te zien

hoe de nieuwe interventie past bij het beleid dat heerst binnen de organisatie. Kansen en bedreigingen dienen in deze omgevingsanalyse aan bod te komen. Op deze manier kunnen de factoren die een rol spelen bij de opzet en/of de uitvoer van de interventie aangepakt worden door middel van verschillende acties.

Voor de aanbieder van de interventie geldt dat deze geloofwaardig en betrouwbaar over moet komen. Een organisatie die een goede naam heeft bij de uitvoer van interventies zal geloofwaardiger en betrouwbaarder overkomen dan een organisatie die zijn eerste interventie uitvoert. Daarnaast dient de aanbieder deskundig te zijn. Medewerkers dienen genoeg deskundig te zijn op het gebied waar de interventie op inspeelt. De bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de aanbieder zijn ook belangrijk. Op deze manier kunnen de actoren eenvoudig in contact komen met de aanbieder van de betreffende interventie.

Voor het product geldt dat het een relatief voordeel op moet leveren. Het is ook van belang dat de gebruikers van de interventie dit voordeel van tevoren al in kunnen schatten voor hun eigen situatie. De complexiteit van de interventie is daarnaast ook belangrijk, gebruikers willen de interventie het liefst op hun persoonlijke vaardigheden en achtergronden aan kunnen passen. Ook de zichtbaarheid vormt een belangrijk element. Wanneer de impact van de interventie niet zichtbaar wordt voor anderen hebben de gebruikers hier al snel minder interesse voor. Daarom is het ook belangrijk dat gebruikers de interventie eerst uit kunnen proberen voordat ze daadwerkelijk ergens aan vast zitten. Wanneer het hun dan goed bevalt, kunnen ze er voor kiezen om het definitief te gaan gebruiken. Verder dient een belangrijk kenmerk te zijn dat het verenigbaar is. Het product moet aansluiten bij de normen en waarden van de gebruikers.

Onder de actoren worden de beslissers, invoerders, gebruikers en het publiek genoemd. Het is belangrijk dat er vanuit de organisatie, hier geldt de aanbieder, al een netwerk aanwezig is waarin gekeken kan worden naar belangrijke contactpersonen die een rol kunnen spelen voor de uitvoer van de betreffende interventie. Zowel vanuit de organisatie als vanuit de betrokken actoren is het van belang dat er prioriteiten gesteld worden. Waar is de interventie het meest van belang? Daarnaast kan gekeken worden naar de netwerken die aanwezig zijn en waarvan gebruik gemaakt kan worden om de interventie aan te bieden. Ook dit speelt mee in de prioriteiten, wanneer een netwerk voor handen ligt is het eenvoudig om de interventie binnen dat netwerk uit te voeren. Daarnaast is de vernieuwingsgeneigdheid van de uiteindelijke gebruikers en de timing van belang. 'Komt het op dat moment gelegen om de interventie in te voeren?', is een vraag die hierbij gesteld kan worden.

Bij de basisprincipes worden ook de strategieën, die gekozen kunnen worden voor implementatie, benoemd. De strategieën die hier benoemd zijn en toegepast kunnen worden, zijn informierend, faciliterend, educatief, overtuigen en dwingen. Het beste is om deze strategieën te mixen en op deze manier toe te passen. Zo kan er bijvoorbeeld gekozen worden om een overtuigende en informerende voorlichting te geven, maar bijvoorbeeld ook door dit op een educatieve en dwingende wijze te doen.

Het NIGZ heeft overigens niet alleen een kaart met basisprincipes voor implementatie afgeleid uit de checklist voor het verspreidings- en implementatieplan van ZonMw, maar ook een checklist voor een implementatieplan⁴.

2.4 Beïnvloedende factoren voor implementatie

De laatste jaren zijn er meerdere literatuurstudies (Hulscher et al, 2000; Heiligers et al, 2001; Theunissen et al, 2003; Ravensbergen et al, 2003; Van Splunteren et al, 2004 en Laurant et al, 2002) uitgevoerd naar beïnvloedende factoren voor implementatie. Deze beïnvloedende factoren, zowel bevorderende als belemmerende, zijn van belang bij de opzet en de uitvoer van een implementatie. Om een duidelijk overzicht te geven van factoren die een rol kunnen spelen bij de implementatie van een gezondheidsbevorderende interventie is een onderverdeling gebruikt zoals ook te zien is op de kaart met de basisprincipes voor implementatie.

Beïnvloedende factoren met betrekking tot de aanbieder.

Wanneer gedacht wordt aan de aanbieder van een interventie zijn er een aantal aspecten van belang waar deze rekening mee moet houden. Deze aspecten van de aanbieder kunnen worden onderverdeeld in drie groepen: projectgroep, projectplan en gebruikers. Bij de projectgroep spelen factoren als de *kwaliteit van de projectleider*, de *combinatie van kennis en gedegen projectmanagement* een belangrijke rol (Ravensbergen et al, 2003). Een projectleider hoort te beschikken over leiderschap, behoort enthousiast te zijn over het gehele project en dient overtuigingskracht te kunnen gebruiken wanneer dit nodig is. Verder is de combinatie van kennis van belang zodat verschillende medewerkers elkaar aan kunnen vullen, bijvoorbeeld met betrekking tot een bepaald thema voor de interventie. Het beheersen van projectmanagement is ook een belangrijke factor. Door middel van projectmanagement kan op een planmatige manier toe gewerkt worden naar de uitvoer van een interventie.

Met deze informatie kan over worden gegaan naar de tweede onderverdeling, het projectplan. Daarbij kan gedacht worden aan een *duidelijke planning* door middel van een uitgewerkt stappenplan dat onder andere tegemoet komt aan de implementatie eisen. In deze planning dient duidelijk aan bod te komen wat de *omvang van het project* is, het *type project*, de *inhoud van de interventie*, de *te bereiken verandering*, de *feitelijke projectuitvoering* en de *uitkomst van het project* (Heiligers et al, 2001 en Theunissen et al, 2003). Bij de opzet van deze planning dient er ook rekening mee te worden gehouden dat de doelen die gesteld worden *SMART* zijn (Ravensbergen et al, 2003). Op deze manier kan voorkomen worden dat doelen onduidelijk zijn of dat blijkt dat het doel uiteindelijk niet te realiseren is.

De laatste onderverdeling die betrekking heeft op de aanbieder zijn de gebruikers van de interventie. De aanbieder dient er rekening mee te houden dat *duidelijk is wie de doelgroep vormt*, dat de *doelgroep ook betrokken* wordt bij de implementatie (om zo ook te kunnen ontdekken waar de

⁴ Deze checklist is terug te vinden in bijlage V.

behoefte van de doelgroep ligt) en als laatste factor binnen de groep gebruikers geldt dat er duidelijke *communicatie* plaats moet vinden (Heiligers et al, 2001 en Theunissen et al, 2003). Dit is belangrijk om de deelnemers te laten weten wat er van hen verwacht wordt en wat zij mogen verwachten van de interventie.

Beïnvloedende factoren met betrekking tot het product.

Bij het opzetten van een interventie dient rekening te worden gehouden met een aantal factoren die belemmerend of bevorderend kunnen zijn voor het slagen ervan. Een eerste factor is het *relatieve voordeel* dat de interventie op moet leveren (Hulscher et al, 2000). Wanneer gebruikers van tevoren niet inzien wat het voordeel is van het gebruik van de interventie zullen zij sneller geneigd zijn om deze niet te gaan gebruiken. Verder is het belangrijk dat het *verenigbaar moet zijn met de eigen normen en waarden* (Hulscher et al, 2000). Andere factoren die aan bod komen zijn de *complexiteit* en de *probeerbaarheid* (Hulscher et al, 2000). De interventie moet niet te complex in elkaar steken en voor deelnemers is het vaak interessanter wanneer ze eerst in staat worden gesteld om iets uit proberen voordat ze er daadwerkelijk gebruik van gaan maken. Een laatste factor die van belang is voor het gebruik van een interventie door mensen, is dat de *kosten* die aan het product verbonden zijn zo laag mogelijk zijn (Laurant et al, 2002).

Wat ook nog tot de factoren behoort die van invloed zijn op het product is de *onderbouwing* ervan. Om aan te kunnen geven dat de interventie ook daadwerkelijk een gunstig effect oplevert is het belangrijk om deze met *empirische en/of theoretische* gegevens te onderbouwen (Ravensbergen et al, 2003). Daarnaast kan de interventie ook nog *onderbouwd worden door de contextanalyse* (Ravensbergen et al, 2003) die uitgevoerd dient te zijn voordat begonnen kan worden met de opzet van de interventie.

Beïnvloedende factoren met betrekking tot de actoren.

De factoren die betrekking hebben op de actoren kunnen onderverdeeld worden in twee groepen: de intermediären en de doelgroep. De belangrijkste factoren die gelden voor de intermediären zijn de *betrokkenheid* en de *communicatie* (van Splunteren et al, 2004; Heiligers et al, 2001; Theunissen et al, 2003 en Ravensbergen et al). Is er voldoende contact geweest met de intermediären? Voelen zij zich genoeg betrokken vanuit de aanbieder? Verliep de communicatie met de aanbieder soepel? Kon de aanbieder eenvoudig worden bereikt? Dit zijn vragen die belangrijk zijn voor het verloop van de implementatie. Intermediären vormen namelijk de sleutelpersonen tussen de aanbieder en de doelgroep.

Misschien wel de belangrijkste groep bij implementatie om rekening mee te houden is de doelgroep. Zij zijn uiteindelijk de personen die gebruik gaan maken van de interventie. Factoren die hierbij een rol spelen zijn de *attitude* die zij hebben ten aanzien van de interventie, de *sociale normen* zoals zij die ervaren, de *ervaren eigen controle* over de situatie en de *eigen-effectiviteits verwachting* (Hulscher et al, 2000). Er dient dus rekening te worden gehouden met de achtergrond van de mensen uit de doelgroep. Staan ze open voor veranderingen? Hebben ze genoeg sociale steun van anderen?

Hebben ze de controle over de nieuwe interventie in eigen handen? Denken ze zelf dat ze in staat zijn om gebruik te maken van de interventie? Dit vormen allemaal aspecten om rekening mee te houden.

Wat ook belangrijk is, is om rekening te houden met de *individuele leerbehoeften*, de *motivatie tot leren* en de *manier waarop mensen het beste informatie tot zich kunnen nemen* (Hulscher et al, 2000). Hier komt ook de *veranderingsgeneigdheid* bij kijken (Hulscher et al, 2000). Willen de mensen wel veranderen of willen ze liever hun oude gewoonten behouden? Twee andere belangrijke aspecten waar nog rekening mee dient te worden gehouden vormen de *leeftijd* en de *eerder opgedane ervaringen met vernieuwingen* (Ravensbergen et al, 2003).

Beïnvloedende factoren met betrekking tot de omgeving.

Ook de omgeving speelt een grote rol bij de inbreng van een interventie. Het is daarom van belang om een *analyse op te stellen van bevorderende en belemmerende factoren* die eventueel een rol zouden kunnen spelen bij de uitvoering van de interventie (Heiligers et al, 2001 en Theunissen et al, 2003). Dit is een aspect dat gedaan dient te worden om valkuilen in een later stadium te voorkomen. Een andere belangrijke factor is de *behoefte van de doelgroep* (Hulscher et al, 2000). Staat de doelgroep wel open voor een vernieuwing, hebben ze er ook baat bij, of willen ze eigenlijk helemaal niet veranderen. Dit zijn aspecten die bij een omgevingsanalyse aan bod dienen te komen om later te voorkomen dat het een belemmerende factor wordt.

Een ander aspect dat te maken heeft met de omgeving, is de *marketing* (Hulscher et al, 2000). Waar kan gebruik van worden gemaakt om het product onder de aandacht te brengen? Waar kan dit het beste onder de aandacht gebracht worden? Hierbij is de *positionering* (Hulscher et al, 2000) ook een belangrijke factor. Het product moet zodanige eigenschappen hebben dat het kan concurreren met andere producten.

2.5 Wat komt aan bod in een implementatieplan?

In de voorgaande paragrafen is al gesproken over een VIP, een verspreidings- en implementatieplan, dat terug te vinden is in de bijlagen. Dit is echter van belang voor de subsidie en de resultaten die verkregen zijn met deze subsidie. Hierin komen geen concrete actiepunten naar voren die wel aan bod komen in een implementatieplan.

Een implementatieplan beschrijft per fase van een project, wat nodig is om het uit te voeren (denk hierbij aan middelen, materialen of medewerking van een externe organisatie), hoe het zal worden uitgevoerd, wie het zal uitvoeren en wie de voorbereiding, de uitvoering en de voortgang zal bewaken (Vandelotte, C. & Wouters, E., 2006). In het implementatieplan wordt de strategie dus eigenlijk omgezet in tijdstippen, de benodigde middelen en concrete acties (Kok, 2000).

2.6 Samenvatting

Implementatie is een planmatige invoering van een vernieuwing. ZonMw en het NIGZ geven richtlijnen die van belang zijn bij implementatie op verschillende gebieden. Zo heeft ZonMw richtlijnen opgesteld voor de analyse van de situatie, de resultaten en producten, de gebruikers en de doelgroepen, de implementatie- en verspreidingsdoelen, de activiteiten en strategieën en de planning en de kosten. Het NIGZ geeft richtlijnen voor de aanbieder, het product, de actoren, de strategieën en de omgeving.

Eerdere literatuurstudies geven aan dat er factoren bestaan die van invloed (kunnen) zijn op de implementatie van een project of een programma. Deze factoren vallen, net als de richtlijnen van het NIGZ, onder de categorieën aanbieder, product, actoren en omgeving.

Al deze factoren en richtlijnen zijn belangrijk om rekening mee te houden tijdens de invoer van een project. Voor de opzet en uitvoering van een dergelijk project is het ook belangrijk om een implementatieplan op te stellen. In dit implementatieplan staan activiteiten die verricht moeten worden om een project op te kunnen zetten. Hierbij dient aangegeven te worden hoeveel tijd deze activiteiten kosten, wanneer ze uitgevoerd dienen te worden, door wie ze uitgevoerd worden en welke middelen hiervoor nodig zijn.

3. Methode

In dit hoofdstuk zal aan bod komen hoe het onderzoek is uitgevoerd en wat er is onderzocht. Om deze redenen wordt begonnen met de paragraaf over het type onderzoek dat is gebruikt, paragraaf 3.1. Vervolgens worden de verschillende meetinstrumenten in de paragrafen uitgewerkt. In deze paragrafen komt aan bod waarom er gekozen is voor dat betreffende meetinstrument, waarvoor het ingezet is, wat door middel van deze methode onderzocht is en hoe de data werd verwerkt. In paragraaf 3.2 wordt het kwalitatieve onderzoek beschreven. In paragraaf 3.2.1 komt de methode van de observaties aan bod, gevolgd door de methode van de interviews in paragraaf 3.2.2. Paragraaf 3.2.3 beschrijft de methode van de inhoudsanalyse en paragraaf 3.2.4 geeft de methode weer die gebruikt is om informatie van de deelnemers te ontvangen. Vervolgens wordt in paragraaf 3.3 het kwantitatieve onderzoek beschreven, met daarbij in paragraaf 3.3.1 de methode die gebruikt is voor de vragenlijsten van de professionals en vrijwilligers.

3.1 Type onderzoek

Het onderzoek dat uitgevoerd werd binnen de GGD betrof een cross sectioneel onderzoek. Dit houdt in dat er eenmalig onderzoek werd verricht (Burns & Bush, 2006). Voor dit onderzoek naar de implementatie van een gezondheidsbevorderend programma waren een aantal onderzoeksobjecten van belang, te weten: de doelgroep van het programma, de intermediairen, de projectgroep en de marketingmiddelen die werden ingezet. Er is gekozen voor zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek. Voor het kwalitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van 3 verschillende methoden; observaties, interviews en een inhoudsanalyse. Het kwantitatieve onderzoek is gedaan door middel van vragenlijsten. De verschillende onderzoeksmethoden waren zowel verdiepend als verbredend. De interviews die afgenomen werden bij de contactpersonen konden later ondersteund worden door de observatie die was uitgevoerd. Maar de observatie op de werkplek werkte verdiepend op de interviews die afgenomen werden bij de medewerkers van de GGD.

3.2 Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatieve onderzoek bestond uit drie verschillende methoden. Tijdens het onderzoek is er geobserveerd, er zijn interviews afgenomen en er is een inhoudsanalyse uitgevoerd. De observaties vonden plaats tijdens interne overleggen, externe overleggen en op de werkplek. De interviews werden afgenomen bij de projectgroep die zich bij de GGD bezig houdt met de opzet en uitvoer van het programma 'Zorgeloos in Beweging', maar ook bij de intermediairen uit de verschillende gemeenten. De inhoudsanalyse had betrekking op de marketingproducten die werden ingezet voor de promotie van het programma. Daarnaast is er ook nog informatie vanuit de deelnemers naar voren gekomen tijdens telefoongesprekken. Ook dit is meegenomen in het kwalitatieve onderzoek.

3.2.1 Observatie

Observatie is een onderzoeksinstrument dat in dit onderzoek gehanteerd is om andere gegevens te ondersteunen. Er is gebruik gemaakt van directe en tevens ongestructureerde observatie. Dit houdt in

dat tijdens de interne overleggen, externe overleggen en de instructies direct geobserveerd werd om te zien wat er zich op dat moment afspeelde. Ongestructureerd houdt daarnaast in dat alles wat waargenomen werd ook is vastgelegd. Er waren geen specifieke punten waar op dat moment op gelet werd.

Verzamelen van data

De factoren en richtlijnen die door middel van observatie onderzocht werden bij de projectgroep op de werkvloer, onder andere tijdens interne overleggen, betroffen; hoe ze te werk gingen, hoe de *planning* was opgesteld, hoe er werd *gecommuniceerd met de doelgroep*, hoe er werd *gecommuniceerd met de intermediairen*, of was vastgesteld wat de *omvang van het project was*, of de *inhoud van de interventie omschreven was*, of de *te bereiken verandering duidelijk was*, of de *uitkomst van het project duidelijk was*, of er rekening werd gehouden met *kosten en hoe het product werd gerealiseerd*.

Tijdens de instructiebijeenkomsten werd gekeken naar de inhoud van de bijeenkomst en hoe de reacties uit de groep vrijwilligers en professionals hierop waren. De richtlijnen en factoren die hier centraal stonden waren de *communicatie en betrokkenheid* in verband met het feit dat de vrijwilligers en de professionals ook intermediairen vormden bij dit project. Voor de externe overleggen die gepleegd werden met de contactpersonen die betrekking hadden op deze instructiebijeenkomsten stonden dezelfde richtlijnen en factoren centraal; de *communicatie en de betrokkenheid*.

Selecteren van de doelgroep

Voor deze selectie geldt dat iedereen die deelnam aan de interne overleggen, de externe overleggen en de instructies onderdeel was van de doelgroep voor observatie. Bij de interne overleggen betrof dit de medewerkers van de afdeling publieke gezondheid / gezondheidsbevordering; de GB consultants. Een enkele keer was ook de beleidsmedewerker van deze afdeling hier onderdeel van. Dit betekent dat het ging om de observatie van twee medewerkers van de afdeling publieke gezondheid / gezondheidsbevordering en één medewerkster van beleid.

Bij de externe overleggen ging het om de contactpersonen die de GGD in de betreffende gemeente had om via hen de professionals en vrijwilligers te bereiken. In dit onderzoek ging het om de contactpersonen uit de gemeente Roerdalen. Dit betrof twee personen; één met betrekking tot de professionals en één met betrekking tot de vrijwilligers.

Tijdens de instructies werden in het bijzonder de professionals en vrijwilligers geobserveerd, maar ook de manier waarop de medewerkers van de GGD de instructie gaven. In Roerdalen betrof het twee medewerkers van de GGD (waarbij het ging om één GB consulente en één medewerkster van beleid) en een preventiemedewerkster van de GGZ. In Beesel ging het om één GB consulente van de GGD en wederom de preventiemedewerkster van de GGZ. Wat betreft de professionals en vrijwilligers ging het om respectievelijk 5 en 8 personen in de gemeente Roerdalen en 11 vrijwilligers in de gemeente Beesel.

Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit van de observatie tijdens dit onderzoek is niet hoog. De observatie wordt daarom ook gezien als ondersteuning voor de andere onderzoeksmethoden. Voor de observatie is puur gekeken naar de manier waarop men bijvoorbeeld met elkaar overlegt, wat men overlegt en hoe de reacties hier op zijn. Door de resultaten die volgden uit de interviews die achteraf werden gehouden kon gekeken worden of dit ook naar voren kwam in eerder geobserveerde gebeurtenissen.

Ook voor de betrouwbaarheid van de observatie geldt dit. Er zijn notulen gemaakt van de belangrijkste bevindingen tijdens de observatie. Dit is echter alleen door de onderzoeker zelf gebeurd waardoor er maar één beeld ontstaat. Daarom is het belangrijk dat de observatie geldt als ondersteuning voor de andere onderzoeksmethoden. Door middel van de observatie konden sommige aspecten later ondersteund worden die naar voren kwamen in de interviews en de vragenlijsten.

Data analyse

De data uit de observaties van zowel de interne en externe overleggen als de instructiebijeenkomsten in de verschillende gemeenten is verwerkt in notulen. Omdat de informatie die naar voren kwam door middel van de observatie als ondersteuning gold voor de interviews en vragenlijsten is ervoor gekozen om het bij deze notulen te laten. Nadat de informatie uit de interviews en vragenlijsten was verwerkt kon bekeken worden of deze informatie ook ondersteund kon worden door informatie die uit de observatie naar voren is gekomen.

3.2.2 Interviews

De interviews vormden binnen dit onderzoek een belangrijk instrument om te onderzoeken hoe er door verschillende mensen werd gedacht over de manier waarop er binnen de GGD gewerkt wordt aan de opzet en uitvoer van een gezondheidsbevorderend programma. Er is binnen dit onderzoek gekozen voor gestructureerde interviews. Dit houdt in dat vooraf werd bepaald waar het gesprek over ging, welke vragen er zouden worden gesteld en hoe de antwoorden van de geïnterviewde werden verwerkt.

Verzamelen van data

Vanwege het feit dat de interviews zowel bij de medewerkers van de GGD, als bij de contactpersonen uit de gemeente werden afgenomen, hadden deze betrekking op verschillende factoren en richtlijnen die in het theoretisch kader aan bod kwamen. Zo gold voor de interviews met de contactpersonen dat de *betrokkenheid en de communicatie* belangrijke punten waren. Naast deze betrokkenheid en communicatie die centraal stonden in het interview vormde ook de algemene reflectie een belangrijk aspect.

Voor de interviews bij de medewerkers stonden meer factoren en richtlijnen centraal; alle punten die aan bod kwamen in het theoretisch kader met betrekking tot de *aanbieder*⁵ en de *omgeving*⁶, de

⁵ Zie pagina 17 en 18 voor deze factoren.

theoretische en empirische onderbouwing van het product en ook de *communicatie* en *betrokkenheid* van de intermediairen. Met betrekking tot de communicatie en de betrokkenheid van de intermediairen werd in deze interviews vooral gekeken wat hier vanuit de GGD aan is gedaan.

Selecteren van de doelgroep

De doelgroep voor de interviews stond meteen al vast. Dit zouden de contactpersonen uit de betreffende gemeenten zijn, maar ook de medewerkers die zich bij de GGD bezig houden met het programma.

Wat betreft de contactpersonen gold dat dit een groep van drie personen vormde. Twee personen uit Roerdalen en één uit Venlo. Voor de medewerkers betroffen dit twee GB consulents en één beleidsmedewerker.

Validiteit en betrouwbaarheid

De interviews⁷ zijn opgesteld aan de hand van de factoren en richtlijnen die naar voren zijn gekomen in het theoretisch kader. Aan de hand hiervan zijn topic lists opgesteld om ervoor te zorgen dat alle belangrijke aspecten aan bod kwamen.

Daarnaast zijn de interviews die bij de verschillende personen werden afgenomen teruggekoppeld om te controleren of de informatie die uitgeschreven was ook daadwerkelijk overeenkwam met de antwoorden die ze tijdens het interview hebben gegeven.

Data analyse

De interviews zijn op verschillende manieren afgenomen. Voor het face-to-face interview met de contactpersoon voor de professionals uit de gemeente Roerdalen is gekozen om deze op te nemen en het vervolgens in zijn geheel uit te schrijven. Nadat dit in het geheel uitgeschreven was, zijn de belangrijkste punten verwerkt in een schema waaruit duidelijk af te lezen is of er werd voldaan aan de factoren en richtlijnen die van invloed zijn op de implementatie. Voor het interview met de medewerkers van de GGD zijn tijdens het gesprek aantekeningen gemaakt. Deze aantekeningen zijn direct na het interview uitgeschreven, zodat toch alle informatie op papier kwam te staan. Ook deze zijn verwerkt in een schema om te kunnen zien of er werd voldaan aan de richtlijnen en factoren.

Voor de vragen die gesteld zijn aan de contactpersoon van Venlo is gebruik gemaakt van contact via de email. Dit vanwege de druk bezette agenda van de betreffende persoon. Deze antwoorden stonden dan ook al op papier. Aan de hand hiervan zijn de belangrijkste conclusies getrokken, ook op het gebied van de betrokkenheid en de communicatie met de intermediairen.

⁶ Zie pagina 19 voor deze factoren.

⁷ De interviewvragen zijn terug te vinden in bijlage IX en X.

Daarnaast is er nog een telefonisch interview gehouden met de contactpersoon voor de vrijwilligers uit Roerdalen. Dit interview bevatte dezelfde vragen als het face-to-face interview dat plaats heeft gevonden met de andere contactpersoon uit Roerdalen. Deze informatie is in grote lijnen genoteerd, waarna ook hier de belangrijkste punten eruit zijn gehaald om ze in een schema te verwerken. De data uit de interviews is door een kwalitatieve inhoudsanalyse geclusterd tot samenhangende categorieën met daarbinnen de factoren en richtlijnen die naar voren zijn gekomen in het theoretisch kader.

3.2.3 Inhoudsanalyse

Binnen dit onderzoek vormt een ander onderzoeksinstrument de inhoudsanalyse. Aan de hand van deze kwalitatieve inhoudsanalyse (den Boer, et al 2005) zijn producten geanalyseerd op inhoud en uitstraling.

Verzamelen van data

De factor die door middel van de inhoudsanalyse onderzocht werd is de *marketing*.

Selecteren van de onderzoekseenheid

De onderzoekseenheden die gebruikt zijn voor de marketing van het programma 'Zorgeloos in Beweging' betroffen een folder⁸, een flyer⁹ en informatie die te zien is via de kabelkrant¹⁰ met informatie over het programma.

Validiteit en betrouwbaarheid

De inhoudsanalyse is gedaan aan de hand van checklists die evidence-based zijn opgesteld om te controleren of de onderzoekseenheden voldoen aan aspecten die naar voren dienen te komen in marketingproducten. Ze zijn evidence-based opgesteld door gebruik te maken van een checklist voor cliëntondersteuning van de GGZ en een beoordelingsformulier/checklist van de lezerscommissie van het MSVN. Deze twee instellingen hebben een formulier gecreëerd dat gebruikt kan worden om na te gaan of een folder, flyer of andere informatie voor in de media voldoen aan bepaalde criteria.

De inhoudsanalyse gold daarnaast als ondersteuning op de reacties van de professionals en vrijwilligers die in hun vragenlijsten ook een vraag beantwoord hebben met betrekking tot de materialen die zij van de GGD ontvangen hebben.

Data analyse

Aan de hand van de checklists die opgesteld waren zijn de folder, flyer en andere informatie voor de lokale media gescreend om te kunnen zien of ze voldeden aan de criteria.

⁸ De folder is te zien in bijlage VI.

⁹ De flyer is te zien in bijlage VIII.

¹⁰ Deze tekst is te lezen in bijlage VII.

3.2.4 Onderzoek naar informatie deelnemers

Voor deelname aan het programma 'Zorgeloos in Beweging' gold dat de deelnemers van tevoren een vragenlijst¹¹ in moesten vullen. Omdat het programma uiteindelijk niet is doorgegaan heeft de GGD de vragenlijsten ook niet retour gekregen. De deelnemers hadden deze vragenlijsten vooraf al thuis gestuurd gekregen. Doordat we op deze manier geen gegevens meer konden verzamelen is ervoor gekozen om op een andere manier informatie van de deelnemers te kunnen ontvangen. In deze paragraaf zal beschreven worden hoe dit is gedaan.

Verzamelen van data

Voor het verzamelen van de data zou eigenlijk gebruik worden gemaakt van een vragenlijst die opgesteld was aan de hand van de GDS-15 en de ouderenmonitor van de GGD. Omdat de GGD deze vragenlijsten echter niet retour heeft gekregen is ervoor gekozen om telefonisch contact op te nemen met de contactpersoon in Roerdalen om zo inhoudelijke informatie van de deelnemers te kunnen verkrijgen. Ook is er door een aantal deelnemers zelf naar de GGD gebeld om hun verhaal te doen. Aan de hand hiervan hebben we ook van een aantal personen de inhoudelijke informatie over hun situatie kunnen krijgen. Door middel van deze informatie kon er geëvalueerd worden om te zien of (met de werving die verricht was) ook daadwerkelijk de juiste personen zich hadden aangemeld voor de cursus.

Selecteren van de doelgroep

De doelgroep werd gevormd door de deelnemers die deel zouden nemen aan het programma 'Zorgeloos in Beweging' in Roerdalen. Deze groep bestond uiteindelijk 6 personen.

Validiteit en betrouwbaarheid

De informatie is naar voren gekomen tijdens telefoongesprekken. Deze hebben plaats gevonden met de deelnemers zelf, waardoor de informatie uit de eerste hand kwam. Deze informatie is tijdens het gesprek ook meteen genoteerd en daarna uitgewerkt om zo een beeld te krijgen van de geworven doelgroep.

Ook is er informatie over sommige personen verkregen tijdens een telefoongesprek met de contactpersoon voor de vrijwilligers uit Roerdalen. Deze contactpersoon staat dicht bij de mensen en kon dus ook aangeven dat deze deelnemers wel degelijk hulp nodig hadden. Omdat we de informatie door zouden geven aan de preventiemedewerkster van de GGZ heeft zij de situaties van deze personen in dit telefoongesprek duidelijk gemaakt.

Vanuit de GGD is gevraagd aan de preventiemedewerkster van de GGZ om terug te koppelen of de deelnemers ook daadwerkelijk binnen het programma 'Zorgeloos in Beweging' zouden passen. Zij benaderde ze namelijk nog een keer om eventueel een individueel traject te starten bij de GGZ. Aan de hand hiervan kon zij haar bevindingen uitspreken.

¹¹ Deze vragenlijst is terug te vinden in bijlage XIII.

Data analyse

Er is gekozen om de informatie die verkregen werd uit de telefoongesprekken te noteren en uit te werken. Door middel van de verkregen informatie kon aan de hand van de risicofactoren die gelden voor depressie bekeken worden of de personen een verhoogd risico hadden op depressie of dat ze dit stadium eigenlijk al gepasseerd waren.

3.3 Kwantitatief onderzoek

Het kwantitatieve onderzoek bestond uit twee vragenlijsten; een voor de professionals en een voor de vrijwilligers. Aan de hand van deze vragenlijsten kwamen de factoren aan bod die gelden voor de intermediairen. In paragraaf 3.3.1 komt naar voren welke factoren dit waren, ook zal beschreven worden hoe de vragenlijsten uitgezet werden, hoe ze verwerkt zijn en hoe groot de respons was.

3.3.1 Vragenlijsten

Voor het kwantitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van vragenlijsten. Er is gekozen voor vragenlijsten om op deze manier van iedereen die deel heeft genomen informatie te verkrijgen. Dit was ook een belangrijk punt voor de GGD om zo het programma aan te kunnen passen aan de hand van de uitkomsten van deze vragenlijsten.

Verzamelen van data

De factoren en richtlijnen die centraal stonden in deze vragenlijst waren de *betrokkenheid* en de *communicatie*. Daarnaast gold ook hier dat het daarnaast ging om een algemene reflectie over het proces met de professionals en vrijwilligers.

Selecteren van de doelgroep

De doelgroep voor deze vragenlijsten vormden de professionals en vrijwilligers die in de gemeente Roerdalen deelgenomen hebben aan de instructiebijeenkomst of aan de instructies tijdens de teamoverleggen. Het betrof hier 8 vrijwilligers en 23 professionals.

Validiteit en betrouwbaarheid

De vragenlijsten voor de professionals en vrijwilligers zijn opgesteld aan de hand van het theoretisch kader en de inhoud van de instructiebijeenkomst. De vragen gelden als reflectie hierop en zijn daarom opgesteld in samenwerking met de beleidsmedewerker van de GGD om dit zo compleet mogelijk te krijgen. Om zoveel mogelijk van deze vragenlijsten terug te mogen ontvangen voor de betrouwbaarheid van de uitkomsten zijn deze via hun contactpersonen persoonlijk aan hen uitgedeeld. Voor de professionals gold dat ze deze voorgelegd kregen tijdens teamoverleggen om ze de week daarna in het postvak van hun contactpersoon weer in te leveren. Ze zijn dan ook allemaal in één keer retour gestuurd om zoveel mogelijk respons te krijgen. Voor de vrijwilligers gold dat zij deze individueel retour moesten sturen. Zij hebben daar allemaal een envelop voor mee gestuurd gekregen om de vragenlijst te kunnen retourneren.

Data analyse

Van de vragenlijsten die verstuurd zijn naar de professionals zijn er 7 terug gestuurd. Dit betekent dat er een respons is van slechts 30,4%. Van de vrijwilligers is er geen enkele vragenlijst retour gestuurd. De meningen van de vrijwilligers zijn dan ook niet meegenomen in dit verdere onderzoek.

Voor de verwerking van de vragenlijsten is gekozen om een format op te stellen in Excel. Zodra de vragenlijsten terug gestuurd waren is deze informatie ingevoerd in het format. Aan de hand van deze gegevens zijn staafdiagrammen opgesteld en kon afgelezen worden hoe er werd gescoord op de verschillende vragen. De toelichtingen die op de verschillende vragen kon worden gegeven zijn meegenomen in de tekst die geschreven is aan de hand van de informatie uit de vragenlijsten.

4. Resultaten

De resultaten die naar voren zijn gekomen tijdens het onderzoek zullen in dit hoofdstuk aan bod komen. De beschrijving van de resultaten is onderverdeeld in het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek in respectievelijk paragraaf 4.1 en 4.2. Bij het kwalitatieve onderzoek zullen de resultaten beschreven worden die zijn gebleken uit de observaties, de interviews met de medewerkers en de intermediairen, de inhoudsanalyse en de telefoongesprekken over de deelnemers. Voor het kwantitatieve onderzoek zullen de resultaten uit de vragenlijsten die de professionals en vrijwilligers toegestuurd hebben gekregen beschreven worden.

4.1 Kwalitatief onderzoek

De resultaten die in deze paragraaf aan bod komen zijn naar voren gekomen in het kwalitatieve onderzoek. In paragraaf 4.1.1 komen de resultaten die gebleken zijn uit de observaties aan bod, paragraaf 4.1.2 gaat in op de resultaten uit de interviews, paragraaf 4.1.3 op de inhoudsanalyse en paragraaf 4.1.4 beschrijft de uitkomsten uit de telefoongesprekken over de deelnemers.

4.1.1 Observatie

Tijdens dit onderzoek is observatie op verschillende momenten toegepast. In dit hoofdstuk zullen eerst de resultaten uit de interne observatie (op de werkvloer) aan bod komen, gevolgd door de observatie tijdens externe overleggen.

Interne observatie

Uit de interne observatie is gebleken dat er gelijktijdig aan verschillende projecten wordt gewerkt waardoor de tijdsdruk telkens erg hoog ligt. Deze projecten dienen uitgevoerd te worden in verband met het geld dat voor een bepaalde periode verkregen is vanuit de gemeente. Door de tijdsdruk worden projecten vaak verdeeld over verschillende medewerkers binnen de afdeling gezondheidsbevordering. Zo heeft iedere GB consulente een programma waar zij zich het meest mee bezig houdt. Gemiddeld vind er één keer per week overleg plaats tussen de GB consulenten om de stand van zaken te bespreken.

De medewerkers op de afdeling publieke gezondheid/gezondheidsbevordering (de GB consulenten) en de beleidsmedewerker hebben verschillende opleidingen doorlopen, zoals gezondheidswetenschappen en voorlichting & communicatie, waardoor zij elkaar aan kunnen vullen in verschillende onderwerpen. Daarnaast speelt ook de ervaring een grote rol. Een nieuwe medewerker kan door een medewerker met al jaren ervaring gestuurd worden wanneer het gaat om het opzetten van projecten. Dit kan echter ook andersom het geval zijn, de nieuwe medewerker heeft een andere kijk op de aanpak. De medewerkers nemen ook dikwijls deel aan symposia of andere opleidingsdagen met thema's die betrekking hebben op gezondheidsbevordering om zo hun kennis te verbreden.

Voor elk project wordt door de GB consultants een klapper bijgehouden met daarin informatie over thema's waar op dat moment programma's voor opgezet en uitgevoerd worden. In de klapper voor depressiepreventie zijn onder andere de subsidieaanvraag, de doelen en de doelgroep voor het programma beschreven. Daarnaast houden ze een gedeelde map bij op de computer waarin nog meer informatie te vinden is per gemeente, met hierbij ook een draaiboek waarin verschillende afspraken gepland staan.

Op de werkvloer is ook gekeken hoe aan het eindproduct wordt gewerkt. Er werd een werkboek en handleiding opgesteld, voor respectievelijk de deelnemers aan de cursus en de freelancers die de cursus verzorgden, aan de hand van gevonden informatie over (het risico op) depressie. Daarnaast werden contacten gelegd met contactpersonen of belangrijke personen binnen een organisatie die in een bepaalde gemeente (waar het project uitgezet zou worden) actief waren in de zorg. Via deze contactpersonen konden namelijk de professionals en vrijwilligers bereikt worden die de werving voor het programma 'Zorgeloos in Beweging' zouden verrichten. Zo had zowel de GGD een aanspreekpunt als de professionals en vrijwilligers. Met deze contactpersonen werd ook de instructiebijeenkomst uitgezet voor de professionals en vrijwilligers. Deze instructiebijeenkomst gold als een informatiebijeenkomst met informatie over depressie, over het programma en over de werving.

Tijdens een intern overleg is besproken dat door de contactpersoon die de GGD in de gemeente Venlo had, een praktijkondersteuner GGZ, zelf de instructie voor de werving, met betrekking tot het programma 'Zorgeloos in Beweging', werd gegeven aan de huisartsen (de professionals). Zij ondersteunt deze huisartsen en heeft dan ook vaak contact met hen. Daarnaast heeft zij ook een GGZ achtergrond waardoor ze de informatie over het programma en over depressie zelf kon toelichten aan haar groep professionals. De reden om dit door haar te laten doen en niet door de medewerkers van de GGD is de tijd. Er kon geen datum gepland worden waarop zowel de medewerkers van de GGD, de huisartsen en de contactpersoon aanwezig konden zijn. Uiteindelijk is het in Venlo niet zover gekomen dat er in 2010 een cursus plaats vond¹². Later in het jaar is besloten om het komende jaar opnieuw te starten met het traject en om ook de gehele werving opnieuw uit te zetten. Zodra dit gecommuniceerd werd naar de contactpersoon in Venlo stond ze opnieuw open voor een samenwerking om de cursus 'Zorgeloos in Beweging' ook in de gemeente Venlo op te zetten. Met haar is dan ook meteen een nieuwe afspraak gepland.

Ook werd besproken dat in de gemeente Venray de contacten moeizaam op gang kwamen. Dit had er onder andere mee te maken doordat hier een functiewisseling plaats had gevonden. De contactpersoon die de eerste informatie over de cursus van de GGD heeft ontvangen is gestopt met haar werk. Ze heeft haar functie overgedragen aan iemand anders, maar bij deze overdracht heeft ze geen melding gemaakt van de gang van zaken met betrekking tot het proces van deze cursus. Dit heeft ertoe geleid dat de nieuwe persoon in die functie geheel opnieuw ingelicht moest worden. Dit is in november gebeurd waarna vervolgens een instructiebijeenkomst voor december werd gepland.

¹² Zie 'interviews intermediairen' voor meer informatie hierover.

De dag voordat de instructiebijeenkomst in de gemeente Venray plaats zou vinden bleek dat er maar drie vrijwilligers aanwezig zouden zijn. Omdat er pas met een cursus gestart kan worden zodra er 12 deelnemers waren is besloten om deze instructiebijeenkomst te annuleren. Er zijn in deze gemeente ook 25 uitnodigingen verstuurd naar andere professionals en vrijwilligers voor deze instructiebijeenkomst. Hier kwam echter geen enkele reactie op. Tijdens deze instructiebijeenkomst zou overigens ook kennis gemaakt worden met de nieuwe contactpersoon voor Venray, dit omdat de functie per 1 januari opnieuw zou worden overgedragen aan iemand anders. Met haar zal later opnieuw contact opgenomen worden om ook haar in te lichten over het programma en de procedure.

Op de werkvloer kwam ook aan bod hoe het opzetten van de cursus in zijn werk ging. De cursus zelf is zo opgezet dat de deelnemers van tevoren een folder en flyer krijgen met informatie over het programma. Zodra zij beslissen om over te gaan tot deelname aan de cursus wordt van hen verwacht dat zij de cursus ook af maken. Pas in de eerste bijeenkomst wordt vervolgens kennis met de deelnemers en met het programma gemaakt. Kosten voor deze cursus zijn er niet waardoor de drempel voor eventuele deelname al grotendeels is weggenomen. Daarnaast is geprobeerd om de cursus zo op te zetten dat de mensen ook daadwerkelijk aan het einde van het programma een verbetering bij zichzelf zullen zien. Wat ook heel belangrijk is, is dat er samen met anderen toegewerkt wordt naar een resultaat. De deelnemers staan er tijdens deze cursus niet alleen voor.

Externe observatie

De externe observatie is voornamelijk verricht tijdens overleggen met contactpersonen over de opzet van de cursus bij de betreffende gemeenten en tijdens de instructiebijeenkomst voor de professionals en vrijwilligers die hierop volgde. In Roerdalen heeft er een gesprek plaats gevonden waarbij de contactpersonen voor de vrijwilligers en professionals aanwezig waren. Zij kregen op dat moment alle informatie met betrekking tot de cursus en het verzoek om professionals en vrijwilligers op de hoogte te stellen van de instructiebijeenkomst die plaats zou gaan vinden. Dit gesprek was het eerste gesprek waarbij de precieze gang van zaken met betrekking tot de cursus duidelijk werd voor de contactpersonen in Roerdalen. Na dit gesprek kon er via telefoon of email contact op worden genomen wanneer er eventueel vragen waren.

De professionals en vrijwilligers hebben aan de hand van het gesprek met de contactpersonen een brief ontvangen met een uitnodiging voor de instructiebijeenkomst en een folder met de informatie voor de cursus 'Zorgeloos in Beweging'. Deze instructiebijeenkomst vond twee weken na het gesprek, tussen de medewerkster van de GGD en de contactpersonen uit Roerdalen, plaats.

Tijdens die instructiebijeenkomst in Roerdalen, waarbij 5 professionals en 8 vrijwilligers aanwezig waren, werd uitleg gegeven over het hebben van een depressie en het risico lopen op een depressie door een preventiemedewerkster van de GGZ, gevolgd door uitleg over de cursus 'Zorgeloos in Beweging' door een GB consulente. De aanwezigen die hier nog meer waren; beleidsmedewerker van de GGD, contactpersoon voor de vrijwilligers uit de gemeente Roerdalen en de contactpersoon voor

de professionals uit de gemeente Roerdalen. Een aantal professionals en vrijwilligers gaf aan te denken dat de werving op deze manier moeizaam zou verlopen. Na de bijeenkomst gaf de contactpersoon voor de professionals aan dat het misschien handig was om bij haar teamoverleggen aan te sluiten met een instructie, omdat er tijdens deze bijeenkomst maar weinig professionals aanwezig waren. Dit werd vervolgens bij drie teamoverleggen gedaan door eenmaal de preventiemedewerkster van de GGZ, eenmaal de beleidsmedewerker van de GGD en eenmaal een consulente gezondheidsbevordering van de GGD. Na deze tijd hebben de professionals en vrijwilligers zeven weken de tijd gehad om deelnemers te werven. Het streven was om hier 10 weken voor te plannen.

Tijdens de instructiebijeenkomst in de gemeente Beesel waren er 11 personen aanwezig. De achtergronden van deze personen waren verschillend; ouderenadviseurs, medewerker Wel.Kom, mantelzorgmakelaar, activiteitenbegeleider en een coördinator van de ouderenadviseurs. De instructie werd hier gegeven door een preventiemedewerkster van de GGZ en een consulente gezondheidsbevordering van de GGD. Een aantal mensen reageerde enthousiast en anderen iets minder. Zij zagen minder goed hoe ze de mensen konden bereiken en gaven ook aan dat ze niet vaak in contact kwamen met de doelgroep.

Door de aanwezigen bij deze instructiebijeenkomst werden nog andere mogelijkheden gegeven met betrekking tot de werving voor het programma 'Zorgeloos in Beweging':

- Werven bij wijksteunpunten;
- Werven bij de dagverzorging;
- Werven tijdens de activiteitenmiddag;
- Werven bij de Zorgboerderij;
- Werven bij maaltijdvoorzieningen;
- Werven bij de Zorggroep.

Waar ook op is gelet tijdens de externe observatie is de positionering van de cursus 'Zorgeloos in Beweging'. Het bleek dat er meerdere aanbieders waren van cursussen of programma's voor depressiepreventie. Iedereen heeft echter een eigen netwerk en probeert binnen dat netwerk de mensen naar hun eigen begeleidingsprogramma's te sturen. Zo hebben de huisartsen een netwerk kring waar zij gebruik van maken, maar hebben de zorggroepen ook een netwerk waar zij gebruik van maken. Daarbij is het wel vaak zo dat de GGZ in verschillende netwerken een duidelijke rol speelt. Ook de GGD werkt met betrekking tot dit programma samen met de GGZ. (Brainstormsessie depressiepreventie gemeente Roermond, november 2010)

4.1.2 Interviews

Binnen dit onderzoek zijn interviews afgenomen bij de medewerkers van de GGD en de intermediairen. Met betrekking tot de intermediairen betreft het hier de contactpersonen uit de

gemeente Roerdalen en Venlo. In deze paragraaf komen eerst de resultaten uit de interviews met de medewerkers aan bod, gevolgd door de resultaten uit de interviews met de intermediairen.

Interviews medewerkers

Uit het interview met de beleidsmedewerker bij de GGD zijn een aantal belangrijke aspecten naar voren gekomen. De bedoeling was namelijk om het programma in 2010 in vijf verschillende gemeenten uit te zetten. Dit is uiteindelijk nergens gelukt, nadat ook de laatste cursus die als enige daadwerkelijk gepland stond werd geannuleerd.

Uit het interview met de beleidsmedewerker kwam aan bod dat de manager bejaardenwerk Roerstreek/Welzijn uit de gemeente Roerdalen contact heeft gezocht met de GGD met betrekking tot een eventuele subsidieaanvraag voor het project Preventiekracht dicht bij Huis (Depressiepreventie). Vanuit de GGD is hierop gereageerd door naar een bijeenkomst voor deze subsidie te gaan. Er is uiteindelijk besloten om deze subsidie aan te vragen. Door middel van enkele gesprekken tussen de manager uit Roerdalen, de beleidsmedewerker en de GB consulente van de GGD zijn de eerste stappen op papier gezet voor deze subsidieaanvraag. Aan het eind van 2009 is hier reactie op gekomen waarna de subsidie uiteindelijk gehonoreerd werd. Vanaf dat moment moest het proces van de subsidie nog afgerond worden door middel van handtekeningen van de verschillende gemeenten, de GGZ en zorginstellingen waarmee een samenwerking werd aangegaan. Vanaf dat moment was al duidelijk dat de GB consulente die bij dit proces betrokken was een andere baan aan zou nemen waardoor het overgedragen moest worden aan een andere GB consulente.

De manager uit Roerdalen heeft ervoor gezorgd dat de GGD bevolkingsgegevens kreeg. De GGD had daarnaast zelf ook al gegevens vanuit de seniorenmonitor over dit gebied. Aan de hand van onder andere deze gegevens is de subsidieaanvraag ingediend om het programma te kunnen financieren.

Al snel bleek dat het heel afhankelijk is van personen achter een organisatie om wel of niet met de GGD samen te willen werken voor een project. Zo bleek dat de Thuiszorg in Roerdalen erg actief was terwijl de Thuiszorg in Venlo aangaf het veel te druk te hebben.

Voordat door de GGD gestart werd met het ontwikkelen van de cursus is er geen analyse¹³ uitgevoerd met betrekking tot factoren die een doorslaggevende rol konden spelen voor het wel of niet slagen van de cursus. Het enige aspect waar rekening mee is gehouden, is dat het moest voldoen aan de meet, weet, beweeg methode. Dit hield in dat er tijdens de bijeenkomsten van het programma aandacht moest zijn voor het meten van de gezondheidstoestand van de deelnemers, dat de mensen werden geïnformeerd over een gezonde leefstijl en dat er een beweegles zou worden gegeven. Vanwege het feit dat er geen analyse is uitgevoerd kon er ook geen rekening worden gehouden met de behoefte

¹³ Analyse van factoren wordt benoemd in de literatuur, bij de GGD wordt dit echter omschreven als een inventarisatie van factoren.

van de doelgroep. Overigens was dit ook een lastig aspect met betrekking tot dit thema. Mensen met een risico op depressie zijn al heel moeilijk te bereiken.

Wat ook belangrijk was, was om de doelgroep (voor de programma's) te laten weten dat de GGD een betrouwbare, deskundige en goed bereikbare organisatie is. Vanuit de GGD wordt dit meestal gedaan via de intermediairen, zij zijn hier al mee bekend. Wat ook belangrijk is zijn de mensen die al eerder deel hebben genomen aan programma's, zij vormen een aanspreekpunt voor andere mensen om ze te stimuleren om ook eens deel te nemen.

De uiteindelijk opbrengsten van het programma zijn niet alleen een nieuwe cursus met daarbij een handleiding en werkboek, maar ook meer ervaring. Zo kan er worden geleerd van de manier van werving, de beste manier om deze mensen aan te spreken, om ze iets bij te leren en om ze uiteindelijk gezonder te laten worden. Wat verder een belangrijke en gehoopte uitkomst is, is uiteindelijk een lokaal beleid met daarbij een leeflijn. Landelijk bestaat er een handleiding voor alle cursussen die gegeven worden met betrekking tot het thema depressiepreventie. Voor de GGD is het echter handig om dit ook regionaal te hebben, met daarin het complete aanbod en hierbij een specificatie van cursussen per leeftijdscategorie.

Ook uit het interview met de GB consultants van de GGD kwamen belangrijke aspecten aan bod. Zo bleek dat er geen specifieke planning is, maar dat er wordt gewerkt aan de hand van een draaiboek. In dit draaiboek staan weken benoemd waarin iets af moet zijn of gebeurd moet zijn. Verder wordt hier ook genoteerd wat er al gedaan is en wanneer dit gedaan is. Specifieke activiteiten worden echter niet benoemd.

Wat ook aangegeven werd is dat het programma wel theoretisch, maar niet empirisch is onderbouwd. Er werd binnen de GGD voor het eerst gewerkt aan een programma dat zich richt op depressiepreventie. Inhoudelijk is er gebruik gemaakt van informatie over depressiviteit en het hebben van depressieve klachten. Aan de hand van deze theorie is een vertaling gemaakt naar de praktijk waarbij de handleiding en het werkboek een grote rol speelden. Aan de empirische onderbouwing wordt gewerkt zodra het eerste programma is afgelopen. Dit wordt gedaan door middel van evaluatielijsten die bij de deelnemers zullen worden afgenomen.

Ook kwam ter sprake dat het de bedoeling was om met organisaties die mee zouden werken aan de cursus 'Zorgeloos in Beweging' een samenwerkingscontract af te sluiten. Een samenwerkingsplan was hiervoor ook opgenomen in de klapper die op de afdeling aanwezig is voor het project depressiepreventie. Echter bleek dat deze samenwerkingscontracten nooit zijn gebruikt en dat er dus niets is getekend door partners van de GGD. Hier komt ook nog bij dat er door de GGD niets aangeboden wordt voor de taken die de andere organisaties uitvoeren.

Interviews intermediairen

Uit de interviews met de contactpersonen uit Roerdalen bleek dat zij tevreden waren over de samenwerking met de GGD. De communicatie met de GGD was goed, er kon contact op worden genomen en vragen werden snel beantwoord. De betrokkenheid kon echter nog verbeterd worden. De samenwerking kwam pas heel laat op gang waardoor alles heel snel moest gaan. Verder stond vanuit de GGD al vast wat de rol van de intermediairen was en hoe zij mee konden werken aan het project 'Zorgeloos in Beweging'. De intermediairen hadden hier echter graag nog een andere stap in gezien, zodat ook zij inspraak hierin konden hebben. Zij keken namelijk met een andere blik naar deze methode van werving en konden ook voor inbreng zorgen. De contactpersonen hadden ook graag gezien dat het proces sneller was verlopen. Tussen het eerste contact dat plaats vond voor de subsidieaanvraag, en het contact voor de opzet van een instructiebijeenkomst voor de vrijwilligers, heeft te veel tijd gezeten. Graag hadden zij tussendoor nog vaker contact met de GGD hierover gehad. In de tussentijd heeft overigens ook in de gemeente Roerdalen een werkoverdracht plaats gevonden. Degene waarmee het eerste contact is geweest, de manager Bejaardenwerk Roerstreek / Welzijn, heeft zijn werk over gedragen aan iemand anders waardoor er een nieuwe contactpersoon voor de vrijwilligers kwam. Ook zij heeft nu laten weten dat ze begin 2011 haar functie zal overdragen aan een ander persoon. Hierover wordt nog contact opgenomen met de GGD.

Door de contactpersoon uit de gemeente Venlo werd aangegeven dat er 7 huisartsen waren geïnstrueerd. Het voornaamste aspect dat uit het contact met deze persoon naar voren kwam is dat de huisartsen het heel erg druk hebben met andere dingen en dat ze hier nu geen tijd voor hadden. Een huisarts gaf wel aan zo al drie namen te kunnen noemen, maar dit was echter niet genoeg om mee verder te kunnen voor de cursus 'Zorgeloos in Beweging'. Van de andere huisartsen is verder ook niets meer vernomen.

4.1.3 Inhoudsanalyse

Uit de inhoudsanalyse is gebleken dat de flyer wordt ingezet om de locatie, data en tijden van de cursus bekend te maken. De flyer voor deze cursus sluit dan ook goed aan bij het doel waar deze voor staat. De deelnemers kunnen heel eenvoudig aflezen waar en wanneer zij verwacht worden. Tevens krijgen zij via deze flyer ook nog de mogelijkheid om contact op te nemen met de GGD wanneer iets niet duidelijk is.

De folder die de GGD inzet is voldoende. Globaal wordt hierin aangegeven wat de cursus inhoudt en wat men er leert. Eenmaal is uit een telefoongesprek gebleken dat de inhoud van de folder nog niet genoeg duidelijkheid schepte voor de cursus.

De tekst voor de lokale media, hier geldt de kabelkrant, betreft de tekst die op de flyer vermeldt is met hierbij nog een korte uitleg. Deze tekst dient er ook voor dat mensen alsnog geïnteresseerd raken en zich ook nog aan kunnen melden. Deze werving loopt dan ook niet via intermediairen, maar geldt voor

de mensen die zelf geïnteresseerd raken door deze tekst die zij tegen kunnen komen op de kabelkrant.

4.1.4 Informatie deelnemers Roerdalen

De cursus in Roerdalen stond gepland om te starten op 2 december, waarna de tweede bijeenkomst volgde op 9 december en de derde op 16 december. Vervolgens zou op 13 januari gestart worden met de vervolgstap (van de GGZ) van 8 bijeenkomsten, ook telkens op een donderdagmiddag van 14.00 uur tot 16.00 uur. Het minimale aantal deelnemers bedroeg 12 en het maximum was 20. Voor de cursus in Roerdalen waren allereerst 8 aanmeldingen, eigenlijk nog te weinig om te starten, maar een pilot was belangrijk om te zien of de cursus ook aansloeg. Er werd besloten om ook met dit aantal te starten.

Na een tweetal mensen (van deze 8 aanmeldingen) te hebben geïnformeerd over de dag waarop de cursus plaats vond moesten zij zich bij deze afmelden in verband met hun werk. Voor hen was het niet mogelijk om in de middaguren deel te nemen aan een cursus. Voor de eerste bijeenkomst kwam er nog een definitieve afmelding binnen van een deelnemer, ook hij meldde zich af en gaf aan dat de reden hiervan was dat hij op donderdagmiddag niet kon. Vervolgens werd de GGD benaderd door een mantelzorgster van een andere deelnemer. Zij gaf aan dat de deelnemer gevallen was en daarom de eerste bijeenkomst niet zou kunnen bijwonen. Het was nog even afwachten hoe het de week erna zou gaan.

De dag voordat de eerste bijeenkomst plaats zou vinden nam weer een andere deelnemster zelf contact op met de GGD om te melden dat ze al ooit een dergelijke cursus gevolgd had en dat ze niet aan iets deel wilde nemen dat ze al eerder gedaan had. Na haar ervan overtuigd te hebben dat dit niet zo was (omdat de cursus nieuw is kon dit niet) gaf ze aan dat ze die eerste bijeenkomst in ieder geval niet kon komen omdat ze op dat moment op haar kleinzoon wachtte die vast zat op het vliegveld in verband met weersomstandigheden.

Uiteindelijk is bij de GGD aan de hand van deze afmeldingen en het slechte weer besloten om deze eerste bijeenkomst te annuleren en om vervolgens op 9 december met de eerste bijeenkomst te starten. Het was dan ook niet rendabel om een cursus te geven voor drie personen. Daarbij kwam ook nog dat het niet verantwoord was om deze, toch kwetsbare, mensen tijdens het op dat moment ontzettend slechte weer te laten komen.

Vervolgens werd alles klaar gemaakt om 9 december met de cursus te kunnen starten. De dag ervoor belde nogmaals de mantelzorgster op van de deelnemer die de week ervoor ten val was gekomen. Ze gaf aan dat hij nog steeds niet kon komen, het herstel ging helaas nog maar moeizaam. Vanuit de GGD werd aangegeven dat maar even bekeken moest worden wanneer het weer wel zou gaan en dat hij anders in januari aan zou kunnen sluiten bij de vervolgstap. De ochtend voordat de cursus van start zou gaan werd de GGD weer benaderd door een deelnemster die zich bij deze ook definitief af wilde

melden voor de cursus. Haar man was dementerende en hier had ze het erg moeilijk mee. Op donderdagmiddag kon ze voorlopig niet meer omdat haar man dan thuis werd gebracht met een busje van de dagopvang. Het werd haar op dat moment allemaal erg veel, dit viel ook op tijdens het telefoongesprek doordat ze opeens heel emotioneel werd. Vervolgens is aan de hand hiervan besloten om de gehele cursus te annuleren omdat het niet mogelijk was met telkens weer afmeldingen. Bij deze cursus waren de sociale contacten namelijk ook erg belangrijk. Om dan bijeenkomsten te houden voor twee of drie deelnemers was niet rendabel genoeg. Alle deelnemers zijn op dat moment gebeld met de mededeling dat de gehele cursus geannuleerd werd.

Voordat dit gedaan werd is er echter wel eerst contact opgenomen met de persoon uit Roerdalen waar de aanmeldingen binnen kwamen. Zij gaf aan dat er echter wel personen bij zaten die de hulp hard nodig hadden. Aan de hand hiervan heeft ze ook de achtergrond van enkele mensen doorgegeven zodat vanuit de GGD deze informatie door kon worden geven aan de preventiemedewerkster van de GGZ. Zij zou dan alsnog contact op nemen met deze personen.

De achtergronden van deze mensen liepen nogal uiteen. Eerder bleek al dat er een deelnemster was die het moeilijk had met de dementie van haar man. Daarnaast was er een deelnemer die problemen had met zijn vrouw. Hij wilde ook deelnemen aan de cursus zonder dat zijn vrouw hier iets vanaf wist. Wanneer contact met hem gezocht zou worden kon het dan ook zijn dat hij geheimzinnig deed aan de telefoon, op dat moment zou zijn vrouw aanwezig zijn. Deze deelnemer had ook vaker negatieve uitspraken, zoals: "Als ik morgen tegen een boom aan rij, dan is dat maar zo". Hij wist van zichzelf ook niet of hij wel wilde en kon veranderen. Dit is overigens de deelnemer die zich zelf voor de gehele cursus heeft afgemeld. In het gesprek voor de afmelding had hij ook erg drammerig geklonken, hij gaf daarin aan dat hij nooit op donderdag zou kunnen.

Een andere deelnemster had hulp nodig omdat ze een heel andere belevingswereld heeft. Door de contactpersoon uit Roerdalen werd aangegeven dat zij veel dingen verkeerd oppakt en zelf niet weet hoe ze het anders aan zou moeten pakken. Het waren voornamelijk deze drie deelnemers waarvoor aangegeven werd dat ze hulp nodig hadden. Bij de andere drie was dit in mindere mate het geval. Dat bleek ook toen ze gebeld werden met de mededeling dat de cursus niet door zou gaan.

Een deelnemster gaf zelf al aan dat het een beter idee was om de cursus in de zomer te geven, met het slechte weer was het ook niet eenvoudig om je op te pakken en naar een dergelijke cursus te gaan. Ze gaf aan dat ze op dit moment contact had met de huisarts en met een psycholoog. Zelf vond ze dit voor nu voldoende. Wel gaf ze aan graag deel te willen nemen zodra de cursus wel van start zou gaan. De deelnemer die eerder afgemeld was vanwege een val wilde later ook graag deelnemen aan de cursus. Ook hij had op dit moment waarschijnlijk nog geen persoonlijke hulp nodig. Verder was er nog deelnemster die erg kortaf reageerde op het telefoongesprek waarin gemeld werd dat de cursus werd afgelast. Ook voor deze mevrouw hebben we aan de preventiemedewerkster van de GGZ doorgegeven dat het fijn was om even contact met haar op te nemen. Niet alleen vanwege haar

reactie aan de telefoon, maar ook omdat ze haar man een jaar geleden verloren had en aangaf het hier nog erg moeilijk mee te hebben.

Uiteindelijk is dan ook aan de preventiemedewerkster van de GGZ een lijst met gegevens over deze personen toegestuurd. Zij heeft al contact opgenomen met de mensen waarbij dat nodig geacht werd. De informatie die zij tijdens deze gesprekken kreeg is natuurlijk vertrouwelijk, maar toch is deze gedeeltelijk teruggekoppeld aan de GGD. Aan de hand van deze informatie kon zij concluderen dat de personen die zij gesproken had goed binnen de cursus 'Zorgeloos in Beweging' zouden passen. Met geen van de personen is dan ook een individueel traject gestart. De deelnemers hebben allen aangegeven te zullen starten met de cursus in Roerdalen zodra deze opnieuw wordt uitgezet.

4.2 Kwantitatief onderzoek

Voor het kwantitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van vragenlijsten voor de professionals en de vrijwilligers. Deze vragenlijsten hadden betrekking op de werving en de instructiebijeenkomst die daaraan vooraf is gegaan. Omdat er alleen vragenlijsten van de professionals retour zijn gestuurd konden er geen resultaten vanuit de vrijwilligers meegenomen worden. De informatie die in paragraaf 4.2.1 beschreven wordt heeft dan ook alleen betrekking op de professionals uit de gemeente Roerdalen. Aan de hand van deze resultaten¹⁴ uit de vragenlijst kon bekeken worden of de professionals tevreden waren over het proces. Hierbij kwamen ook de factoren betrokkenheid en communicatie aan bod.

4.2.1 Vragenlijsten

Uit de vragenlijsten kwam voornamelijk informatie naar voren over de instructiebijeenkomst en de werving. Zo bleek dat de instructie door de professionals aangeduid werd als duidelijk, nuttig en interessant. Aan de hand van deze instructie kon iedereen aan de slag met het benaderen van deelnemers, op één persoon na. Dit had te maken met de te beperkte tijd tijdens zijn/haar werkzaamheden in de avonddienst. Iedereen wist hoe hij of zij het beste de deelnemers kon benaderen en vond zichzelf daar ook toe in staat. Het benaderen van de deelnemers verliep over het algemeen ook goed. Extra ondersteuning is hier in de meeste gevallen niet bij nodig. Ook gaven de professionals aan dat hun betrokkenheid bij het project door middel van deze instructie voldoende was en dat de screeningslijst die zij daarbij ontvangen in de meeste gevallen heeft geholpen bij het benaderen van potentiële deelnemers. Verder zagen de professionals geen verbeterpunten met betrekking tot de instructies, maar gaven er twee wel aan dat ze een verbetering zagen voor het programma zelf. Hierbij werd aangegeven dat de werving beter bij de dagopvang in de dorpen gedaan kon worden, of daar waar cliënten 's middags een warme maaltijd toegediend krijgen.

¹⁴ De resultaten uit de vragenlijst van de professionals zijn terug te vinden in bijlage XIV.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk staat de conclusie van dit onderzoek centraal. De empirische vraagstelling, zoals opgesteld in hoofdstuk 1, zal hier beantwoord worden. De beantwoording van deze vraagstelling en de daarbij behorende deelvragen wordt gedaan aan de hand van de resultaten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen.

Empirische vraagstelling

Welke activiteiten verricht de GGD voor de implementatie van het gezondheidsbevorderende programma 'Zorgeloos in Beweging'?

Allereerst werd er een subsidieaanvraag ingediend voor het verkrijgen van subsidie. Aan de hand van deze subsidie kon er een programma opgezet worden dat betrekking had op de preventie van depressie. Na de subsidieaanvraag die ingediend was door de beleidsmedewerker van de GGD werd gestart met het verzamelen van informatie over depressies bij ouderen door de GB consultants die de gezondheidsbevorderende programma's opzetten. Aan de hand van deze informatie kon er ook een beschrijving worden opgesteld van de doelgroep voor de cursus en de intermediairen die de deelnemers voor de cursus zouden gaan werven (professionals en vrijwilligers actief in de ouderenzorg). Na het verzamelen van de informatie werd een draaiboek opgesteld met een aantal data, personen en middelen hierin benoemd om aan de slag te kunnen voor het programma 'Zorgeloos in Beweging'. Naast dit draaiboek werd ook een begroting opgesteld voor de verdeling van het geld uit de subsidie.

Er werd begonnen met het aangaan van gesprekken met personen uit de verschillende gemeenten die aangesteld waren als contactpersoon voor de GGD. Deze gesprekken hadden betrekking op de instructiebijeenkomst die plaats zou vinden voor de professionals en vrijwilligers, die de werving voor het programma zouden gaan verrichten. Nadat besloten was waar en wanneer de instructiebijeenkomst plaats zou vinden werden uitnodigingen verstuurd naar de professionals en vrijwilligers voor deze bijeenkomst met daarbij een folder over het programma. Tijdens die instructiebijeenkomst werd het thema depressie toegelicht, gevolgd door uitleg over het programma 'Zorgeloos in Beweging' en de rol die de professionals en vrijwilligers daarin zouden gaan vervullen.

Gedurende dit proces werd er ook op de werkplek gewerkt aan het programma 'Zorgeloos in Beweging'. Zo werden bijscholingen gevolgd die plaats vonden met betrekking tot het thema van het programma. Ook werd er gewerkt aan een handleiding en een werkboek voor respectievelijk de freelancers die het programma gaan verzorgen en de deelnemers aan de cursus.

Deelvragen

Wat verliep goed met betrekking tot de implementatie van het gezondheidsbevorderende programma 'Zorgeloos in Beweging'?

De samenwerking op de afdeling voor het programma 'Zorgeloos in Beweging' verliep goed. De projecten in de verschillende gemeenten werden onderverdeeld bij de twee GB consultants. Regelmatig voerden zij hier een overleg over met betrekking tot de stand van zaken. Tijdens deze overleggen was het mogelijk om elkaar aan te vullen door de verschillen in kennis en ervaring die zij hebben.

De samenwerking met de contactpersonen in Roerdalen verliep goed. Ze stonden open voor de medewerking aan het programma en hebben zich ingezet om professionals en vrijwilligers te vinden die deel wilden nemen aan de werving van deelnemers. Ook het verspreiden van folders en flyers onder professionals, vrijwilligers en deelnemers verliep hier goed.

Met betrekking tot de cursus kan gezegd worden dat deze theoretisch onderbouwd is. Voor het opstellen van de handleiding voor de freelancers en het werkboek voor de deelnemers is gebruik gemaakt van literatuur over depressie. Daarnaast kon de cursus ook kosteloos aangeboden worden aan de deelnemers.

Wat verliep minder goed met betrekking tot de implementatie van het gezondheidsbevorderende programma 'Zorgeloos in Beweging'?

Wat minder goed verliep tijdens de implementatie van het programma 'Zorgeloos in Beweging' was in de meeste gevallen het benaderen van partners voor samenwerking met betrekking tot de werving. Er waren een aantal organisaties die aangaven dat ze op dit moment geen tijd hadden. Meerdere malen was er ook sprake van functieoverdrachten waardoor het proces stagneerde.

Daarnaast verliep ook de werving van de deelnemers niet eenvoudig. Dit kwam onder andere door het bereik van te weinig professionals en vrijwilligers die de werving zouden verrichten, maar ook doordat het lastig is in verband met de doelgroep waar het bij dit programma om draait. De meeste professionals en vrijwilligers vinden het een goed idee om iets voor deze doelgroep op te zetten, maar zeggen het allemaal lastig te vinden om ze te bereiken of om ze iets aan te bieden. In Roerdalen zou de cursus van start gaan, maar deze moest op het laatste moment geannuleerd worden in verband met te weinig aanmeldingen.

Op de werkplek bleek het lastig om volgens de planning te werken. Op dit moment is er een draaiboek met daarin weken waarin bepaalde aspecten van het proces van start moeten gaan. Door de tijdsdruk was het ook vaak zo dat er niet meer volgens de planning gewerkt kon worden omdat er andere zaken tussen kwamen. Daarnaast is er nog geen empirische onderbouwing van het programma.

6. Discussie

In dit hoofdstuk komt de discussie aan bod. Daarbij is het belangrijk om eerst terug te koppelen naar de doelstelling die in dit onderzoek centraal stond; *'Het doel van het onderzoek is om aanbevelingen te geven voor de implementatie van een gezondheidsbevorderend programma door zowel de theorie over implementatie als de praktijk bij de GGD te bestuderen.'*

Hiermee wordt bedoeld dat er werd gekeken naar de implementatie zoals die in de theorie wordt beschreven en zoals de implementatie in de praktijk bij de GGD wordt uitgevoerd. Aan de hand van deze bevindingen worden in hoofdstuk 7 aanbevelingen opgesteld voor de punten waar in de praktijk nog verbetering in aangebracht kan worden.

Allereerst zal in dit hoofdstuk nog de relatie tussen de conclusie en het theoretisch kader worden beschreven in paragraaf 6.1, de praktische relevantie van het onderzoek wordt beschreven in paragraaf 6.2, de begrenzing van het onderzoek wordt aangegeven in paragraaf 6.3 en er komen suggesties voor een vervolgstudie aan bod in paragraaf 6.4.

6.1 Relatie conclusie en theoretisch kader

In het theoretische kader is gezocht naar richtlijnen en factoren die gelden voor implementatie. Deze richtlijnen en factoren zijn belangrijk om rekening mee te houden tijdens het proces van implementatie. Met betrekking tot de factoren en richtlijnen die in het theoretisch kader aan bod zijn gekomen zal hier gekeken worden of deze ook in de praktijk aan bod kwamen bij de GGD. Door deze vergelijking te trekken zal automatisch de analytische vraagstelling, en de deelvragen die hierbij geformuleerd waren, beantwoord worden. Met de schuingedrukte woorden in de tekst worden de factoren en richtlijnen weergegeven.

Tijdens de interviews, de observaties en de vragenlijsten zijn een aantal onderwerpen aan bod gekomen waaruit blijkt dat de GGD zich al richt op een aantal factoren en richtlijnen. Zo bleek uit de observaties op de werkplek dat de *kwaliteit van de projectleiders* goed is, onder andere door de ervaring. Daarnaast beschikken de medewerkers over verschillende *kennis* van vooropleidingen, waardoor zij elkaar aan kunnen vullen. Ook wordt er een klapper bijgehouden met informatie over depressiepreventie waarin is *beschreven wie de doelgroep* vormt; zelfstandig wonende 55 plussers, wie de mogelijke *intermediairen* voor de werving vormen; professionals en vrijwilligers in de zorg, welke *groepen implementatieactiviteiten* gaan verrichten; GB consultants en de intermediairen, wat het *project inhoudt*, een cursus gericht op een gezonde leefstijl en wat de *kosten* voor deelname aan het project zullen zijn; gratis.

Verder bleek uit de interne observaties dat er producten voor het project worden opgezet waarin een aantal aspecten naar voren komen. Zo wordt er een handleiding opgesteld voor de freelancer die de cursus voor de deelnemers verzorgt. Door middel van deze handleiding worden ook de *strategieën* vastgelegd waarmee de deelnemers aan de slag gaan met de preventie van depressie. Daarnaast

bleek (ook uit het interview met de GB consulente) dat er *marketingmiddelen* in worden gezet om de intermediairen, maar ook de deelnemers te informeren. Dit zijn een folder, een flyer en informatie die in de betreffende gemeente via de kabelkrant te zien is. Voor het gehele project is ook een draaiboek opgesteld met daarin een *globale planning* van tijd, de *inzet van middelen* en de *kosten* van het project.

Ook is duidelijk op welke manier de *resultaten* uit het project een *plek* zullen krijgen, wat de *bijproducten en ervaringen* zijn en de *resultaten en producten die het project oplevert*. Dit kwam in het interview met de beleidsmedewerker aan bod. De bedoeling is om uiteindelijk een lokaal beleid te krijgen met daarin al het aanbod voor een specifiek thema met daarbij het aanbod per leeftijdscategorie. Natuurlijk vormt ook de gezondheidsverbetering van de deelnemers een resultaat. Ook kwam naar voren dat in één gemeente *gegevens over de omvang van de bevolking* verkregen waren. Deze werden aangevuld met de gegevens uit de gezondheidsmonitor van de GGD. Verder gaf de beleidsmedewerker aan dat er alles aan wordt gedaan om de mensen ervan te overtuigen dat de GGD een *betrouwbare, deskundige en goed te bereiken* organisatie is.

Uit het interview met de GB consulente kwam naar voren dat het product *theoretisch is onderbouwd* en dat de *communicatie met de intermediairen* in de gemeente Roerdalen goed verliep. Dit bleek ook uit het interview dat gehouden is met de intermediairen uit de gemeente Roerdalen zelf.

Ook zijn er een aantal richtlijnen en factoren die in het theoretisch kader aan worden gegeven om rekening mee te houden tijdens een traject van implementatie die nog niet aan bod kwamen bij de GGD. Zo bleek dat er een *draaiboek* opgesteld was voor het project 'Zorgeloos in Beweging'. Hier zat echter *geen concreet plan van aanpak* bij. Er is wel een concept plan van aanpak¹⁵ opgesteld. In het draaiboek komt echter ook *geen duidelijke planning* aan bod. Er stonden weeknummers benoemd waarin enkele activiteiten gedaan moesten zijn. Hier *ontbreekt* echter een *concrete beschrijving van de activiteiten*. Grotendeels zijn het data waarop iets van start moet zijn gegaan met daarbij een beschrijving van wat er gedaan moet zijn. Het 'hoe' ontbreekt hier. In dit draaiboek en het plan van aanpak zijn *geen implementatiedoelstellingen* meegenomen. Wel stond vast dat de intermediairen het programma bij de doelgroep aan gaan bieden. Daarnaast zijn er ook *geen SMART doelen* opgesteld voor het programma. De doelen die opgesteld zijn voor 'Zorgeloos in Beweging' zijn terug te vinden in bijlage II.

Al snel bleek dat er *geen analyses* uitgevoerd zijn in de gemeenten waar het programma 'Zorgeloos in Beweging' opgezet zou worden. Door middel van deze analyse zouden belemmerende en bevorderende factoren aan bod kunnen komen. Ook bleek tijdens het proces dat er organisaties zijn die niet open staan voor een samenwerking of professionals en vrijwilligers die zeggen dat het zo niet gaat lukken om de mensen te benaderen. Het *draagvlak* voor dit programma is dus nog erg laag en zou op de verschillende niveaus eerst gecreëerd moeten worden voordat daadwerkelijk het

¹⁵ Zie bijlage II voor het concept plan van aanpak.

programma succesvol opgezet en uitgevoerd kan worden. Een ander aspect dat hierin meespeelt, is de *betrokkenheid van de intermediairen* bij het programma. In de interviews met de contactpersonen werd aangegeven dat ook dit verbeterd kan worden door vaker contact op te nemen om de stand van zaken te bespreken. Daarnaast kan ook de *betrokkenheid* van de professionals en vrijwilligers verbeterd worden, ze krijgen alleen de instructiebijeenkomst vanuit de GGD en gaan hierna met de werving aan de slag.

Wat ook aan wordt gegeven als een belangrijke factor is het *betrekken van de doelgroep* bij de opzet van de cursus. Dit is voor 'Zorgeloos in Beweging' niet gebeurd, onder andere omdat het een lastig te bereiken doelgroep is. Echter is ook de *behoefte van de doelgroep* niet in kaart gebracht. Ook mede omdat het een lastig te bereiken doelgroep is. *Specifieke gegevens van de doelgroep* zijn er ook niet per gemeente, gemiddeld ligt het aantal ouderen met een hoog risico op een depressie rond één derde, maar dit kan natuurlijk per gemeente verschillen.

Als laatste is het belangrijk om vooraf te bepalen hoe de *evaluatie* van de cursus en ook het gehele proces eruit zal zien. Dit kan ook helpen voor de *empirische onderbouwing* van het product die later gebruikt kan worden om meer personen te motiveren voor deelname. Deze evaluatie dient van tevoren uitgeschreven te zijn, dit is bij de GGD echter niet gedaan voor het programma 'Zorgeloos in Beweging'. Gedurende het proces wordt er een vragenlijst opgesteld die de deelnemers ter evaluatie in de laatste bijeenkomst invullen. Echter dient ook het proces geëvalueerd te worden op de werkplek, bij de contactpersonen en de professionals en vrijwilligers in dit geval. Hier wordt logischerwijs een eindgesprek voor gepland.

6.2 Praktische relevantie

Het implementeren van (nieuwe) gezondheidsbevorderende programma's is een belangrijke taak van de GGD. Aan de hand van dit onderzoek is gekeken hoe aan de implementatie van het programma 'Zorgeloos in Beweging' gewerkt werd. Het komt namelijk weleens voor dat programma's direct veel mensen aantrekken, dat er veel samenwerkingspartners te vinden zijn en dat de werving goed verloopt. Het tegenovergestelde kan echter ook het geval zijn, dat het moeilijk is om samenwerkingspartners te vinden en dat de werving van deelnemers maar moeilijk verloopt.

Door middel van dit onderzoek was het belangrijk om inzicht te krijgen in de implementatie van een gezondheidsbevorderend programma. Onderzocht werd hoe hier bij de GGD aan werd gewerkt en uiteindelijk was het mogelijk om aan de hand van bevindingen aanbevelingen op te stellen voor een volgende implementatie van een programma.

Daarnaast is de GGD een organisatie die wil veranderen van werkwijze. Hiermee wordt voornamelijk bedoeld dat de werkzaamheden van de GGD minder uitvoerend en meer adviserend worden. Voor een team gezondheidsbevordering kan dan ook meer gericht worden op het proces, zoals het creëren van draagvlak, het bij elkaar brengen van organisaties en het organiseren van de werving.

De aanbevelingen die in deze scriptie zullen worden gegeven aan de hand van de resultaten en de conclusie uit het onderzoek sluiten hier goed bij aan. Deze zijn voornamelijk gericht op het creëren van draagvlak, de samenwerking met de partners, het proces van de werving, de planning van het proces en het maken van een analyse per gemeente. Dit zijn werkzaamheden waar de medewerkers op de afdeling zich meer op zullen gaan richten door middel van de nieuwe werkwijze.

6.3 Begrenzing van het onderzoek

In het onderzoek is gekeken naar het proces dat is verricht om de cursus 'Zorgeloos in Beweging' op te zetten. Aangezien het onderzoek gestart is vanaf een moment waarop al vast stond dat 'Zorgeloos in Beweging' uitgezet zou worden en er al enige dingen voor geregeld waren is niet het gehele proces mee genomen. De subsidieaanvraag was bijvoorbeeld al gedaan, enkele contacten met gemeenten en personen uit die gemeenten hadden al plaats gevonden en de folders waren al opgesteld en gedrukt. Daarnaast was ook de duur van de stage korter dan de implementatie, waardoor vanaf een bepaald moment niet alles meer mee genomen kon worden in deze scriptie.

Voor de gemeente Roerdalen zijn de overleggen met de contactpersonen, de instructiebijeenkomst, het proces van de werving, de interviews met de intermediairen (contactpersonen), vragenlijsten aan de professionals en informatie over de deelnemers meegenomen in dit onderzoek.

De instructiebijeenkomst in de gemeente Beesel en de informatie die met betrekking tot de gemeente Beesel besproken werd tijdens interne overleggen is meegenomen. De instructiebijeenkomst in deze gemeente heeft echter te laat plaats gevonden om informatie met betrekking tot de werving te onderzoeken.

Voor de gemeente Venray geldt dat alleen de informatie die tijdens de interne overleggen naar voren is gekomen meegenomen kon worden in het onderzoek. Hier heeft nog geen instructiebijeenkomst (en dus ook geen werving) plaats gevonden.

In Venlo is informatie verkregen over de instructiebijeenkomst die hier door de contactpersoon zelf is uitgevoerd. Deze informatie is meegenomen in het onderzoek. Omdat bleek dat het om een groep huisartsen ging die het erg druk had is hier verder geen informatie voor verzameld. Uiteindelijk is het gehele proces in Venlo dan ook verzet naar 2011.

Als laatste blijven de gemeenten Weert en Nederweert nog over. Hier is nog geen concrete start mee gemaakt in 2010. Wel zijn er enkele contacten geweest tussen de beleidsmedewerker van de GGD en de gemeenteambtenaren uit Weert en Nederweert. In Weert is ook al gesproken met een voorzitter van het Lokaal Zorgoverleg. Echter zijn er op dit moment nog geen concrete afspraken.

Wanneer wordt teruggeblikt op de methode van het onderzoek blijkt dat er weinig respons is op de vragenlijsten die verstuurd zijn naar de professionals en vrijwilligers die in Roerdalen de werving hebben verzorgd. Deze waren namelijk verstuurd naar 8 vrijwilligers en 23 professionals, waarvan

slechts 7 vragenlijsten van alleen maar de professionals zijn geretourneerd. In deze vragenlijsten stond voornamelijk de betrokkenheid en communicatie van deze personen centraal. De lage respons is juist hiervoor ook informatief. Zo kan het een overschat beeld geven omdat slechts 30% de vragenlijst heeft geretourneerd. Dit betekent dat 70% dit niet heeft gedaan, wat aan zou kunnen geven dat ze zich minder betrokken voelen.

Voor de interviews die zijn afgenomen bij de contactpersonen in Roerdalen en Venlo geldt eigenlijk hetzelfde. In Roerdalen kwam de meeste informatie uit de interviews naar voren, maar liep het proces met betrekking tot het programma 'Zorgeloos in Beweging' ook het beste. In Venlo bleek dat voornamelijk het tijdsaspect de grootste rol speelde en is ervoor gekozen om het programma naar 2011 te verzetten waardoor nog niet veel informatie over de communicatie en de betrokkenheid gezegd kon worden. Voor Beesel, Venray, Weert en Nederweert geldt dit ook, omdat de gesprekken hier pas later op gang zijn gekomen konden hier geen interviews meer afgenomen worden over het gehele proces waardoor de betrokkenheid en communicatie uiteindelijk niet onderzocht is. Uit interviews in deze gemeenten zou kunnen blijken dat de communicatie en betrokkenheid op meerdere punten verbeterd zou kunnen worden omdat het uiteindelijk niet gelukt is om de werving tijdig uit te zetten.

6.4 Suggestie voor vervolgonderzoek

Effectevaluatie

In dit onderzoek zou eigenlijk een effectevaluatie meegenomen worden. Omdat de cursus echter in geen enkele gemeente van start is gegaan, was het niet mogelijk om deze uit te voeren. Aangeraden wordt om tijdens de eerstvolgende cursus deze effectevaluatie te verrichten. Deze effectevaluatie kan worden uitgevoerd aan de hand van het evaluatieformulier¹⁶. Het vormt echter ook een meerwaarde wanneer iemand aanwezig is bij de cursus om te observeren hoe de deelnemers reageren tijdens de bijeenkomsten. Deze informatie kan dan meegenomen worden bij het verwerken van de evaluatieformulieren. Daarnaast heeft dit evaluatieformulier alleen betrekking op de opstap van het programma 'Zorgeloos in Beweging'. Het is ook goed om na het gehele traject een evaluatie plaats te laten vinden. Deze evaluatie kan opgesteld worden in samenspraak met de preventiemedewerkster van de GGZ. Zij zal deze vervolgstap verzorgen en heeft dan ook het beste zicht op de informatie en het beweegaanbod dat tijdens deze bijeenkomsten aan bod zal komen.

¹⁶ Zie bijlage XVI voor dit evaluatieformulier.

7. Aanbevelingen

In de voorgaande hoofdstukken zijn zowel de resultaten als de conclusie en de discussie geschreven. Aan de hand van de informatie uit deze hoofdstukken kunnen aanbevelingen opgesteld worden voor een aantal aspecten die nog verbeterd kunnen worden. Er zijn dan ook een aantal aspecten die erg belangrijk blijken te zijn voor het laten slagen van een gezondheidsbevorderend programma van de GGD. Voor deze aspecten komen in dit hoofdstuk aanbevelingen aan bod die bij een volgend programma toegepast kunnen worden. Paragraaf 7.1 geeft aanbevelingen voor het creëren van draagvlak, gevolgd door paragraaf 7.2 waarin aanbevelingen aan bod komen voor de werving, paragraaf 7.3 beschrijft een aanbeveling voor de planning, gevolgd door paragraaf 7.4 waarin het hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen voor een analyse van bevorderende en belemmerende factoren.

7.1 Draagvlak creëren

Sluit met organisaties een samenwerkingscontract af. Op deze manier staan afspraken zwart-wit op papier en kunnen organisaties later niet zeggen dat ze geen tijd hebben. Dit kan gedaan worden tijdens een kennismakingsgesprek waarin het gehele proces voor de cursus 'Zorgeloos in Beweging' wordt toegelicht.

Organiseer netwerkbijeenkomsten om te netwerken in elke gemeente waar subsidie is verkregen voor de uitvoer van het programma. Zorg ervoor dat er gemeenteambtenaren en belangrijke personen uit verschillende zorginstellingen aanwezig zijn. Door elke zorginstelling kan toegelicht worden wat zij doen aan een bepaald gezondheidsthema en wat bij hen wel en wat niet werkt. Zo kan een overzicht gemaakt worden van het lokale aanbod (gemeentelijk). Aan de hand van deze bijeenkomst kan er ook voor gezorgd worden dat de gemeenteambtenaar (of met betrekking tot de nieuwe functie van de GGD, de GGD) dit gehele aanbod in kaart brengt en er vervolgens voor zorgt dat uitgezocht wordt welke instellingen iets voor elkaar kunnen betekenen. Gebleken is namelijk dat bijna elke instelling een eigen aanbod heeft en er onderling weinig wordt samengewerkt. Zo'n samenwerking, dan wel afstemming, zou echter kunnen zorgen voor betere resultaten.

Daarnaast kan men ook met de contactpersonen, in elke gemeente waar het programma gaat draaien, om tafel gaan zitten en bespreken hoe zij denken dat het proces er uit zou moeten zien. Hoe zouden zij het aanpakken en welke openingen zien zij voor een goede samenwerking. Zorg ervoor dat ook zij tevreden zijn over het proces dat gevolgd zal worden. Zij hebben vaak ook meer zicht op de doelgroep omdat ze hier vaker mee in aanraking komen.

Zorg voor een buffer. Hou van tevoren rekening met uitval van personen. Stel hier een bestand voor op hoe je te werk gaat wanneer er een functiewisseling plaats vindt. Zet daarom ook alle informatie met betrekking tot 'Zorgeloos in Beweging' en het gehele proces op papier. Zorg ervoor dat de afspraken die al gemaakt zijn op papier staan en maak een afspraak met de nieuwe contactpersoon

om dit toe te lichten zodat er geen tijd verloren kan gaan. Denk er ook aan om informatie met betrekking tot een functieoverdracht mee te nemen in het samenwerkingscontract.

7.2 Werving

Tijdens de instructiebijeenkomsten kwam al aan bod dat het, op de manier zoals de GGD wil werven, lastig zou worden om mensen bereid te krijgen deel te nemen aan de cursus. Vanuit de GGD kan ervoor gezorgd worden dat de professionals en vrijwilligers die de werving verrichten iets geboden wordt. Zij voeren deze werkzaamheden namelijk uit tijdens hun werk of in hun eigen tijd maar krijgen hier niets extra's voor. Met name ervoor zorgen dat ze waardering krijgen voor de werkzaamheden die ze verrichten is hier van belang. Ze geven de ouderen een kans om hun levensstijl te verbeteren waardoor uiteindelijk hun gezondheidstoestand verbetert en ze misschien wel langer zelfstandig kunnen blijven. Wanneer dit goed bij deze professionals en vrijwilligers over komt zullen ze ook merken dat het gewaardeerd wordt wat voor werk ze doen. Hou daarom na de werving nog een terugkombijeenkomst om de professionals en vrijwilligers te laten vertellen wat ze van het proces vonden en welke ervaringen ze op hebben gedaan. Vooral na de eerste cursus is het van belang om ook te weten te komen wat ze graag verbeterd zouden willen zien vanuit de GGD. Probeer voor een dergelijke terugkombijeenkomst aan te sluiten bij teamoverleggen van de professionals en werkzaamheden van de vrijwilligers, zodat zij geen extra tijd vrij hoeven te maken.

Daarnaast kan de werving door de GGD ook op andere aspecten gericht worden en niet alleen op het bereiken van deelnemers via de professionals en vrijwilligers. Zo kunnen er folders uitgedeeld worden tijdens dagactiviteiten waar vaak veel ouderen aanwezig zijn. Wat ook een aantal keren ter sprake is gekomen zijn de maaltijdvoorzieningen die er zijn voor ouderen. Zorg ervoor dat, misschien een medewerker of freelancer van de GGD, hier aanwezig is die de mensen op informele wijze aan kan spreken over de cursus 'Zorgeloos in Beweging'.

Wanneer er in een gemeente toch gekozen wordt voor de werving via de professionals en de vrijwilligers, zorg er dan voor dat de professionals en vrijwilligers gescheiden worden bij de instructiebijeenkomst. Dit zorgt er weliswaar voor dat het meer tijd kost voor de medewerkers van de GGD, maar de professionals hoeven niet in hun vrije tijd naar een bijeenkomst te komen. Bij de professionals kan namelijk aangesloten worden bij de teamoverleggen. Zo worden ook meer professionals bereikt voor het verzorgen van de werving. Uiteindelijk kost het dus meer tijd voor de GGD maar zullen er wel meer personen bereikt worden die de werving kunnen gaan verrichten. Deze tijd zal later weer terugverdient worden omdat, naar alle waarschijnlijkheid, sneller een cursus kan worden gestart.

7.3 Planning/draaiboek

Maak een planning met daarin concrete weken en concrete activiteiten die in de betreffende week plaats moeten vinden. Plan deze activiteiten op tijd en neem minstens 5 weken van tevoren contact op met personen die bij deze activiteit aanwezig moeten zijn of die iets moeten ondernemen voor deze

activiteit. Maak deze planning samen met alle mensen die betrokken zijn bij 'Zorgeloos in Beweging' om na te kunnen gaan of deze planning realistisch is. Het is daarom ook belangrijk om om de tafel te gaan zitten met de contactpersonen uit alle gemeenten waar het programma opgezet gaat worden.

Maak een planning waarin per week beschreven wordt wat door wie wordt gedaan. Voeg deze planning toe in ieders agenda, of in de takenlijst in outlook, met daarbij een verwijzing naar het draaiboek. Zet er niet meer alleen weken in waarin iets van start moet gaan of waarin iets klaar moet zijn, maak ook tussenstappen. Dan kan er ook vaker geëvalueerd worden zonder dat de planning daardoor achterop raakt.

7.4 Analyse bevorderende en belemmerende factoren

In alle gemeenten waar het programma 'Zorgeloos in Beweging' uitgezet wordt kan anders worden gereageerd op dit programma. Zo bleek ook uit de resultaten van dit onderzoek. Zorg ervoor dat duidelijk is wat in elke gemeente bevorderende en belemmerende factoren kunnen zijn voor de opzet en uitvoer van 'Zorgeloos in Beweging'.

Kijk bijvoorbeeld welke partners open staan voor een samenwerking en welke partners hier niet voor open staan. Stel een samenwerkingscontract met de instellingen die wel open staan voor een samenwerking. Zo heb je meteen op papier staan wat deze instelling voor het programma van de GGD kan betekenen.

Maak zo een inventarisatie van het aantal mensen dat mee kan helpen aan de werving en kijk wat er in de gemeente nog meer op zorggebied aangeboden wordt. Ga bijvoorbeeld niet concurreren met een ander programma, of met de huisartsen in een bepaalde gemeente, maar probeer dan samen te werken. Stel een keten op waarin duidelijk wordt hoe het aanbod verdeeld is en wie met elkaar zou kunnen samenwerken. Zorg dus dat er een duidelijk beeld ontstaat van het gehele aanbod (in dit geval voor depressie of hiervoor relevante thema's) in de betreffende gemeente waardoor er ook kans van slagen is voor het programma 'Zorgeloos in Beweging'.

Probeer ook na te gaan of de cursus 'Zorgeloos in Beweging' voldoet aan de behoefte van de doelgroep. Benader hiervoor bijvoorbeeld de professionals en vrijwilligers om hier een beeld van te krijgen. Zij staan vaak dicht bij de mensen en kunnen misschien achter deze informatie komen. Breng gegevens, als de omvang van de populatie die in een bepaalde gemeente hoger risico heeft op een depressie, in kaart en bekijk hoe deze personen bereikbaar zijn. Zitten ze in verzorgingshuizen, wonen ze in een ander complex, komen ze bij elkaar voor dagactiviteiten enz.

Literatuurlijst

Artikelen

Fleuren, M., Friele, R. Haaijer-Ruskamp, F. Keijsers, J. Klazinga, N. & Ravensbergen, J. (2006). *Begrippenkader voor implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren bij implementatie in de gezondheidszorg*. Nijmegen: UMC St. Radboud.

Grol, R., Wensing, M., Laurant, M. & Harmsen, M. (2003). *Implementatie van kennis in de praktijk. Het richtlijnen implementatieprogramma*. Nijmegen: UMC St. Radboud.

Boeken

Blekman, J., Bohlmeijer, E., Bransen, E., Mutsaers, K., Smit, F., Voordouw, I. & Willemse, G. (2007). *Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs.

Boer, D. den, Bouwman, H., Frissen, V. & Houben, M. (2005). *Methodologie en statistiek voor communicatie-onderzoek*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Brug, J., Assema, P. & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.

Burns, A. & Bush, R. (2006). *Principes van marktonderzoek. Toepassingen met SPSS*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Hart, H. het, Boeije, H. & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Heiligers, P., Calsbeek, H. & Friele, R. (2001). *Ontwikkeling implementatiemonitor ZON*. Utrecht: Nivel.

Hulscher, M., Wensing, M. & Grol, R. (2000). *Effectieve implementatie: theorieën en strategieën*. Den Haag: Zorgonderzoek Nederland ZON.

Kok, H. (2000). *Marketing in maintenance: het onderhouden van de klantrelatie*. Alphen aan den Rijn: Samsom.

Lucht, van der F. & Polder, J. (2010). *Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Bilthoven: RIVM.

Ravensbergen, J., Friele, R., Keijsers, J., Wensing, M. & Klazinga, N. (2003). *In zicht. Nieuwe wegen voor implementatie*. Assen: Van Gorcum.

Ravensbergen, J. & Zandvliet, J. (2006). *Dat verandert de zaak! Geleerde implementatielessen van ZonMw*. Assen: Van Gorcum.

Saan, H. & Haes, W. de. (2005). *Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden: NIGZ.

Splunteren, P. van., Veld, C. in het. & Barneveld, T. van. (2004). *Implementatie van richtlijnen: kan het sneller?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Theunissen, N. Pas, S. te., Friele, R. (2003). *Evaluatie Implementatiemonitor ZonMw*. Utrecht: Nivel.

Vandelanotte, C. & Wouters, E. (2006). *Stapsgewijs naar een bewegingsbeleid op het werk*. Leuven: LannooCampus.

Wensing, M., Splunteren van, P., Hulscher, M. & Grol, R. (2000). *Praktisch nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.

Bijlage I Verantwoording & Relevantie SGM

Implementatie is een aspect dat steeds belangrijker wordt voor de opzet en uitvoering van projecten. Dit geldt dus ook voor de projecten die door de GGD opgezet en uitgevoerd worden.

Een belangrijk aspect voor deze projecten vormt de subsidie waardoor deze projecten gerealiseerd kunnen worden. Deze subsidie wordt gegeven vanuit ZonMw. ZonMw neemt daarom ook tussenrapportages af waarin zij kijken naar de tijdsplanning, de samenwerking met betrokken personen, het plan van aanpak inclusief evaluatie, het bereik bij de doelgroep in aantallen en diversiteit, de verwijzing naar preventieve activiteiten en de interventies.

Daarom is dit onderzoek naar de implementatie van het gezondheidsbevorderende programma 'Zorgeloos in Beweging' ook zo belangrijk. Aan de ene kant levert het informatie op voor de tussenrapportage die nodig is voor ZonMw en aan de andere kant kan gekeken worden wat er nog allemaal moet veranderen aan de implementatie om zo ook te kunnen voldoen aan de eisen van ZonMw.

Daarnaast wil de GGD zich gaan richten op een andere werkwijze. De GGD gaat als organisatie meer optreden als adviseur in plaats van uitvoerende. Dit onderzoek sluit daar goed bij aan. Aan de hand van het onderzoek is ook gebleken dat zo'n functie nodig is om een netwerk te kunnen creëren en daadwerkelijk de cursussen uit te zetten. Door een goede basis op dit gebied zal uiteindelijk het uitvoerende aspect makkelijker verlopen.

Bijlage II 'Zorgeloos in Beweging'

'Zorgeloos in Beweging' is het programma dat door de GGD, in samenwerking met de GGZ, opgezet en uitgevoerd wordt met betrekking tot depressiepreventie bij 55 plussers.

Het programma staat op de planning voor 5 gemeenten in 2010; Roerdalen, Venlo, Venray, Beesel en Nederweert.

Gelijktijdig met de subsidieaanvraag is er nagedacht over het uitzetten van dit programma in de verschillende gemeente. Aan de hand daarvan is dit concept van het plan van aanpak opgesteld.

Concept plan van aanpak

1. Samenwerkingsplan verder uitwerken met de partners.
2. Wervingsplan uitwerken.
3. Ontwikkeling checklist met risicofactoren voor depressieve klachten of depressie.
4. Bijeenkomst voor wijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners en welzijnswerkers waarin het project wordt toegelicht en met name het gebruik van die checklist.
5. Screen adhv deze checklist.
6. Aanmelden van deelnemers voor 'Zorgeloos in Beweging' en Liever Bewegen Dan Moe (2 programma's die bij elkaar horen en in totaal uit 11 bijeenkomst bestaan).
7. Uitvoering programma 'Zorgeloos in Beweging'. 'ZiB' is een introductieprogramma van 3 bijeenkomsten, laagdrempelig en gericht op gezonde leefstijl in het algemeen (dus ook aandacht voor voeding en bewegen).
8. Uitvoering programma Liever Bewegen Dan Moe. LBDM is een programma van 8 bijeenkomsten met steeds een gedeelte voorlichting en een beweeggedeelte.
9. Evaluatie.
10. Verankering project binnen de samenwerkende instellingen.

Doel

De doelstellingen van het programma 'Zorgeloos in Beweging', gericht op depressiepreventie, zijn:

- mensen stimuleren om te kiezen voor lichamelijk gezond gedrag (eten, bewegen)
- mensen informeren over beschermende factoren (positieve denkstijl, sociale vaardigheden, kunnen ontspannen, gevoel van controle)
- mensen stimuleren om beschermende factoren te gebruiken
- mensen motiveren om beschermende factoren aan te leren als deze niet voldoende aanwezig zijn.

Doelgroep

De doelgroep wordt gevormd door 55 plussers die een verhoogd risico hebben om depressieve klachten te ontwikkelen.

Dit kunnen zijn:

- Ouderen met chronische lichamelijke klachten;
- Ouderen met een een lage SES;
- Alleenstaanden of verweduwden;
- Werkelozen of ouderen die net gestopt zijn met het arbeidsproces;
- Ouderen met vage lichamelijke klachten en spanningsklachten.

Inhoud programma

De GGD heeft contactpersonen in de 5 gemeenten waar het programma 'Zorgeloos in Beweging' zal worden uitgezet. Dit kunnen per gemeente meerdere personen zijn, afhankelijk van de zorginstellingen waarmee contact wordt gelegd. Zij vormen het aanspreekpunt voor zowel de GGD als voor de professionals en vrijwilligers. Voor het programma wordt gebruik gemaakt van deze professionals en vrijwilligerse die 'achter de voordeur' komen bij de doelgroep, zij zullen namelijk de werving gaan verzorgen. Voor hen wordt dan ook een instructiebijeenkomst georganiseerd door de GGD. Tijdens deze instructiebijeenkomst krijgen zij meer informatie over een depressie en de doelgroep waarnaar de GGD op zoek is voor 'Zorgeloos in Beweging'. Na deze uitleg volgt de uitleg over het programma 'Zorgeloos in Beweging'. De professionals en vrijwilligers krijgen zo de boodschap mee om mensen te gaan werven waarvoor het programma 'Zorgeloos in Beweging' geschikt is. Dit gebeurt aan de hand van een screeningslijst¹⁷ die zij tijdens deze instructiebijeenkomst uitgereikt krijgen. Daarnaast is het de bedoeling dat de professionals en vrijwilligers tijdens de instructie een flyer uitgereikt krijgen met daarop de dagen en tijden waarop de bijeenkomsten van de cursus plaats vinden. Zodra zij een deelnemer hebben geworven kunnen zij deze flyer aan hem/haar overhandigen. Het programma wordt aan de mensen toegelicht met daarbij het programma 'Zorgeloos in Beweging' als laagdrempelig aanbod en het programma 'Liever Bewegen dan Moe' als specifiek aanbod voor mensen met verhoogd risico op depressieve klachten. Hierna volgt de definitieve aanmelding waarbij zoveel mogelijk rekening gehouden wordt met leeftijd, sexe en etniciteit. Gestart wordt met het introductieprogramma 'Zorgeloos in Beweging' (deel 1) bestaande uit drie wekelijkse bijeenkomsten van elk twee uur. Deelnemers aan het introductieprogramma kunnen vervolgens verder gaan met het programma 'Liever Bewegen dan Moe' (deel 2) bestaande uit 8 bijeenkomsten met steeds een gedeelte voorlichting en een beweeggedeelte.

Introductieprogramma 'Zorgeloos in Beweging' (deel 1)

1. In de eerste bijeenkomst worden een aantal gegevens verzameld om de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de deelnemers te meten. Dit betreft een wandeltest, het berekenen van de BMI, het meten van de bloeddruk en de hartslag en het meten van de geestelijke gezondheid door middel van een vragenlijst.
2. In de tweede bijeenkomst staat een gezonde leefstijl centraal. Hier wordt ingegaan op de rol van gezonde voeding en voldoende beweging op de (geestelijke) gezondheid. De deelnemers zullen tijdens deze bijeenkomst interactief aan de slag gaan om te zien hoe het gesteld is met hun geestelijke gezondheid. Ze denken na over wat voor hen belangrijk is in het dagelijkse

¹⁷ Zie bijlage XV voor de screeningslijst.

leven en zullen in de week daarna aan de slag gaan met een aandachtspunt voor verbetering van hun geestelijke en lichamelijke gezondheid.

3. In de derde bijeenkomst wordt een kort beweegprogramma uitgevoerd, afgestemd op de doelgroep. Het beweegprogramma wordt afgesloten met een ontspanningsoefening. Deze les wordt verzorgd door een MBVO docent. Zowel voor als na de beweegles wordt bij de deelnemers een glucosemeting gedaan om te laten zien welk effect bewegen op de glucosespiegel heeft. Vervolgens wordt informatie gegeven over het vervolgprogramma 'Liever Bewegen dan Moe'.

Vervolgprogramma 'Liever Bewegen dan Moe' (deel 2)

Elke bijeenkomst kent dezelfde opzet:

- 45 minuten bewegen, aangepast aan de doelgroep
- 15 minuten ontspanningsoefeningen
- 15 minuten pauze
- 30 minuten themabespreking met oefeningen
- 15 minuten afronding en ruimte voor vragen en sociaal contact

De thema's zijn afhankelijk van de vragen van de doelgroep, maar dienen wel relevant te zijn voor depressiepreventie. Te denken valt aan thema's als spanning & ontspanning, slapen, positief denken en een positief zelfbeeld, sociale contacten en sociale vaardigheden en tijd voor jezelf.

Samenwerkingspartners

Gemeenten

GGZ Noord- en Midden-Limburg

Thuiszorgorganisatie Zorggroep Noord- en Midden-Limburg

Welzijnsorganisatie Stichting Wel.Kom

Ouderenorganisaties

Huisartspraktijken

Gemeente Venlo

Gemeente Roerdalen

De GGD heeft een samenwerkingsplan opgesteld waarin gewerkt zal worden aan de volgende doelstellingen binnen het subsidietraject van Preventiekracht Dicht bij Huis (Depressiepreventie):

1. De Zorggroep NML en St. Wel.Kom zullen met behulp van het nog te ontwikkelen screeningsinstrument de risicogroep, mensen met een verhoogd risico om depressieve klachten te ontwikkelen, beter kunnen signaleren c.q. bereiken en doorverwijzen naar de programma's 'Zorgeloos in Beweging' en 'Liever Bewegen dan Moe'.
2. De GGD en GGZ zullen in samenwerking met de thuiszorg- en welzijnsorganisaties en gemeenten zorgdragen voor de uitvoering van deze (kosten)effectieve GB en depressieprogramma's.

3. De GGD zal zorgdragen voor de coördinatie van de integrale aanpak van depressiepreventie en gezondheidsbevordering tijdens de projectperiode en de inspanningsverplichting aangaan om de voorwaarden te creëren voor een structurele inbedding van de programma's in de regio Noord- en Midden-Limburg.
4. Door de opzet van de pilot wordt bewust rekening gehouden met relevante verschillen binnen de doelgroep zoals sekse, leeftijd, etniciteit en sociaal economische status.

Fasering

Het programma wordt in een tweetal overleggen besproken en uitgewerkt met de betrokken samenwerkingspartners. Hierbij zijn de uitvoerders van de bijeenkomsten zoveel mogelijk aanwezig. Bij de werving van de deelnemers wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de intermediairen die 'achter de voordeur' van de doelgroep komen. Dit betekent dat in overleg met de organisatie(s) die de deelnemers 'leveren' twee maanden wordt uitgetrokken voor het screenen, het informeren en het aanmelden van de deelnemers.

In de daaropvolgende maand kan dan het introductieprogramma (de eerste 3 bijeenkomsten van 'Zorgeloos in Beweging') gepland worden. Dit zal in overleg met de instanties of personen moeten gebeuren die deze bijeenkomsten zullen verzorgen. Tijdens de derde en laatste bijeenkomst van het introductieprogramma laten de deelnemers weten of ze definitief verder gaan met het vervoliprogramma dat aansluitend wordt uitgevoerd.

Evaluatie

Er vindt na afloop van de programma's een procesevaluatie plaats onder de deelnemers, de uitvoerders en samenwerkingspartners en het aantal deelnemers zal worden geregistreerd. Deze gegevens worden na uitvoering gerapporteerd aan de betreffende gemeenten.

Bijlage III: Checklist VIP ZonMw

Checklist Verspreiding en Implementatie van resultaten van Ontwikkelingsprojecten

ZonMw werkt aan een betere gezondheid in Nederland onder andere door projecten te financieren die bijdragen aan zichtbare, blijvende, relevante verbeteringen in de zorg en preventie, of het onderzoek op die terreinen. ZonMw heeft kennistransfer en implementatie hoog in haar vaandel staan en betreft projectleiders actief bij die missie. Projectleiders kunnen immers het beste aangeven voor wie de praktische aanpak die ontwikkeld wordt interessant is, wat de mogelijke consequenties kunnen zijn voor andere disciplines of organisaties, welke voorwaarden van belang zijn voor brede toepassing van de projectresultaten en dus welke doelgroepen op de hoogte gebracht moeten worden van de conclusies. ZonMw vraagt u in het eerste voortgangsverslag ruim aandacht te besteden aan de vervolgstappen en heeft daarvoor een checklist gemaakt met onderwerpen die daarin behandeld kunnen worden. Aan de hand van de checklist kunt u alle relevante aspecten nalopen die voor het bevorderen van de impact van uw projectresultaten van belang zijn. Het resultaat is een Verspreidings- en ImplementatiePlan (VIP) als bijlage bij het eerste voortgangsverslag.

1. ANALYSE VAN DE SITUATIE

- Geef een beschrijving van de omgeving en context waarin resultaten van het project een plek zullen krijgen (denk aan maatschappelijke trends, ontwikkelingen in regelgeving).
- Wat zijn kansen en belemmeringen voor het toekomstig gebruik van de resultaten van het project (Is er al vraag naar toepassing van die resultaten? Zijn er nu al weerstanden bekend tegen invoering van resultaten van het project? Wie heeft voordelen bij invoering en wie nadelen? Splits dit uit naar microniveau – hulpverleners, patiënten en andere belanghebbenden-, mesoniveau –organisaties en instellingen-, en macroniveau –de structuur van de gezondheidszorg, het financieringsstelsel).

2. RESULTATEN EN PRODUCTEN

- Welke resultaten/producten levert het project naar verwachting op? (Denk aan draaiboeken, modellen, screeningsinstrumenten, protocollen, kennis en inzicht, etc.).
- Bijproducten/ervaringen (ontwikkelingsprojecten leveren niet alleen een interventie of ander 'product', maar ook informatie over bevorderende en belemmerende ervaringen. Het begeleidende onderzoek en de ontwikkeling worden bijvoorbeeld vaak in een setting uitgevoerd, die mee- of tegenwerkt. Zijn daar leerervaringen waar uzelf en anderen in het vervolg uw voordeel mee kun(t)nen doen?).

3. GEBRUIKERS/DOELGROEPEN

- Wie zijn de (potentiële) gebruikers en doelgroepen van de resultaten van het onderzoeksproject denk aan:
 - beleidsmakers en beslissers
 - onderzoekers, onderzoeksinstellingen

- beroepsverenigingen, koepelorganisaties
 - einddoelgroepen, zoals algemeen publiek, patiënten/cliënten/consumenten.
- Geef daarbij zoveel mogelijk de volgorde van belangrijkheid aan.

- o Op welke van die groepen richt u uw implementatie-activiteiten ? Motiveer die keuze.
- o Heeft u gegevens over omvang, bereikbaarheid, belang en andere relevante kenmerken van die groepen? Welke?

4. IMPLEMENTATIE- EN VERSPREIDINGSDOELEN

- o Wat wilt u bereiken op het gebied van kennisoverdracht en implementatie van de resultaten en waarom? Reeds bij de projectaanvraag hebt u een implementatiedoelstelling aangegeven. Zijn er redenen om deze bij te stellen?

Kunt u deze doelstelling indelen in subdoelen voor de verschillende groepen? (Formuleer specifieke, meetbare, voor de doelgroep aantrekkelijke, realistische en tijdgerelateerde doelen). Is er zicht op toekomstige financiering, wie is er verantwoordelijk voor lokale inbedding van de activiteiten in de gezondheidszorg of voor uitbreiding van de activiteiten naar andere settings of regio's).

5. ACTIVITEITEN EN STRATEGIEËN

- o Is reeds draagvlak gecreëerd voor de projectresultaten? Idealiter is reeds bekend wie een eventueel vervolgtraject wil en kan inzetten
- o Welke mix aan strategieën gaat u gebruiken? (er zijn verschillende soorten activiteiten denkbaar:
 - Gericht op individuen, bijvoorbeeld:
 - o Informeren (dmv conferenties, website etc)
 - o motiveren en draagvlak optimaliseren (ervoor zorgen dat veranderingen worden gedragen vanuit de belangen van de praktijk, over voor en nadelen discussiëren en weerstanden bespreekbaar maken, beloningen, sancties, positieve ervaringen laten doorgeven)
 - o aanleren van nieuwe vaardigheden (creëren van oefenmogelijkheden, zoals workshops met feedback, interactieve educatie)
 - Gericht op organisatieverandering (aansluiten bij de wijze waarop besluitvorming plaats vindt, herziening van professionele rollen, participatie van consumenten in het bestuur van een gezondheidszorgorganisatie)
 - Gericht op het niveau van de structuur van de gezondheidszorg (organisatorische en financiële waarborgen voor bestending van de verandering, zoals mechanismen voor monitoring van kwaliteit, beïnvloeding van wet- en regelgeving, veranderingen in de setting van zorgverlening).

Onderbouw de keuze voor en de inzet van strategieën met wat onder de punten 1 t/m 4 beschreven is.

- Wie is betrokken bij de opzet en uitvoering van die activiteiten? (het gaat daarbij niet alleen om wat u zelf zult ondernemen, maar ook wat u vindt dat anderen zouden moeten ondernemen en hoe u ervoor zorgdraagt dat ze dat ook doen).

6. PLANNING EN KOSTEN

- Maak een planning in tijd, inzet van middelen en kosten.
- In uitzonderingsgevallen is additionele financiering voor niet voorziene extra implementatieactiviteiten mogelijk. Als u denkt daar voor in aanmerking te komen, dien daarvoor dan een voorstel in. Voeg een begroting met toelichting bij.

Bijlage IV: Criteria uit de implementatiemonitor

1. Een implementatie-doelstelling met benoemde verandering in de praktijk van de gezondheidszorg.
2. Het benoemen van (een) doelgroep(en) waarvoor verandering in de praktijk nagestreefd wordt.
3. Het benoemen van middelen die ingezet worden om verandering te bewerkstelligen.
4. Het oormerken van delen van het budget om de beoogde verandering te realiseren.
5. Een rationeel stappenplan met implementatievoornemens.
6. In een vroeg stadium worden (vertegenwoordigers van) gebruikers en doelgroepen van de implementatie bij de uitwerking van implementatievoornemens betrokken.
7. Een analyse van bevorderende en belemmerende factoren bij het implementatiedoel en een daarbij passend plan van interventies.
8. Op kennisniveau zijn interventies adequater naarmate zij ervoor zorgen dat:
 - a. Beoogde gebruikers van de te implementeren projectresultaten in een vroeg stadium geïnformeerd worden (bijv. door voorlichting, brochures, website);
 - b. Een variëteit aan informatie-middelen gebruikt wordt zodat (evt.) meerdere groepen gebruikers aangesproken worden;
 - c. Te implementeren projectresultaten mede gedragen worden vanuit ervaringskennis of praktijkkennis van doelgroepen/gebruikers.
9. Op vaardighedeniveau zijn interventies adequater naarmate zij ervoor zorgen dat:
 - a. Er aparte oefenmogelijkheden gecreëerd worden voor het oefenen van nieuw gedrag;
 - b. Er geschikte strategieën benut worden voor het leren van nieuw gedrag (voorbeeldgedrag, observatie met behulp van video, vormen van beloning).
10. Op houdingsniveau zijn interventies adequater naarmate zij ervoor zorgen dat:
 - a. Er voldoende draagvlak is bij de doelgroep(en)/gebruikers door strategieën te gebruiken om het draagvlak te optimaliseren (adequate strategieën bij houdingsniveau zijn bijv.: sleutelpersonen aanspreken, klankbordgroep organiseren, ondersteuning bieden dmv. Workshops, voorlichting);
 - b. Te implementeren projectresultaten gedragen worden vanuit belangen in de praktijk (dus: niet opgedragen van bovenaf);
 - c. De belangen en motivatie van gebruikers/doelgroepen om te veranderen/implementeren ondersteunen (door strategieën met beloningen, sancties of andere prikkels).
11. Op structuurniveau zijn interventies adequater naarmate zij ervoor zorgen dat:
 - a. De naam van de organisatie bekend is, waarvan het management zich geïnteresseerd heeft aan de implementatie en bestendiging van bruikbare resultaten van het project;
 - b. Er een plan voor de toekomst is gericht op bestendiging;
 - c. Er bestendiging van geïmplementeerde resultaten ondersteund wordt door het (laten) vastleggen van financiële waarborgen;

- d. Er praktische belemmeringen in de praktijk getraceerd worden. (bijv. in een beperkte setting het te implementeren producten uitzetten en evalueren).

Bijlage V: Checklist implementatieplan NIGZ



Checklist implementatieplan

1. Contextanalyse

a. Beschrijf **situatie en omgeving** waarin vernieuwing/ product wordt ingevoerd

- Trends en tradities
- Organisatorisch beheer
- Beleid en Beheer
- Informatie- professioneel netwerk

Kansen en bedreigingen op diverse niveaus beschrijven (lokaal/regionaal/nationaal)

b. Inventariseer **actoren** (spelers in het spel) die relevant zijn voor de implementatie en beschrijf kenmerken van deze actoren

- Wie?
- Aantallen
- Prioriteiten aan brengen (geef actor/groepen cijfers)
- Ketens en netwerken (onderlinge relaties)
- Individuele – en organisatiekenmerken
- Vernieuwingsgeneigdheid (innovator, early adopter etc)
- Timing (komt het gelegen?)
- Bereidheid/ betrokkenheid (in welke fase zit actor(groep)?): op de hoogte, interesse,.....intentie tot verandering, invoering in de praktijk, behoud verandering)

c. Geef beschrijving van **product/ vernieuwing** dat wordt ingevoerd

- Kenmerken van product zoals ze worden waargenomen door actoren(relatief voordeel....etc)
- Voor- en nadelen van het product per actor(groep)
- Mogelijke problemen bij gebruik van het product
- Mogelijke oplossingen voor "mis-fit" van het product

2. Doel van de implementatie

Geef omschrijving van globale doelstelling en formuleer op basis van informatie uit contextanalyse de specifieke doelen (meetbaar praktisch en haalbaar).

- Formuleer doelen per actor
- Benoem aantal/ percentages

Vb: na 1 jaar is 50% van huisartsen op de hoogte van

3. Implementatiestrategie –en activiteiten

Maak een keuze voor een bepaalde strategie op basis van informatie uit de contextanalyse. Beschrijf concrete activiteiten/ interventies voor het behalen van de implementatiedoelen en stem af op:

- Product/ vernieuwing,
- Kenmerken van de diverse groepen actoren,
- Betrokkenheid en bereidheid tot veranderen
- Beschikbare middelen.

Keuze uit volgende strategieën. Gebruik mix van strategieën/ interventies:

- Informerend (persoonlijk, groep, massamedia)
- Faciliterend (consultatie, ondersteuning, intervisie)
- Educatief (klinische les, training, instructiemateriaal)
- Overtuigen (belonen positief gedrag, druk uitoefenen)
- Dwingen (regels, sancties, contract, certificering)

4. Planning

Maak concreet plan van aanpak.

5. Organisatie

Beschrijf projectorganisatie:

- Opdrachtgever
- Projectleider
- Projectmedewerkers
- Taken en verantwoordelijkheden
- Samenwerkingsrelaties
- Begeleidingscommissie
- Verantwoordelijk voor invoering, onderhoud van projectresultaten

6. Evaluatie

Beschrijf hoe de implementatie wordt geëvalueerd:

- Verloop van de implementatie
- Effecten
- De kosten in relatie tot de effecten

7. Begroting

Maak overzicht van vereiste investering onderverdeeld naar:

- Personele kosten
- Materiële kosten

NIGZ, 2001

Bron: ZON Checklist VIP

Bijlage VI: Folder 'Zorgeloos in Beweging'

Voorkant foto van man met paraplu op koord
(wel met andere kleur paraplu en pak)
Titel van programma: *Zorgeloos in Beweging*



(Tekst en foto linker binnenpagina)

Zorgeloos in beweging

Iedereen heeft zo z'n eigen ervaring met - en gevoel bij het ouder worden en het ouder zijn. Innerlijk en uiterlijk, lichamelijk en geestelijk, bewust en onbewust groeien we met de tijd mee. Al uw mooie, moeilijke, onvergetelijke en indrukwekkende ervaringen hebben uw huidige leefstijl vorm gegeven en bepalen mede hoe u zich voelt.

Eet u gezond, slaapt u goed, beweegt u genoeg, kunt u zich ontspannen en onderneemt u nog voldoende leuke activiteiten? Zit u goed in uw vel? Of kunt u wel een zetje in de juiste richting gebruiken? Het programma 'Zorgeloos in beweging', biedt u dat zetje om in beweging te komen, zowel lichamelijk als geestelijk. Het programma bestaat uit twee onderdelen.



Foto van oudere dame met gewichtjes

(tekst en foto's rechter binnenpagina)

De opstap

'Zorgeloos in Beweging' bestaat uit drie groepsbijeenkomsten van elk 2 uur. Met minimaal 12 en maximaal 20 deelnemers gaat u aan de slag en bekijkt u uw leefstijl.



In de eerste bijeenkomst staan een aantal 'gezondheidschecks' centraal. Zo is er aandacht voor bijvoorbeeld uw BMI, bloeddruk, glucosewaarden, conditie en hartslag.

(in zijlijn dit fotootje van meetlint)



In de tweede bijeenkomst ligt de nadruk op 'plezieriger en gezonder leven'. Op een interactieve en inspirerende wijze ontdekt u wat voor u lichamelijk en geestelijk waardevol is, wat voor u telt in het leven.

(in zijlijn bovenstaand fotootje weegschaal uit balans)



In de derde bijeenkomst staat plezier in bewegen voorop in een gezellige, actieve en verrassende les onder leiding van een beweegdocent. Aan het einde van deze bijeenkomst kunt u kiezen voor deelname aan de vervolgstap.

(In zijlijn bijgevoegd fotootje van wandelschoenen)

De vervolgstap

In een vervolgcursus van 8 bijeenkomsten van 2 uur leert u hoe u lichamelijk en geestelijk in beweging kunt komen en blijven. Elke bijeenkomst bestaat uit een informatief gedeelte en een beweeggedeelte. In het beweeggedeelte is er aandacht voor: losmaken, conditieopbouw, grond- & krachtoefeningen en spel & ontspanning. In het informatief deel komen onderwerpen aan bod als stemming & bewegen, spanning & ontspanning en piekeren.

(tekst en foto's achterzijde)

Meer informatie?

Wanneer u meer wilt weten over het programma of u wilt zich aanmelden, kunt u contact opnemen met het team Gezondheidsbevordering van de GGD Limburg-Noord.

T: 077-850 48 84

E: lvanerp@ggdlimburgnoord.nl

Dit programma is een samenwerking tussen GGD Limburg-Noord en GGZ Noord- en Midden-Limburg.

(Bestaande foto's van man met appel en vrouw met gewichtjes met daartussen bovenstaande tekst)

Bijlage VII: Informatie voor de kabelkrant

Roerdalen 'Zorgeloos in Beweging'

Donderdag **9 december 2010** start in de gemeente Roerdalen het programma rondom gezond ouder worden voor 55-plussers. Tijdens dit programma worden deelnemers zich bewust gemaakt van hun leefstijl en het effect daarvan op hun gezondheid. Er worden handvatten aangereikt om fit en zorgeloos ouder te worden.

Het programma begint met een opstap (3 bijeenkomsten) verzorgd door de GGD Limburg-Noord (de Gemeenschappelijke GezondheidsDienst). De vervolgstap (8 bijeenkomsten) wordt verzorgd door de GGZ Noord- en Midden- Limburg (de Geestelijke GezondheidsZorg).

Opstap: 3 bijeenkomsten op donderdag van 14.00 tot 16.00 uur.

- Donderdag 9 december: METEN. Door testjes te doen, ervaren de deelnemers op welke gezondheidsaspecten zij extra kunnen letten.
- Donderdag 16 december: WETEN. Deze bijeenkomst is er aandacht voor 'Lekker in je vel zitten'. Wat komt daarbij kijken en wat kan iemand zelf doen.
- Donderdag 23 december: BEWEGEN. De deelnemer ervaart waarom beweging zo belangrijk is. Onder leiding van een beweegdocent komt iedereen in actie. Trek deze dag makkelijke kleding en schoenen aan.

Vervolgstap: 8 bijeenkomsten op donderdag van 14.00 tot 16.00 uur.
13, 20, 27 januari; 3, 10, 17, 24 februari en 3 maart 2011

Tijdens deze bijeenkomsten leert de deelnemer wat hij kan doen, zodat:

- hij zich minder moe voelt
- hij zich minder zorgen maakt
- hij zich meer kan ontspannen
- hij zich lichamelijk en geestelijk fitter voelt

De deelname aan het totale programma 'Zorgeloos in Beweging' is gratis.
De cursus start bij het minimum van 12 deelnemers (maximaal 20).

Voor aanmelding en informatie voor de '**Zorgeloos in Beweging**'- cursus via de Zorggroep: ☎ **088- 61 088 61**

Bijlage VIII: Flyer

Roerdalen 'Zorgeloos in Beweging'

Op **donderdag 2 december 2010** start er een programma rondom gezond ouder worden voor 55 plussers door GGD Limburg-Noord en GGZ Noord- en Midden Limburg. Het programma bestaat uit een cursus 'Zorgeloos in Beweging' van 3 bijeenkomsten en een vervolgcursus 'Liever bewegen dan moe 55+' van 8 bijeenkomsten. Tijdens dit programma wordt de deelnemer zich bewust van zijn leefstijl en gestimuleerd deze leefstijl te veranderen! U leert wat u zelf kunt doen voor een gezonde leefstijl.

'Zorgeloos in Beweging' cursus (opstap)

Donderdag 2 december van 14.00 tot 16.00 uur:

U ervaart door testjes op welke gezondheidsaspecten u extra kunt letten.

Donderdag 9 december van 14.00 tot 16.00 uur:

Deze bijeenkomst is er aandacht voor 'Lekker in je vel zitten'.

Donderdag 16 december van 14.00 tot 16.00 uur:

Beweegles-op-maat. Waarom is beweging zo belangrijk? Dit ervaart u tijdens een beweegles onder leiding van een beweegdocent.

'Liever bewegen dan moe 55+' (vervolg)

Donderdag 13 januari van 14.00 tot 16.00 uur

Donderdag 20 januari van 14.00 tot 16.00 uur

Donderdag 27 januari van 14.00 tot 16.00 uur

Donderdag 03 februari van 14.00 tot 16.00 uur

Donderdag 10 februari van 14.00 tot 16.00 uur

Donderdag 17 februari van 14.00 tot 16.00 uur

Donderdag 24 februari van 14.00 tot 16.00 uur

Donderdag 03 maart van 14.00 tot 16.00 uur

In deze 8 bijeenkomsten leert u wat u kunt doen zodat:

- u zich minder moe voelt
- u zich minder zorgen maakt
- u zich meer kunt ontspannen
- u zich lichamelijk en geestelijk fitter voelt

Deelname aan 'Zorgeloos in Beweging' is gratis. Min. 12 - max. 20 personen.

U kunt zich aanmelden **tot en met 25 november 2010** voor de **'Zorgeloos in Beweging'** cursus via de Zorggroep: ☎ **088- 61 088 61**

Bijlage IX: Interview vragen contactpersonen

Contactpersoon Venlo

Wie waren er bij de instructie aanwezig, welke achtergrond hebben deze mensen?

Hoeveel mensen hebben de instructie bijgewoond?

Welke informatie is ter sprake gekomen met betrekking tot het programma van de GGD?

Hoe waren de reacties uit de groep?

Waren er aspecten die als onduidelijk ervaren werden?

Heeft de groep een datum meegekregen voor uiterste aanmelding?

Is duidelijk geworden wanneer het programma uitgevoerd wordt?

Contactpersonen Roerdalen

Vanaf wanneer zijn jullie benadert door de GGD mbt het programma 'Zorgeloos in Beweging'?

Hoe verliep de samenwerking met de GGD vanaf het moment van het eerste contact? (En hoe verliep de communicatie met de GGD?)

Werden jullie genoeg betrokken bij het proces?

Hebben jullie ook inspraak gehad, of alleen opdracht gekregen van de GGD om dingen uit te voeren?

Was de informatie die afkomstig was vanuit de GGD duidelijk en voldoende? Met betrekking tot het idee van het gehele programma? (Was jullie rol duidelijk, jullie taken, de verwachtingen en de tijd?)

Voldeed de informatie vanuit de GGD voor de opzet van de instructiebijeenkomst?

Hoe vonden jullie de instructiebijeenkomst verlopen?

En wat vonden jullie van de de inhoud ervan?

Eventueel verbeterpunten:

Zijn er nog vragen/tips vanuit de vrijwilligers en professionals naar voren gekomen ten aanzien van de instructiebijeenkomst?

Hoe verliep de instructie tijdens de teamoverleggen?

Hoe waren de reacties uit de groep?

Zijn er verbeterpunten ten aanzien van het proces zoals dat nu verlopen is?

Bijlage X: Interview medewerkers GGD

Is er een analyse van de situatie uitgevoerd voor depressiepreventie in de verschillende gemeenten waar het programma van start gaat? Zo ja, wat was het resultaat hiervan?

Hoe hebben jullie de behoefte van de doelgroep in kaart gebracht?

Is er een analyse uitgevoerd van bevorderende en belemmerende factoren voor de opzet en uitvoer van het programma?

Is de doelgroep betrokken bij de opzet en de uitwerking van het programma?

Is er volgens een planning gewerkt?

Zijn er implementatiedoelen opgesteld voor de verschillende gemeenten? Zo ja, welke?

Zijn er activiteiten op papier gezet die ondernomen moeten worden om de cursus op te kunnen starten? Zo ja, welke?

Wordt er gewerkt volgens een strategie? Zo ja, hoe?

Wat doen jullie eraan om deelnemers te overtuigen van jullie geloofwaardigheid, betrouwbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid?

Welke resultaten/producten levert het project naar verwachting op?

Bijlage XI: Vragenlijst professionals

Vragenlijst werving 'Zorgeloos in Beweging'



Een tijd geleden hebben er instructies plaats gevonden voor de cursus Zorgeloos in Beweging, die georganiseerd wordt door de GGD Limburg-Noord. Als het goed is heeft u hiervoor een instructiebijeenkomst bijgewoond en/of u heeft deze informatie vernomen van een van de medewerkers van de GGD tijdens een teamoverleg. Om dit proces te evalueren ontvangt u deze vragenlijst die betrekking heeft op de informatie die besproken is en de werving die u daarna verricht heeft.

Voor de cursus Zorgeloos in Beweging ben ik, Monique Ebus, op dit moment bezig met een onderzoek naar de implementatie hiervan. Hiervoor loop ik dan ook stage bij de GGD vanuit de opleiding Sport, Gezondheid & Management.

Om het proces van deze cursus in kaart te brengen is het belangrijk om van u te weten te komen wat uw mening hierover is. De vragenlijst bestaat uit 13 vragen die hier allemaal betrekking op hebben. Het zal ongeveer 5 tot 10 minuten duren om deze vragenlijst in te vullen. Hoe meer vragenlijsten wij uiteindelijk retour zullen ontvangen, hoe beter wij in staat zullen zijn om het programma te verbeteren.

Wanneer u dat heeft gedaan kunt u deze middels de antwoordvelop terug sturen naar de GGD zodat deze verwerkt kan worden voor het onderzoek.

Bij voorbaat dank,

Monique Ebus
Stagiair Team Gezondheidsbevordering
GGD Limburg-Noord

1.	Was de folder voor de cursus 'Zorgeloos in Beweging' toereikend mbt de inhoud van het programma?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Toelichting:	
2.	Wat vond u van de instructiebijeenkomst? Meerdere antwoorden mogelijk.	<input type="checkbox"/> Interessant <input type="checkbox"/> Nuttig <input type="checkbox"/> Te lang <input type="checkbox"/> Te kort <input type="checkbox"/> Duidelijk <input type="checkbox"/> Onduidelijk <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
3.	Kon u aan de hand van de informatie aan de slag met het benaderen van deelnemers voor het programma?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4.	Wist u na de instructie hoe u de deelnemers het beste kon benaderen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5.	Vond u zichzelf in staat om de deelnemers te benaderen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6.	Hoe verliep het benaderen van de deelnemers?	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Niet goed
	Toelichting:	
7.	Zou u meer ondersteuning willen bij het benaderen van de deelnemers?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8.	Was uw betrokkenheid bij het programma 'Zorgeloos in Beweging' voldoende door middel van deze instructie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

	Toelichting:	
9.	Heeft de screeningslijst u geholpen om mensen te vinden waar het programma 'Zorgeloos in Beweging' geschikt voor is?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
10.	Bent u problemen tegen gekomen tijdens de werving?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Toelichting:	
11.	Kon u met eventuele vragen snel bij iemand terecht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
12.	Ziet u eventuele verbeterpunten voor de GGD mbt de instructie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Toelichting:	
13.	Ziet u eventuele verbeterpunten voor de GGD mbt het programma 'Zorgeloos in Beweging'?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Toelichting:	
	<p>Bedankt voor het invullen van deze vragenlijst. Wij zullen uiterst zorgvuldig met uw gegevens omgaan. Uw gegevens zullen te allen tijde worden beschermd en vertrouwelijk worden behandeld.</p>	

Bijlage XII: Vragenlijst vrijwilligers

Vragenlijst werving 'Zorgeloos in Beweging'



In week 39 heeft u een instructiebijeenkomst bijgewoond voor de cursus Zorgeloos in Beweging die georganiseerd wordt door de GGD Limburg-Noord. Om dit proces te evalueren ontvangt u deze vragenlijst die betrekking heeft op de informatie die besproken is en de werving die u daarna verricht heeft.

Voor de cursus Zorgeloos in Beweging ben ik, Monique Ebus, op dit moment bezig met een onderzoek naar de implementatie hiervan. Hiervoor loop ik dan ook stage bij de GGD vanuit de opleiding Sport, Gezondheid & Management.

Om het proces van deze cursus in kaart te brengen is het belangrijk om van u te weten te komen wat uw mening hierover is. De vragenlijst bevat 15 vragen die hier allemaal betrekking op hebben. Hoe meer vragenlijsten wij uiteindelijk retour zullen ontvangen, hoe beter wij in staat zullen zijn om het programma te verbeteren.

Wanneer u deze vragenlijst heeft ingevuld kunt u deze middels de antwoordvelop opsturen naar de GGD zodat deze verwerkt kan worden voor het onderzoek.

Bij voorbaat dank,

Monique Ebus
Stagiair Team Gezondheidsbevordering
GGD Limburg-Noord

1.	Was de folder voor de cursus 'Zorgeloos in Beweging' toereikend mbt de inhoud van het programma?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Toelichting:	
2.	Wat vond u van de instructiebijeenkomst? Meerdere antwoorden mogelijk.	<input type="checkbox"/> Interessant <input type="checkbox"/> Nuttig <input type="checkbox"/> Te lang <input type="checkbox"/> Te kort <input type="checkbox"/> Duidelijk <input type="checkbox"/> Onduidelijk <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
3.	Heeft u veel nieuwe informatie gehoord over depressie tijdens de instructiebijeenkomst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4.	Wist u na de bijeenkomst wat uw rol was voor het programma 'Zorgeloos in Beweging'?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5.	Kon u aan de hand van de informatie aan de slag met het benaderen van deelnemers voor het programma?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6.	Wist u na de instructiebijeenkomst hoe u de deelnemers het beste kon benaderen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
7.	Vond u zichzelf in staat om de deelnemers te benaderen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8.	Hoe verliep het benaderen van de deelnemers?	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Niet goed
	Toelichting:	
9.	Zou u meer ondersteuning willen bij het benaderen van de deelnemers?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

10.	Heeft de screeningslijst u geholpen om mensen te vinden waar het programma 'Zorgeloos in Beweging' geschikt voor is?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
11.	Was uw betrokkenheid bij het programma 'Zorgeloos in Beweging' voldoende door middel van deze instructie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Toelichting:	
12.	Bent u tegen problemen aangelopen tijdens de werving?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Toelichting:	
13.	Kon u met eventuele vragen snel bij iemand terecht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
14.	Ziet u eventuele verbeterpunten voor de GGD mbt de instructiebijeenkomst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Toelichting:	
15.	Ziet u eventuele verbeterpunten voor de GGD mbt het programma 'Zorgeloos in Beweging'?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Toelichting:	
	<p>Bedankt voor het invullen van deze vragenlijst. Wij zullen uiterst zorgvuldig met uw gegevens omgaan. Uw gegevens zullen te allen tijde worden beschermd en vertrouwelijk worden behandeld.</p>	

Bijlage XIII: Vragenlijsten deelnemers ‘Zorgeloos in Beweging’

Vragenlijst “Zorgeloos in Beweging”



1. Postcode
.....
2. Leeftijd
..... jaar
3. Geslacht
 Man
 Vrouw
4. Burgerlijke staat
 Gehuwd / Geregistreerd partnerschap
 Samenwonend
 Ongehuwd
 Gescheiden
 Weduwe / Weduwnaar
5. Met welke personen woont u momenteel samen?
 Ik woon alleen
 Met een partner / echtgeno(o)t(e)
 Met mijn kind(eren)
 Met een ander(e) familielid / leden
 Met een ander(e) persoon / personen

6. Hoe zou u over het algemeen uw lichamelijke gezondheid noemen?
 Goed
 Voldoende
 Onvoldoende
 Slecht
7. Hoe zou u over het algemeen uw psychische gezondheid (gezondheid van geest) noemen?
 Goed
 Voldoende
 Onvoldoende
 Slecht
8. Voelt u zich meestal wel gelukkig?
 Ja
 Nee
9. Voelt u zich energiek?
 Ja
 Nee
 Soms

10. Omcirkel hoe u zich deze week voelt.



11. Hoe vaak bent u de afgelopen maand bij uw huisarts geweest voor uzelf?
- 0 keer
 1 keer
 2 keer
 3 keer
 4 keer
 5 keer of meer

12. Van welke onderstaande klachten heeft u de laatste tijd last?				
<i>Geef op elke regel uw antwoord</i>		Nooit	Regelmatig	Zeer vaak
a.	Benauwdheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Concentratieproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Opgeblazen gevoel in de buik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Pijn op de borststreek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	(Veel) In gewicht aankomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Verlies van eetlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Vergeetachtigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Anders, namelijk:			

13. Heeft u een ziekte of een aandoening?
- Ja
 Nee, ga verder met vraag 15.

14. Welke ziekte of aandoening heeft u?			
<i>Geef op elke regel uw antwoord</i>		Ja	Nee
a.	Beroerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Dementie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Diabetes (suikerziekte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Gehoorsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Hart- en vaatziekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Lage bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Kanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Long / Ademhalingsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

n.	Reumatische aandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	Anders, namelijk:		

15. Heeft u een aandoening waardoor u beperkt bent in het leveren van lichamelijke inspanning? Zo ja, welke? Ja, Nee

16. Hoe lang heeft u deze ziekte(s) of aandoening(en) al?

17. Gebruikt u medicijnen? Ja Nee, ga verder met vraag 20.

18. Welke medicijnen gebruikt u?		Ja	Nee
<i>Geef op elke regel uw antwoord</i>			
a.	Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Bloeddrukverlagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Bloedverdunners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Cholesterolverlagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Kalmeringsmiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Ontstekingsremmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Pijnstillers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Plastabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Slaapmiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Tabletten tegen suikerziekte/insuline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Anders, namelijk:		

19. Hoe lang gebruikt u deze medicijnen al? Korter dan een maand Één maand tot een half jaar Half jaar tot een jaar Enkele jaren

20. Neemt u dagelijks de tijd om te ontspannen? Ja Nee Soms

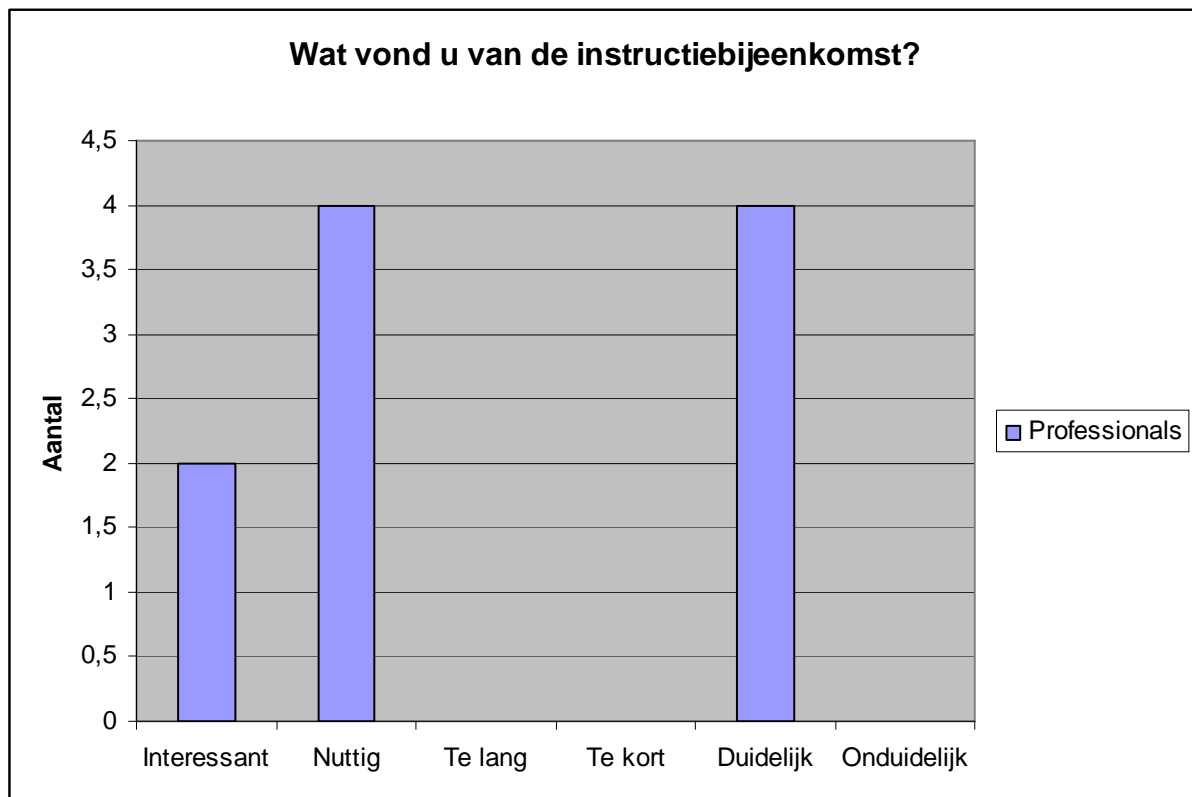
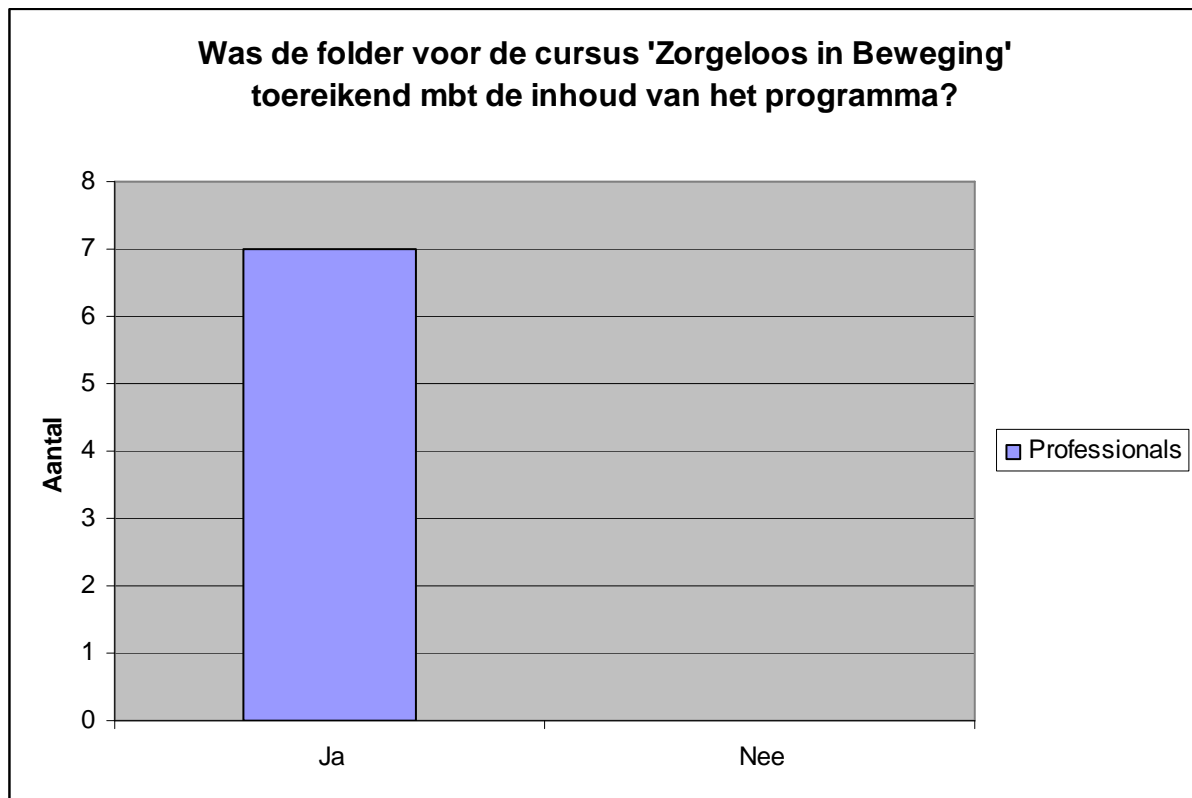
21. Kunt u goed slapen? Ja, ga verder met vraag 23. Nee Soms

22. **Waarom slaapt u niet goed?**
- Ik kan niet inslapen
 - Ik kan niet doorslapen
 - Ik slaap te weinig / te kort
 - Anders, namelijk
23. **Drinkt u alcohol?**
- Ja
 - Nee, ga verder met vraag 26.
24. **Op hoeveel dagen drinkt u gemiddeld genomen alcoholhoudende drank?**dag(en)
25. **Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n dag?** glas/glazen
26. **Beoefent u een sport/beweegactiviteit?**
- Ja
 - Nee, ga verder met vraag 30.
27. **Welke sport(en)/beweegactiviteit(en) beoefent u?**
-
28. **Hoe vaak beoefent u bovengenoemde sport(en) / beweegactiviteit(en) per week?**keer
29. **Hoeveel uur beweegt u gemiddeld per keer?**uur
30. **Hoe gezond vindt u alles bij elkaar genomen uw manier van leven?**
- Zeer gezond
 - Gezond
 - Niet ongezond / Niet gezond
 - Ongezond
 - Zeer ongezond

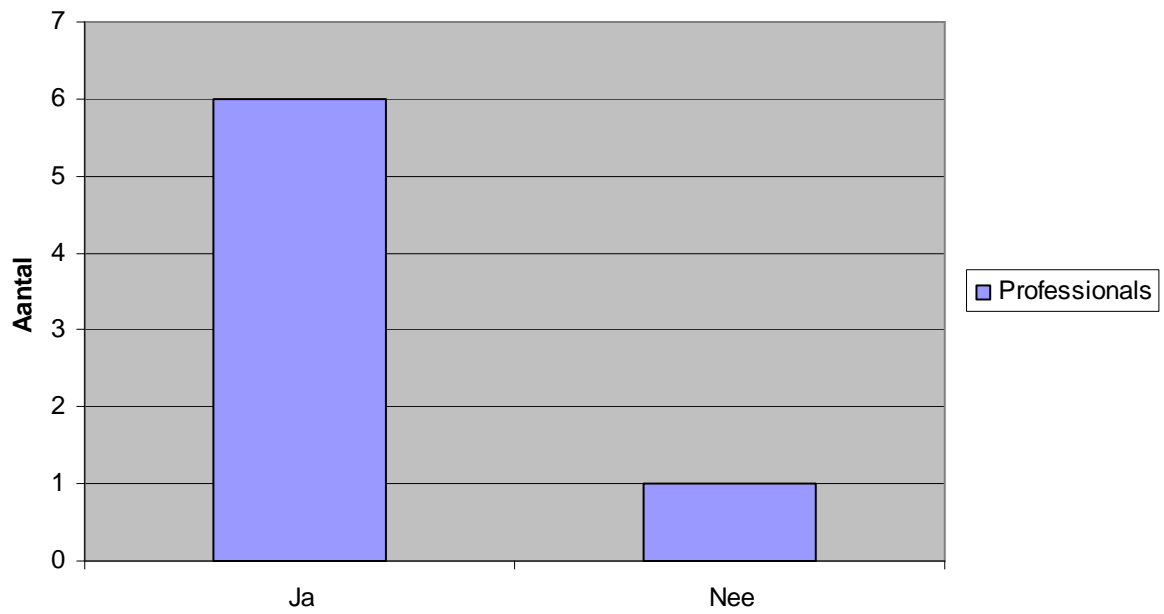
Tot slot

31. **Hoe bent u aan de informatie voor de cursus gekomen?**
-
32. **Waarom neemt u deel aan het programma?**
-

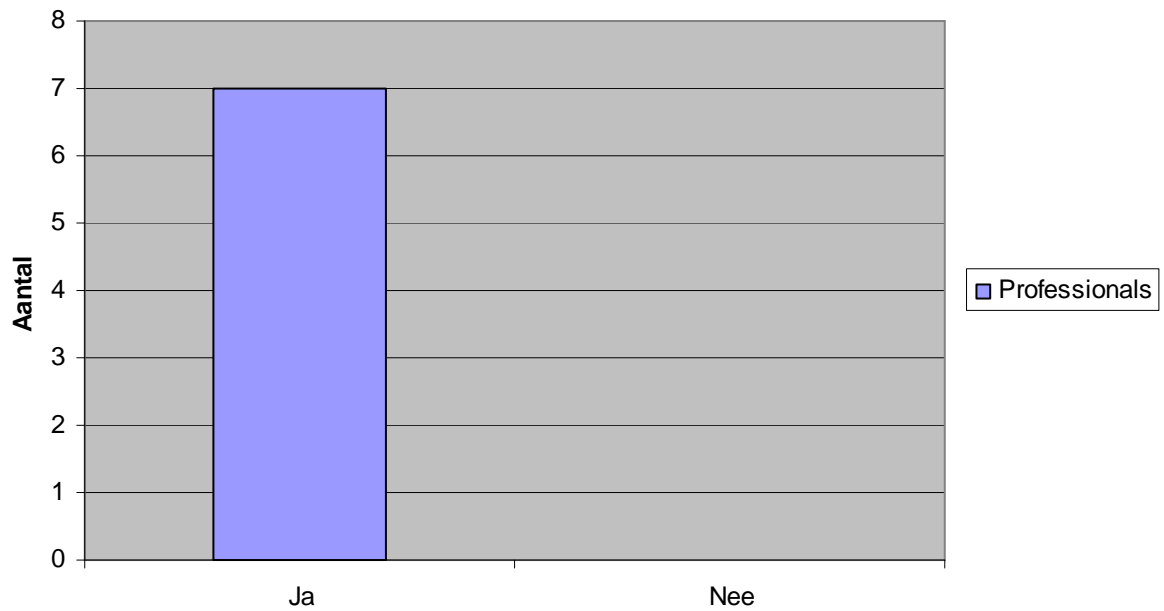
Bijlage XIV: Resultaten vragenlijst professionals

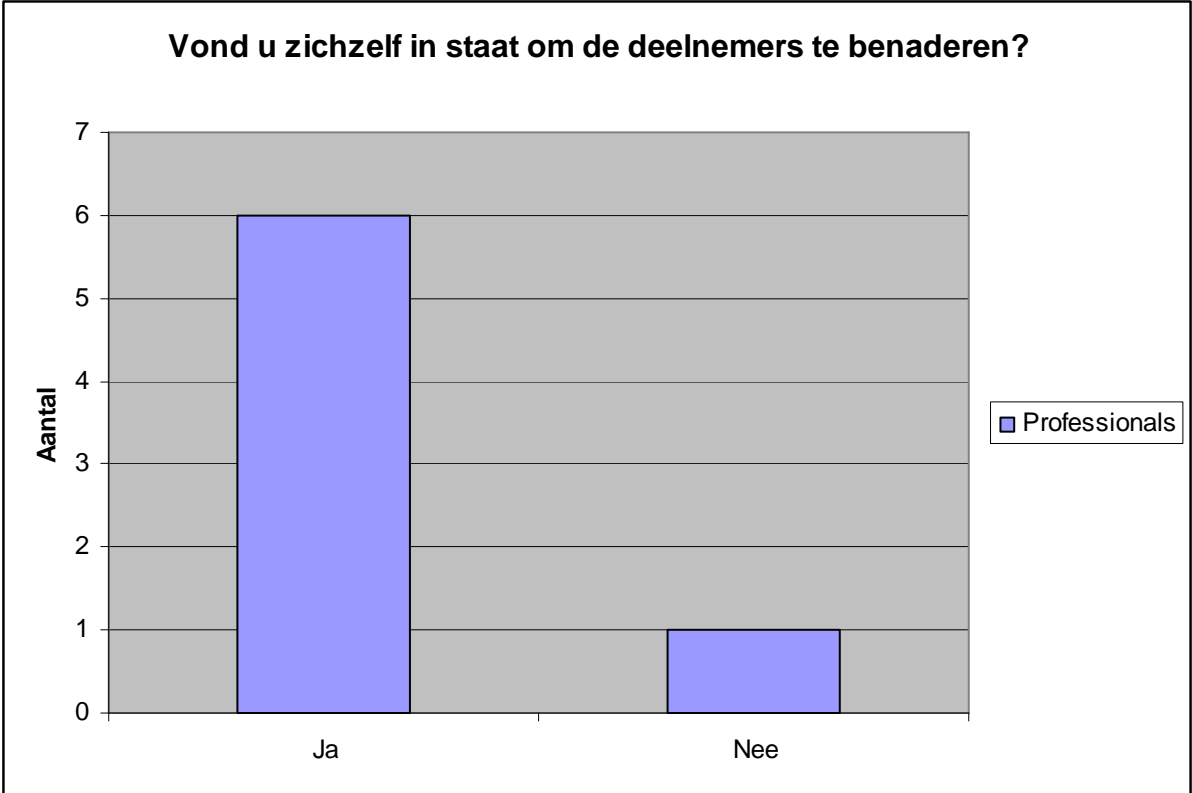


Kon u aan de hand van de informatie aan de slag met het benaderen van de deelnemers voor het programma?

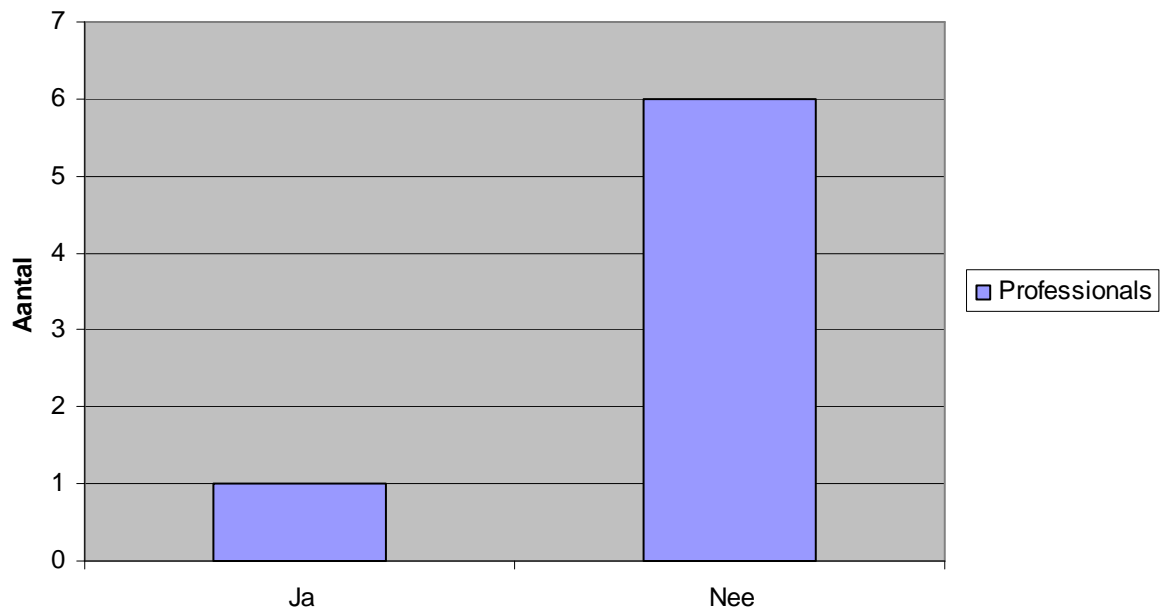


Wist u na de instructie hoe u de deelnemers het beste kon benaderen?

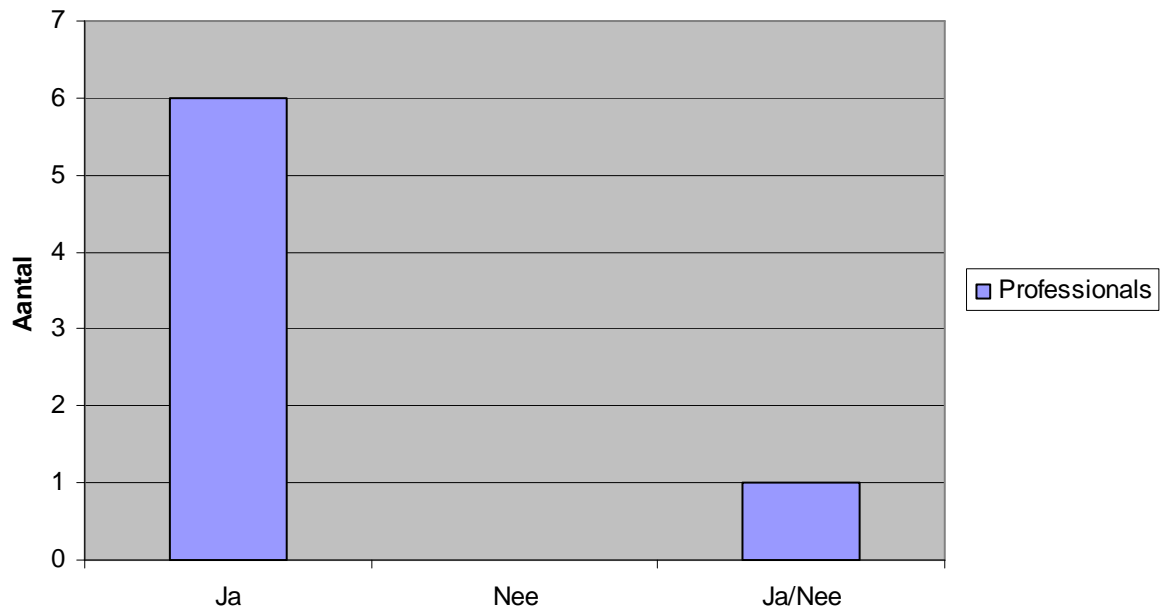




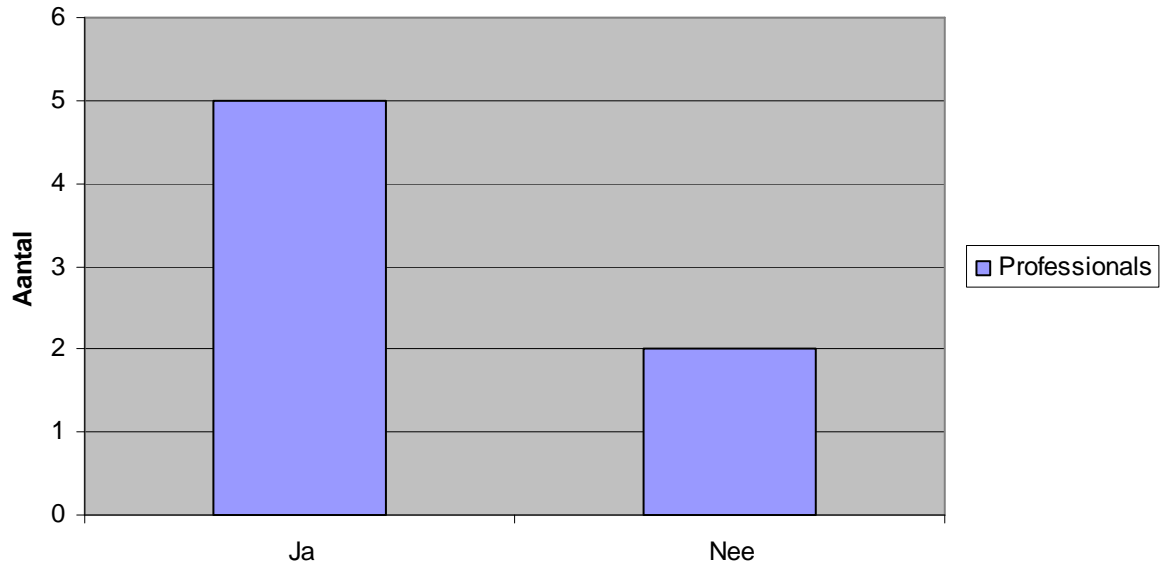
Zou u meer ondersteuning willen bij het benaderen van de deelnemers?



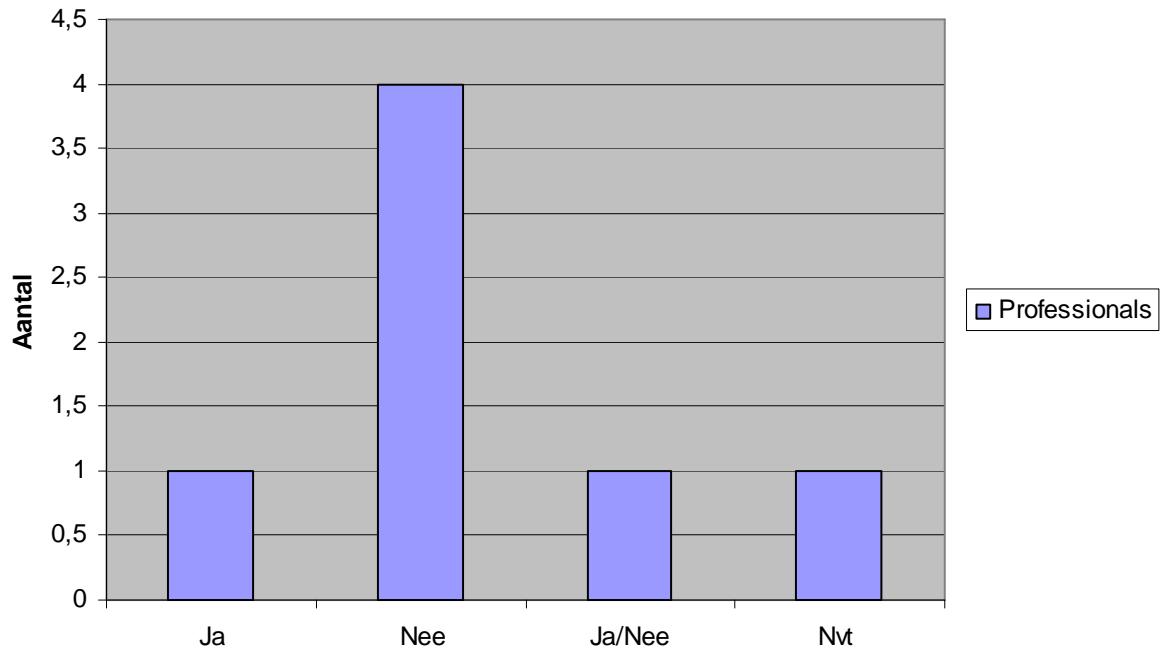
Was uw betrokkenheid bij het programma 'Zorgeloos in Beweging' voldoende door middel van deze instructie?



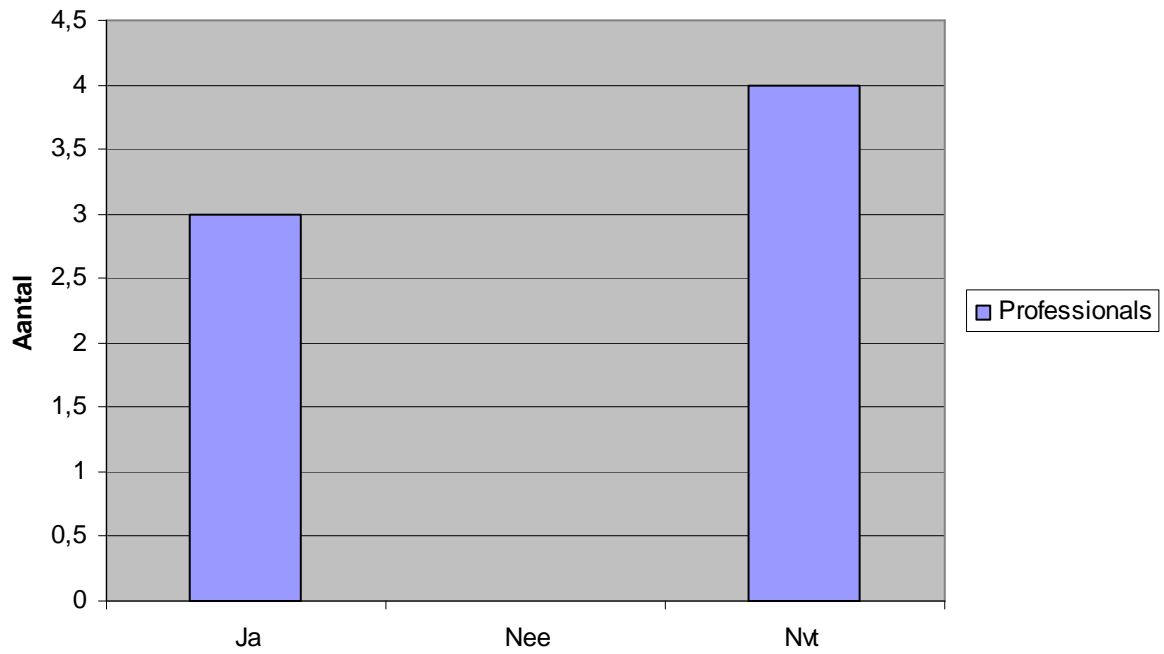
Heeft de screeningslijst u geholpen om mensen te vinden waar het programma 'Zorgeloos in Beweging' geschikt voor is?



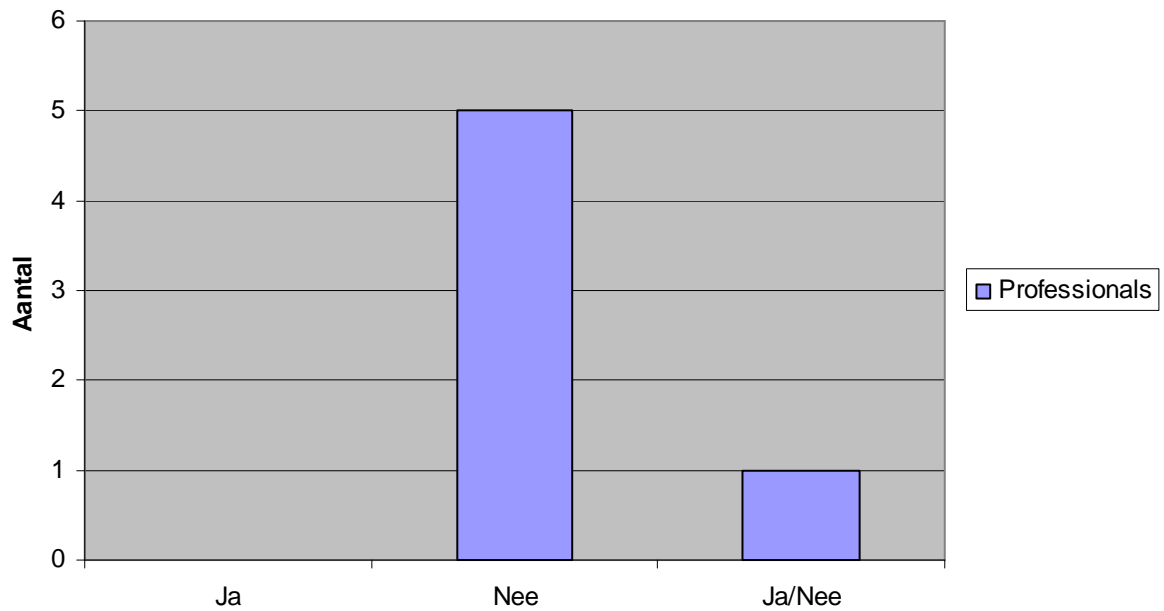
Bent u problemen tegen gekomen tijdens de werving?



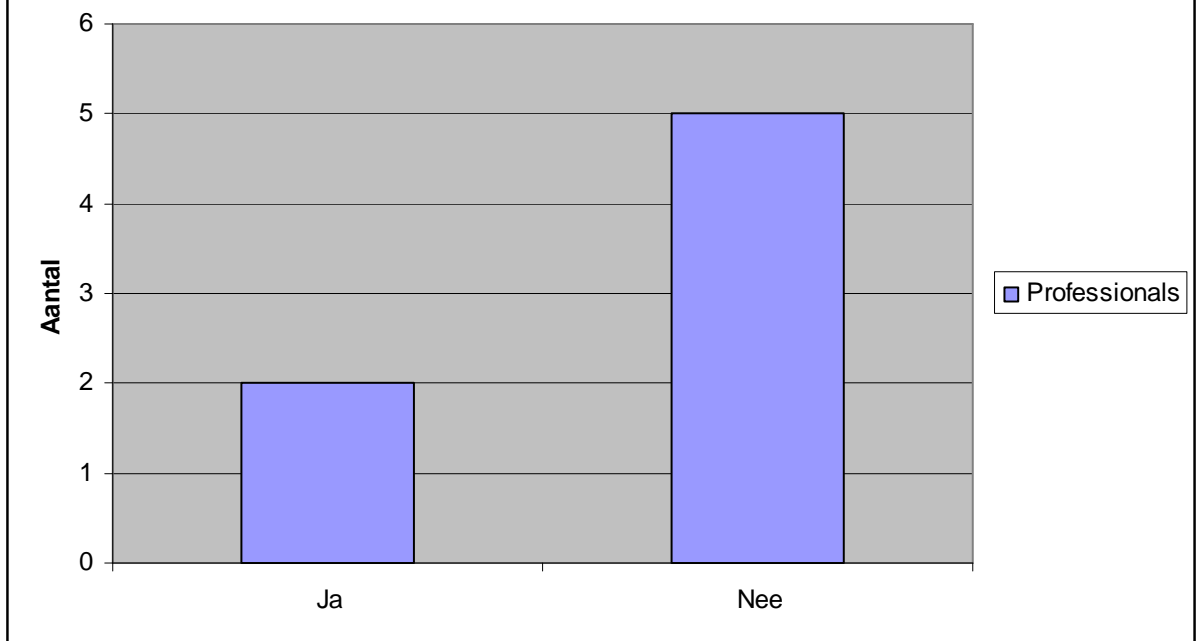
Kon u met eventuele vragen snel bij iemand terecht?



Ziet u eventuele verbeterpunten voor de GGD mbt de instructie?



Ziet u eventuele verbeterpunten voor de GGD mbt het programma 'Zorgeloos in Beweging'?



Bijlage XV: Screeningslijst

Screeningslijst risico op depressie 55+

Aandachtspunt	Ja	Nee	Risicofactor?
<i>Partner overleden? of Alleenstaande?</i>			
<i>Functionele beperking (slecht horen, zien, praten, bewegen)?</i>			
<i>Lichamelijke ziekte (diabetes, COPD, hart- en vaatziekten, reuma etc.)?</i>			
<i>Mantelzorger?</i>			
<i>Weinig sociale contacten (familie, vrienden, burenen)?</i>			
<i>(Vermoeden van) depressieve klachten</i>			


*Bij één of meer risicofactoren:
Verwijzing naar Zorgeloos in Beweging*

Bij vermoeden depressieve klachten:

Contact opnemen met [REDACTED]
Tel. [REDACTED]
e-mail [REDACTED]



Bijlage XVI: Evaluatieformulier 'Zorgeloos in Beweging'

Evaluatieformulier 'Zorgeloos in Beweging'		
1.	Postcode
2.	Leeftijd jaar
3.	Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
4.	Voldeden de eerste drie bijeenkomsten van 'Zorgeloos in Beweging' aan uw verwachting?	<input type="checkbox"/> Ja, omdat..... <input type="checkbox"/> Nee, omdat..... <input type="checkbox"/> Gedeeltelijk, omdat.....
5.	Hoe beoordeelt u de gehele opstap van het programma 'Zorgeloos in Beweging'?	<input type="checkbox"/> Zeer goed <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Voldoende <input type="checkbox"/> Onvoldoende
6.	Hoe beoordeelt u: <u>Bijeenkomst 1:</u> Meten De testjes <u>Bijeenkomst 2:</u> Weten Lichamelijke en geestelijke gezondheid <u>Bijeenkomst 3:</u> Bewegen MBVO les	<input type="checkbox"/> Zeer goed <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Voldoende <input type="checkbox"/> Onvoldoende <input type="checkbox"/> Zeer goed <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Voldoende <input type="checkbox"/> Onvoldoende <input type="checkbox"/> Zeer goed <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Voldoende <input type="checkbox"/> Onvoldoende

7.	Hoe beoordeelt u de cursusleidster? (presentatie en deskundigheid)	<input type="checkbox"/> Zeer goed <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Voldoende <input type="checkbox"/> Onvoldoende
8.	Tijdens de eerste bijeenkomst kreeg u een werkboek. Wat is hierop voor u van toepassing? (meerdere antwoorden mogelijk)	<input type="checkbox"/> De hoeveelheid informatie die hierin staat is voor mij voldoende <input type="checkbox"/> Er stond te veel informatie in <input type="checkbox"/> Er stond te weinig informatie in. Ik heb het volgende hierin gemist: <input type="checkbox"/> Voor mij had dit werkboek wel meerwaarde <input type="checkbox"/> Voor mij had dit werkboek geen meerwaarde
9.	Kon u alle informatie die u tijdens de cursus aangeboden kreeg makkelijk begrijpen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, omdat..... <input type="checkbox"/> Gedeeltelijk, omdat.....
10.	Kunt u de informatie uit 'Zorgeloos in Beweging' makkelijk toepassen in uw dagelijkse leven?	<input type="checkbox"/> Ja, omdat,..... <input type="checkbox"/> Nee, omdat..... <input type="checkbox"/> Gedeeltelijk, omdat.....
11.	Heeft u nog op- of aanmerkingen over het programma 'Zorgeloos in Beweging'? Vul ze dan hiernaast in.

Bijlage XVII: Checklist marketing 'Folder'

Checklist Folder		
1.	Informatie over de bereikbaarheid	'Wanneer u meer wilt weten over het programma of u wilt zich aanmelden, kunt u contact opnemen met het team Gezondheidsbevordering van de GGD Limburg- Noord. Telefoonnummer + E-mailadres.
2.	Doelgroep	'Eet u gezond, slaapt u goed, beweegt u genoeg, kunt u zich ontspannen en onderneemt u nog voldoende leuke activiteiten? Zit u goed in uw vel? Of kunt u wel een zetje in de juiste richting gebruiken? Het programma 'Zorgeloos in Beweging', biedt u dat zetje om samen met anderen in beweging te komen, zowel lichamelijk als geestelijk.
3.	Welke diensten worden aangeboden?	3 groepsbijeenkomsten, gezondheidschecks, informatie over plezieriger en gezonder leven, en een beweegbijeenkomst. Daarna nog eens 8 bijeenkomsten met zowel informatie als beweging. Met onderwerpen als losmaken, conditieopbouw, grond- en krachtoefeningen en spel en ontspanning, maar ook onderwerpen als stemming en bewegen, spanning en ontspanning en piekeren.
4.	Duidelijke letters, contrasterend met de achtergrond?	Ja, het is duidelijk leesbaar. Op de achterkant staat echter een klein gedeelte in rood.
5.	Kernachtig geformuleerd en in toegankelijk Nederlands geschreven?	Het is wel kernachtig geformuleerd en in toegankelijk Nederlands geschreven, maar het blijft echter nog vaag voor wie het nu precies bedoeld is en wat, na deelname aan het programma, het resultaat is.
6.	Verzorgde vormgeving, goede kwaliteit papier?	Ja.
7.	Pakkende leus of mooie foto op de voorkant?	Passende foto bij de naam van het programma. Een man die balanceert op een touw met in zijn linkerhand een paraplu. Daarboven staat de tekst van het programma; 'Zorgeloos in Beweging'.

8.	Een stapsgewijze beschrijving?	Ja, eerst een inleidende tekst en daarna de uitleg van zowel de eerste 3 bijeenkomst in de opstap en de 8 bijeenkomsten in de vervolgstap.
9.	Vermelding van de kosten?	Er staat niet in benoemd dat deelname gratis is.

Bijlage XVIII: Checklist marketing flyer

Checklist Flyer		
1.	Aantrekkelijk	De flyer geeft dezelfde foto weer als de folder en bestaat uit één A4 met zowel voor als achter opdruk.
2.	Duidelijke taal	Ja.
3.	Alle informatie staat erop	De flyer dient ervoor om de deelnemers te laten weten wanneer ze waar moeten zijn voor welke bijeenkomst. Globaal staat ook nog toegelicht waar de bijeenkomst over zal gaan.
4.	Goed leesbaar	Ja.

Bijlage XIX: Checklist marketing lokale media

Checklist Informatie lokale media		
1.	Hoe goed maakt de titel duidelijk waar het over gaat?	'Roerdalen 'Zorgeloos in Beweging''. Wanneer mensen er nog nooit van gehoord hebben maakt de titel nog niet veel duidelijk.
2.	In hoeverre nodigt de titel uit tot lezen?	Omdat de titel nog niet veel duidelijk maakt kan het wel zijn dat het juist uitnodigt om verder te lezen. Vooral het 'Zorgeloos in Beweging' kan aantrekkelijk klinken.
3.	Is de informatie nuttig voor de doelgroep?	Ja. Na een inleidende tekst over de cursus staan de data en inhoud van de bijeenkomsten vernoemd.
4.	Hoe begrijpelijk zijn de zinnen? Zijn ze kort, eenvoudig en goed gespeld?	De zinnen zijn kort, eenvoudig en goed gespeld.
5.	Hoe actief en persoonlijk zijn de zinnen geschreven? Hoe goed wordt de lezer aangesproken?	Er wordt niet meteen duidelijk dat mensen zich hier ook nog voor op kunnen geven. Dit moet misschien al eerder benoemd worden. Nu wordt het pas in de laatste zin duidelijk.
6.	Hoe aantrekkelijk is het bericht?	De meeste informatie die erin staat is praktisch waardoor het er niet erg aantrekkelijk uit ziet.
7.	Hoe duidelijk is het lettertype?	Duidelijk genoeg. Sommige woorden staan dikgedrukt.
8.	Wordt het weergegeven via het juiste kanaal?	Ja. Via de kabelkrant binnen de gemeente waar de cursus van start gaat.