

EINDRAPPORT PILOT REFERENTIEKADER GEZONDHEIDSBEVORDERING

2006-2007

Hans Saan
Willy de Haes
Christine Hekkink

Oktober 2007

Colofon

Titel:

Eindrapport Pilot Referentiekader Gezondheidsbevordering, 2006-2007

Auteurs:

Hans Saan

Willy de Haes

Christine Hekkink

Uitgave:

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)

Postbus 500

3440 AM Woerden

Telefoon: (0348) 43 76 00

Fax: (0348) 43 76 66

E-mail: kenniskwaliteit@nigz.nl

www.nigz.nl

Code: KW072209.

Dit rapport is gratis te downloaden via de winkel van het NIGZ: www.nigz.nl.

Dit project is gefinancierd door ZonMw.



© NIGZ, Woerden, 2007. Niets uit deze uitgave mag zonder schriftelijke toestemming worden overgenomen. Verzoeken tot overname van beeld of tekst kunnen schriftelijk worden gericht aan Uitgeverij NIGZ, Postbus 500, 3440 AM Woerden, e-mail: uitgeverij@nigz.nl.

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting.....	5
1 Doelen, werkwijze, resultaten en nieuwe inzichten	6
1.1. De projectorganisatie	11
2 De audits	12
2.1. Verloop van de audits	12
2.2. De ervaringen met de proefaudits.....	14
2.3. Lessen uit de audits.....	14
2.4. Van proefaudits naar handleiding	16
2.5. Hoe beïnvloeden de audits het werk	16
3 De uitdieping van het referentiekader	18
3.1. Samenvatting Beleid en Strategie.....	19
3.2. Samenvatting Leiderschap.....	21
3.3. Samenvatting Empowerment.....	23
3.4. Samenvatting Organisatie & Netwerk.....	25
3.5. Samenvatting Sociaal draagvlak.....	29
3.6. Samenvatting ontwikkeling prestatie-indicatoren	31
3.7. Lessen uit het werken met de teams aan de zes deelrapporten	35
4 De bijstelling van het referentiekader	41
5 Op weg naar een PC-versie.....	43
6 Voornemens voor de volgende fase	47
6.1. Doelstelling.....	47
6.2. Plan van Aanpak.....	48
6.3. Onderbouwing	50
6.4. Vernieuwing	51
6.5. Kans op succes.....	52
Publicaties	53
Bijlage 1	54
Voorgeschiedenis.....	54
De verspreiding van de inzichten 2005-2007	57
Bijlage 2	61
De zeven principes van het referentiekader gezondheidsbevordering.....	61
7 Deelrapporten.....	65

Voorwoord

In dit verslag van de Pilot referentiekader gezondheidsbevordering maken we de tussenstand op. Daarom noemden we de slotconferentie tussentijds: we willen verder werken op dit traject.

In dit verslag vatten we eerst de aanloop naar dit project samen. Dan doen we verslag van de activiteiten, maar zoomen daarna in op de vier delen van het project:

- het gebruik van het referentiekader als auditinstrument;
- het uitwerken van onderdelen van het model en het vertalen van de uitgewerkte concepten in meetinstrumenten;
- het uit- of omwerken van het referentiekader als daar aanleiding toe is;
- het uitzicht op een professioneel navigatiesysteem om via computer assisted decisionmaking tot beter vakwerk te komen.

Tenslotte geven we aan hoe we in de volgende fase verder willen werken.

Van deze fase schrijven we nog geen boek, dat komt na de volgende stap wel. Dan willen we in “Gezond Effect bevorderen 2” aangeven wat we uit deze projecten geleerd hebben en dat doorgeven.

We willen in de eerste plaats onze teams danken die tegen een honorarium (ereloon) een grote inspanning leverden, omdat zoals we konden merken de uitdaging hen aan het professionele hart ging. We hebben aan die samenwerking veel plezier beleefd. Het NIGZ diende als thuisbasis voor dit project en zorgde voor de nodige inhoudelijke en logistieke steun. ZonMw maakte het project mogelijk en deed door het instemmen met de ongebruikelijke formule van vijf subteams een goede stap naar capacity building.

We zijn benieuwd naar uw reacties, op dit rapport, maar ook naar Uw ervaringen met het gebruik van het referentiekader als geheel of met de instrumenten uit de deelrapporten. We zijn te bereiken op:

Hans Saan hans.saan@hccnet.nl
Willy de Haes willy@dehaes.net
Christine Hekkink chekkink@nigz.nl

Samenvatting

De pilot Referentiekader Gezondheidsbevordering 2006-2007

Ook in Nederland is de effectiviteit van Gezondheidsbevordering een thema van discussie. In 2002 en 2003 is dit debat nader in kaart gebracht. Een van de uitkomsten was een werkmodel van dit vakgebied, dat als referentiekader gezondheidsbevordering bekend is. In dat model worden de noodzakelijke stappen en in aanmerking te nemen factoren in kaart gebracht. Daarmee kunnen keuzes voor beleid en onderzoek beter gedaan worden. Om het gebruik in de praktijk te stimuleren zijn in dit project vier stappen gedaan.

Op de eerste plaats zijn in diverse settings audits gedaan om enerzijds verbeteringsmogelijkheden te vinden. Tegelijk werd gekeken of het model wel goed functioneert. De ervaringen zijn in een handleiding Audit verwerkt.

Op de tweede plaats hebben vijf teams bepaalde onderdelen van het referentiekader uitgediept, door dieper in te gaan op de gebruikte concepten en door een begin te maken met het meten van die factoren. Daarvan zijn deelrapporten beschikbaar en bij de instrumenten is een gebruiksaanwijzing gegeven. Daarnaast is er algemeen gekeken naar het proces van ontwikkelen van prestatie indicatoren.

Op de derde plaats zijn op grond van de audits, het uitdiepen, andere ervaringen met het model en actuele literatuur nieuwe inzichten ontstaan, die nog niet in het model verwerkt zijn, maar als zeven principes eraan toegevoegd. We hopen in een volgende stap een tweede boek met alle veranderingen uit te brengen.

Tenslotte is een verkenning gedaan naar de mogelijkheden voor een Decision Support System gebaseerd op het Referentiekader. Er is in andere sectoren wel ervaring met dergelijke systemen, maar om verder te komen dan het presenteren van papier op het scherm is een verdere uitwerking van de nog niet uitgediepte factoren nodig.

Belangrijk was in dit project de samenwerking tussen het kernteam en de vijf projectteams, die ieder een deel van de puzzel voor hun rekening namen. Door tussentijdse werkconferenties en actieve ondersteuning is dit voor alle betrokkenen een win-win situatie gebleken, die men graag wil voortzetten.

1 Doelen, werkwijze, resultaten en nieuwe inzichten

Doel 1. Toetsen: het daadwerkelijk toepassen van het referentiekader op samenwerkingsverband, organisatie- én op projectniveau, teneinde na te gaan

1a. hoe het gebruik de kwaliteit van het werk beïnvloedt en

1b. om de bruikbaarheid als auditinstrument te optimaliseren.

Werkwijze

In de periode mei-juni zijn in Amsterdam, Den Haag, Breda (2x) en Eindhoven audits gedaan met het referentiekader als startpunt. Aan de gesprekken namen behalve de betrokken projectleiders ook leden van de lokale teams en van de academische werkplaatsen deel. Van de gesprekken zijn verslagen gemaakt, zowel door de betrokkenen zelf als door het auditteam. Op grond van de gesprekken is een aanzet gemaakt voor een verbeterde versie van de checklists in het boek, welke in februari 2007 startpunt was voor de vervolgaudits. In dat tweede werkbezoek is nagegaan in hoeverre in of om het programma veranderingen waren opgetreden en of ten gevolge van de audit veranderingen in de aanpak en werkwijze in dit of volgende projecten beoogd was. Tevens werd de bruikbaarheid van de checklists en van het model in het algemeen besproken.

Behaalde resultaten

Alle projectleiders en teams beoordeelden de audits als zeer zinvol en rapporteerden voorbeelden van wijzigingen om het lopende of toekomstige werk te verbeteren.

De eerste audit was gebaseerd op de checklists uit het boek "Gezond effect bevorderen". In de tweede audit is met aangepaste gespreksschema's gewerkt. op grond van de ervaringen is een handleiding voor het doen van een audit opgesteld, waarin de ins en outs van inhoud en procedure beschreven zijn.

Nieuwe inzichten

De werkwijze in de audit is nu duidelijker en toegankelijk. Om de audit te kunnen toepassen is echter een goede bekendheid met het referentiekader noodzaak. Het afwerken van de vragenlijst is maar een deel van de audit: juist het kritisch doorvragen op bepaalde punten werkt verhelderend. Dat vraagt van de auditoren een brede bekendheid met het werkkterrein en het vermogen om in het teamgesprek zowel kritiek als waardering tot zijn recht te laten komen.

De beschikbaarheid van de instrumenten op onderdelen maakt het mogelijk een tweede audit-sessie meer te focussen, door die thema's nader uit te diepen.

Inzichten over het Referentiekader zelf worden hierna gerapporteerd.

Doel 2. Uitwerken:

2a. het verder ontwikkelen en specificeren van onderdelen van het referentiekader met in ieder geval concrete meetinstrumenten en indicatoren voor de diverse variabelen en

2b. nagaan of dit de bruikbaarheid bevordert.

Werkwijze

Na de start van het project zijn kennismakingsgesprekken gevoerd met geïnteresseerde teams. Op grond daarvan is na overleg met de begeleidingscommissie gekozen voor drie academische werkplaatsen en twee GGD-en.

Overzicht van de projectteams en hun eindrapportages		
Naam	Organisatie	Rapport
A. Wagemakers, L. Vaandrager, M. Koelen P. Dijkema & R. Corstjens	Gezondheid en Maatschappij, Universiteit Wageningen. GGD Eindhoven GGD Amsterdam	Sociaal draagvlak, verslag van de uitwerking van 'sociaal draagvlak' voor het pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering
K. Leibbrand, J. Boonstra en K. Zomer	GGD Regio Twente, in samenwerking met NIKOS, Universiteit Twente	Organisatie & Netwerk; organisatieontwikkeling in gezondheidsbevordering
I. van de Goor, M. Busch, S. Hogendoorn, L. Hommels, H.Kok, T. Kuunders	Academische Werkplaats Openbare Gezondheidszorg Tilburg	“Beleid en strategie” in relatie tot Gezondheidsbevordering - een nadere uitwerking. Een checklist voor de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid
M. Schmidt, K. Stronks D. Robbesom, M. Bakker	Academisch Medisch Centrum, Afdeling Sociale Geneeskunde Gemeente Den Haag, dienst OCW/GB	Empowerment in het Referentiekader Gezondheidsbevordering Een uitwerking van het begrip empowerment in relatie tot health literacy.
P. van der Smissen H. Kok, G. van der Velden, N. Warmenhoven	GGD West-Brabant in samenwerking met Academische Werkplaats Openbare Gezondheidszorg Tilburg en Bureau Okapi	De rol van leiderschap binnen gezondheidsbevordering. Een nadere onderbouwing en uitwerking.
C. Hekkink G. Molleman	NIGZ	Een verkennende studie naar het ontwikkelen van prestatie-indicatoren.

In het najaar 2005 werd reeds bekend gemaakt, dat eventuele gegadigden voor deelname in dit project zich konden melden. met alle aanmelders (10) zijn gesprekken gevoerd en vervolgens is de begeleidingscommissie een beredeneerde keuze voorgelegd. Daarbij was de mogelijkheid om enerzijds met Academische werkplaatsen te werken, anderzijds met enthousiaste praktijkwerkers een belangrijk argument.

Voor het hele referentiekader werd door het NIGZ gekeken naar het proces van het ontwikkelen van prestatie-indicatoren. Dit thema liep vooruit op de resultaten per team, die ieder op een inhoudelijk deel van het referentiekader hun checklist als voorloper van prestatie-indicatoren zouden maken.

Om de teams te helpen bij hun taak zijn de volgende stappen genomen:

- een schriftelijke instructie
- deelname aan een startconferentie
- tussentijds twee werkconferenties om voortgang te melden en knelpunten te bespreken
- de slotconferentie bood de gelegenheid tot pretesten van conclusies en instrumenten
- tussentijds vond intensief e-mail en telefoonverkeer plaats, vaak gecombineerd met werkbezoeken om tussentijd support te geven
- op de conceptrapporten is een uitgebreide reactie gegeven om de eindproducten in de gegeven tijd toch optimaal toegankelijk te maken.

In de uit te werken onderdelen was aanvankelijk sprake van enige overlap, maar daarop is bijgestuurd. Na een startconferentie zijn met de teams contracten afgesloten over hun werkopdracht en de betaling. Op 3 oktober vond een werkconferentie plaats, waarin de teams hun aanpak en tussenstand aan elkaar rapporteerden en verdere werkafspraken maakten. Op hun verzoek is op 15 februari nogmaals een dergelijke sessie gehouden.

Op de tussentijdse slotconferentie van 16 mei presenteerden de teams hun voorlopige conclusies plenair en gingen vervolgens in twee workshops met de aanwezigen in discussie. Van die workshops hebben studenten van de Wageningen Universiteit samenvattingen gemaakt van alle presentaties en discussies. Daarvoor zijn wij hen zeer erkentelijk. Die resultaten werden in een concept rapport verwerkt, dat het kernteam voorzien heeft van nadere redactionele en inhoudelijke suggesties, zodat de eindrapportages 15 september beschikbaar waren en aan de begeleidingscommissie konden worden voorgelegd. Met de teams zijn afspraken over repro en verspreiding gemaakt.

Op de bijeenkomst met slotdiner bleken de aanwezigen zeer te spreken over de werkformule van dit project, omdat ze de wederzijdse uitwisseling en ondersteuning stimulerend vonden. Belangrijke principes van empowerment, netwerken, draagvlak maken, participatief werken en leiderschap konden zij ook in dit project herkennen.

Behaalde resultaten

Voor de onderdelen Beleid en strategie, Leiderschap, Empowerment, Organisatienetwerk en Sociaal Draagvlak zijn deelrapporten beschikbaar. Daarin zijn de genoemde concepten aan de hand van literatuur en discussie met experts verder uitgediept. Ook is een inventarisatie gedaan van beschikbare meetinstrumenten en daaruit is een instrument gekozen, dan wel verder ontwikkeld. Voor zover de tijd het toeliet zijn die instrumenten aan relevante groepen voorgelegd en is de feedback in de laatste versie compleet met een gebruiksaanwijzing verwerkt. Het bleek niet haalbaar in de gekozen formule ook nog eens de methodologisch verantwoorde ontwikkeling naar een uitgetest meetinstrument te maken.

Nieuwe inzichten

De weg naar uitdiepen van de gekozen factoren verliep in de meeste teams op vergelijkbare wijze: in de literatuur blijken de concepten op heel verschillende wijze te worden gebruikt, afhankelijk van setting en gebruikte uitgangspunten. Uit de veelheid van inzichten hebben de teams, geholpen door experts, geprobeerd een keuze te maken van de kritieke subvariabelen en gekeken of ze die in de instrumenten herkenden en zo in de checklists een logische plek konden geven.

De deelrapporten leren ons, dat veel concepten met elkaar raakvlakken hebben en dat ze soms als dakpannen over elkaar liggen. Ook zitten in het referentiekader een aantal factoren die zowel als input, tijdens de interventie en als resultaat kunnen gelden. Nauwkeurigheid bij het gesprek en onderzoek is dus geboden.

Hoewel teams gestimuleerd werden om zich ook in literatuur van aangrenzende vakken te verdiepen en experts van buiten te halen, bleek dat toch maar in beperkte mate gerealiseerd. Blijkbaar moeten we voor interdisciplinaire uitwisseling een andere organisatievorm kiezen.

De teams rapporteerden nadrukkelijk hun waardering voor de gekozen werkwijze. Niet zoals gebruikelijk solistisch bezig zijn, maar door voortdurende uitwisseling van ervaringen en inzichten samen aan verschillende stukken van dezelfde puzzel werken. Sociaal draagvlak voor het referentiekader is dan ook langs deze weg binnen de betrokken teams aanzienlijk versterkt. Dat roept wel de vraag op hoe een dergelijk enthousiasme ook in bredere kring te genereren is.

Doel 2c. Het vergelijken van het referentiekader met soortgelijke instrumenten uit andere landen, om daaruit aanwijzingen te krijgen voor de verdere ontwikkeling naar een referentiekader 2.0.

Werkwijze

De verzameling van informatie gaat nog steeds door. Via internationale contacten (zie bijlage 1) is het bekend welke centra in met name UK, Canada, Australië, USA en Zwitserland op deze wijze werken. Op de IUHPE conferentie in Vancouver, juli 2007, zijn diverse sessies aan het Referentiekader gewijd. Ook is daar gesproken over het gebruik van computer assisted decision making in gezondheidsbevordering en zijn we nieuwe rapporten op het spoor gekomen.

Behaalde resultaten

Op grond van de audits, de voorlopige uitkomsten van de teams en de internationale uitwisseling en literatuur is het duidelijk geworden dat het referentiekader uitgebreid moet worden met een aantal tussenstappen om nog kleinere resultaten zichtbaar en stuurbaar te maken. Tegelijk moeten een aantal van de circulaire processen beter benoemd worden en moeten besluiten rond een project ook tegen een aantal onder het model liggende uitgangspunten getoetst worden. Omdat nog niet alle aspecten van het model voldoende uitgediept zijn, is besloten in deze fase het merkbeeld van het referentiekader gelijk te houden en gewenste aanvullingen als zeven principes aan het veld te presenteren. Daarvan is een nieuwe placemat gemaakt, welke inmiddels al in 500 exemplaren zijn weg naar het werkveld gevonden heeft.

Nieuwe inzichten

Met de uitwerking van het referentiekader zijn we op een tweesprong. Aan de ene kant willen ervaren gebruikers meer nuance in het model aanbrengen door het toevoegen van zones of van factoren. Daarmee wordt het schema niet eenvoudiger, maar dat kan via training en coaching in het gebruik opgevangen worden. Tegelijk blijkt, dat er behoefte is aan een instapvariant van het model: een “refka voor dummies”.

De uitwerking van diverse factoren hebben een thema gemeenschappelijk, dat in de zeven principes met de woorden continuïteit en capacity building wordt aangeduid. Naast effecten in de richting van gelijke kansen op gezondheid is het nodig om na te gaan hoe in interventies tegelijk via een vergroot draagvlak, via betere netwerken, via beter beleid en leiderschap op meerdere fronten aan empowerment gedaan kan worden, om zo de basis te leggen voor toekomstige ini-

tatieve. Projecten zijn in die redenering bouwstenen, dus wordt het tijd beter over de architectuur van het geheel na te denken.

De uitdaging is dus goed om te gaan met de spanning tussen gedetailleerd en bruikbaar. Een manier om dat op te pakken is het gebruik van het Referentiekader als model voor een decision support system (DSS). Uitwisseling met internationale collega's leert ons, dat nu veel papier op het scherm wordt gezet, wat niet altijd resulteert in een handig instrument. Om de interactiviteit met diverse internetbronnen te regelen en tegelijk een gebruikersvriendelijke interface te bieden zal nog veel studie nodig zijn. Nagaan hoe andere branches dit tackelen is een deel van de opgave.

Tijdschema project Pilot Referentiekader Gezondheidsbevordering	
2006	
1 januari	Start project
21 februari	Begeleidingscommissie Selectie teams voltooid
3 april	Startconferentie
11 mei	Eerste gebruikersgroep
voorjaar	Eerste ronde audits
29 aug	Begeleidingscommissie
3 oktober	Werkconferentie 1
december	Voortgangsverslag
2007	
6 februari	Tweede gebruikersbijeenkomst
februari	Tweede ronde audits
15 februari	Werkconferentie 2
13 maart	Begeleidingscommissie
16 mei	Tussentijdse slotconferentie
15 september	Afronden deelverslagen
09 oktober	Laatste begeleidingscommissie Terugblik met alle betrokkenen
1 november	Inleveren verslag

1.1. De projectorganisatie

1. Kernteam

H. Saan, tot 1 september 2006 NIGZ	projectleider
W. de Haes, GGD Rotterdam	co-projectleider
C. Hekkink, NIGZ	projectmedewerkster
G. Molleman, NIGZ	verantwoordelijk manager

Aangezien beide projectleiders op de drempel van de VUT stonden, was met het NIGZ afgesproken, dat ze inhoudelijk en organisatorisch continuïteit zouden bieden. Christine Hekkink werd de "Dritte im Bund" en heeft aan de inhoudelijke discussies een substantiële eigen bijdrage geleverd. Die formule heeft goed gewerkt: met Christine als linking pin en doordat verder het administratieve, logistieke en financiële werk door het NIGZ werd ingevuld, konden de projectleiders zich vooral met de inhoud bezig houden. Bovendien zijn door hen naast de projectactiviteiten een aantal gelegenheden benut en gemaakt om de principes van het referentiekader in brede kring nationaal en internationaal bekend te maken.

2. Leden van de begeleidingscommissie

Henk Garretsen (voorzitter)	Universiteit van Tilburg, Tranzo
Tjerk Halbertsma	Ministerie van VWS, directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie
Jantine Schuit, Hans van Oers	RIVM, Centrum Preventie en ZorgOnderzoek
Lenneke Vaandrager, Maria Koelen	Wageningen Universiteit, Research Centrum Leerstoel Communicatiemanagement
Ernst Bohlmeijer	Trimbos-instituut
Paul Kocken (tot maart 2007)	TNO-Kwaliteit van Leven, Sector gezondheid 0-19 jarigen
Jacomine Ravensbergen, Willem de Regt	Zorg Onderzoek Nederland (ZonMw)
Vera Nierkens i.p.v. Karien Stronks	Academisch Medisch Centrum (AMC)
Hans Brug (tot februari 2007)	EMGO Instituut, Amsterdam
Janneke van Mens-Verhulst (tot september 2006)	Universiteit voor Humanistiek
Nanne de Vries	Universiteit Maastricht, Faculteit Gezondheidswetenschappen

De begeleidingscommissie vergaderde bij de start over het plan en de teamkeuze, halverwege over de voortgang en aan het eind over de resultaten en het perspectief.

2 De audits

Doel 1. Toetsen: het daadwerkelijk toepassen van het referentiekader op samenwerkingsverband, organisatie- én op projectniveau, teneinde na te gaan

1a. hoe het gebruik de kwaliteit van het werk beïnvloedt en

1b. om de bruikbaarheid als auditinstrument te optimaliseren.

Toen ZonMw ons de gelegenheid bood een projectplan voor een nadere uitwerking van het referentiekader in te dienen hebben wij een deel van het projectplan gericht op het doen van audits om daarop een handleiding te kunnen baseren.

In dit hoofdstuk geven we onze ervaringen met de audits weer: het hoofdstuk is de rationale achter de handleiding die als afzonderlijk document gepresenteerd wordt.

2.1. Verloop van de audits

In de looptijd van het project zijn overeenkomstig het plan met een aantal teams van ervaren gezondheidsbevorderaars uit praktijk, beleid en onderzoek audits gedaan eerst met behulp van de checklists in het boek, later met aangepaste gespreksschema's. Het doel van deze audits was tweeledig:

- de teams een moment van reflectie bieden op hun werk;
- nagaan op welke wijze het referentiekader als auditinstrument is in te zetten en het ontwikkelen van een auditinstrument op grond van die ervaringen.

De omvang van de teams verschilde per gelegenheid. Waar het ging om afgeronde projecten als testmateriaal was soms alleen de projectleider aanwezig, maar waar het ging om lopende projecten waren meer leden van het team en eventuele academische onderzoekers aanwezig.

In de periode mei-juni 2006 hebben wij vijf projecten in sessies van 2 – 2½ uur doorgelicht. Bij deze teams hebben wij in 2007 een herhalingsbezoek afgelegd om na te gaan, welke lessen uit de audit in het project en/of in andere projecten verwerkt zijn .

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de bezoeken en de deelnemers:

Overzicht werkbezoeken eerste ronde			
Datum	Plaats	Aanwezig	Thema
2 mei 2006	Breda	H. Kok (GGD West Brabant) C. Rots (GGD West Brabant)	Project Move your heart, eat smart (Myhes)
16 mei 2006	Breda	H. Kok (GGD West Brabant) C. Rots (GGD West Brabant)	Project Armoede en gezondheid van kinderen (AGK)
23 mei 2006	Den Haag	M. Schmidt (UvA) M. Bakker (GGD Den Haag) I. Joosen (GGD Den Haag) P. Kroon (GGD Den Haag) S. Kraetzer (GGD Den Haag)	Thuisdokter Gezondheidsachterstand moet wijken
1 juni 2006	Eindhoven	P. van Nierop (GGD Eindhoven) M. Delil (GGD Eindhoven) A. v. Gemert (GGD Eindhoven) E. de Bruijne (GGD Eindhoven) R. Corstjens (GGD Amsterdam) J. Lezwijn (GGD Gelre IJssel) M. Koelen (Wageningen Univ.) L. Vaandrager (Wageningen Univ.) A. Wagemakers (Wageningen Univ.)	Wijkgezondheidswerk Gezond in de buurt
19 juni 2006	Amsterdam	R. Corstjens (GGD Amsterdam) J. Lezwijn (GGD Gelre IJssel) M. Koelen (Wageningen Univ.) L. Vaandrager (Wageningen Univ.) A. Wagemakers (Wageningen Univ.)	Gezonde leefgewoonten Westerpark
21 november 2006 (extra audit op verzoek)	Doetinchem	C. Izeboud (GGD Gelre IJssel) C. de Rover (GGD Gelre IJssel) M. Koelen (Wageningen Univ.) L. Vaandrager (Wageningen Univ.) A. Wagemakers (Wageningen Univ.)	Alcoholmatiging jeugd in de Achterhoek
Overzicht werkbezoeken tweede ronde			
1 februari 2007	Den Haag	M. Schmidt (UvA) M. Bakker (GGD Den Haag) I. Joosen (GGD Den Haag)	
1 februari 2007	Eindhoven	P. Dijkema, (GGD Eindhoven) N. de Groot (GGD Eindhoven) E. de Bruijne, (GGD Eindhoven) P. v. Nierop (GGD Eindhoven) A. Wagemakers (Wageningen Univ.)	Wijk projecten
8 februari 2007	Breda	C. Rots (GGD West Brabant)	MYHES
12 februari 2007	Amsterdam	R. Corstjens (GGD A'dam), A. Verhoeff (GGD A'dam), L. Vaandrager (Wageningen Univ.) A. Wagemakers (Wageningen Univ.)	Westerpark

2.2. De ervaringen met de proefaudits

In het boek hadden we een aantal checklists opgenomen, die bij de proefaudits gebruikt zijn. Deze checklists volgen de opbouw van het schema stap voor stap: voor iedere zone een checklist. Uit de praktijk bleek dat we daarmee niet voldoende diepgang bereikten.

In de proef audits bleken we drie perspectieven tegelijk te gebruiken:

- een analytische insteek die begint bij gezondheid en terugredeneert naar determinanten en manieren om die te beïnvloeden: van doelen naar middelen;
- een planmatige insteek die begint aan de kant van de context en organisatie en die dan bekijkt hoe de input via de interventieprocessen doorwerkt op directe en lange termijn resultaten: van middelen naar doel;
- een dwarse kijk met behulp van een aantal factoren die we in het boek als 4 kenmerken presenterden, zoals coproductie, participatie, complexiteit en continuïteit, later omgewerkt tot de zeven principes (bijlage 2).

Ook al wordt hierna in de handleiding de audit in tabelvorm als een lineair proces gepresenteerd, belangrijk is te beseffen dat de audit een soort exploratie van een patroon van denkbeelden en activiteiten is, waarin het soms nuttig is om heen- en weer te gaan in het schema, en soms met de principes en algemene vragen in de diepte doorgevraagd kan worden.

2.3. Lessen uit de audits

1. Belangrijke principes benadrukken

De voor gezondheidsbevordering belangrijke principes bleken naar onze zin niet voldoende door te werken in de planning, uitvoering en evaluatie. Om die inzichten te benadrukken hebben we zeven principes benoemd, die in de nieuwe versie van de referentiekader-placemat een prominente plaats kregen. Voor de tekst van de principes verwijzen we naar bijlage 2. In het auditschema 3 krijgen ze apart aandacht.

2. Referentiekader geschikt op grotere schaal

Het referentiekader is een wereldkaart; die attendeert eerder op grote verbanden. Het schema bleek vooral nuttig bij het doornemen van beleid of programma's, waarin projecten de bouwstenen zijn. Een analyse op projectniveau is wel verhelderend, maar komt dicht in de buurt van wat ook met een OPUS of Preffi scan boven tafel komt. Dit auditschema stelt naast technische vragen ook vragen over principiële en strategische keuzes.

3. Geen lineair proces

Een checklist nodigt uit om de factoren één voor één af te lopen. Dat is in de voorbereiding zinvol, maar daarna kunnen betrokkenen besluiten op welke punten zij willen inzoomen. Daarom stellen we auditoren voor zich goed in te werken en na te gaan waar ze eventueel met welke generieke vragen door willen vragen. We geven voorbeelden van dergelijke vragen mee.

4. Keuzemogelijkheden om gezond effect te bevorderen

De audit is een dialoog tussen de betrokkenen. Het is niet genoeg de uitgangspunten, keuzes bij planning, uitvoering en evaluatie te beschrijven. Op veel punten is het een kwestie van kritisch doorvragen met respect en waardering voor de keuzes die gemaakt zijn.

Twee lijnen blijken daarbij behulpzaam:

I) Vaak worden bij het begin van een activiteit uitgangspunten en doelen geformuleerd, die in de loop van de alledaagse beslissingen buiten beeld raken. Door die uitgangspunten weer in het vizier te nemen is een eerste toets mogelijk.

II) In een plan of project is een scenario uitgewerkt. Er zijn in het Referentiekader meer wegen naar het doel en we pleiten zelfs voor een combinatie van interventies. Dus is bij iedere keuze de vraag: had het anders gekund, welke alternatieven zijn buiten beschouwing gebleven en welke gevolgen heeft dat?

5. Soorten verbeteracties

In de proefaudits bleek, dat we vrij snel een onderscheid konden maken tussen

- trage factoren die in de context spelen of die in de organisatie slechts op lange termijn te veranderen zijn
- snelle factoren die binnen de huidige kaders in de keuzevrijheid van de professional liggen.

Het hoort tot het vakwerk om via lobbyen de trage factoren geleidelijk te veranderen, maar de eerste verantwoordelijkheid ligt bij de keuzes binnen de eigen professionele ruimte. Wanneer we bij de principes vragen stellen over continuïteit en het positioneren van gezondheidsbevordering krijgen de trage factoren de volle aandacht.

6. Cijfergebruik zwak

Het is belangrijk te vragen naar cijfers: over omvang van investering, tijd, personeel en over de doelgroep, aard en omvang en intensiteit van de samenwerking en cijfers over de schaal van het te verwachten effect op korte termijn. Voor een deel zijn dit logistieke data, voor een deel moet er met onderzoek naar gezocht worden. In de vragenlijsten en bij de generieke vragen ruimen we dan ook veel plaats in voor de vraag naar “facts”.

7. Leiderschap als diepere laag

In de proefaudits was de eerste sessie gericht op een reflectie op de gebeurtenissen. Pas in de tweede sessie, toen teruggekeken werd op de impact van de eerste sessie kwam soms de rol van de projectleider nadrukkelijker aan de orde. Alsof we eerst in de derde en toen pas in de eerste persoon konden werken. Die ervaring is aanleiding om een audit in twee sessies voor te stellen.

8. Tijd voor conclusies en afspraken

Belangrijk is dan ook aan het einde van de audit tijd in te ruimen voor de “so-what?” vraag: tot welke conclusies leidt deze dialoog?

- Dat kan een beter inzicht en begrip zijn voor de gevolgde lijn.
- Het kan zijn dat binnen het gevolgde scenario aanpassingen voor de hand blijken te liggen.
- Het kan een opening gemaakt hebben naar andere scenario's welke voor een deel alsnog in het werk een plek kunnen krijgen.
- Vaak is het denken over continuïteit (principe 6: projecten als bouwsteen, bijlage 2) aanleiding om meer te doen met de successen en de PR in een project. Ook blijken er dan meer mogelijkheden te zijn om een project als een vorm van relatieontwikkeling en -beheer in te richten.

In de handleiding hebben we een schema opgenomen om conclusies, actievoornemens en afspraken in een oogopslag in kaart te brengen. Van de proefaudits werden soms twee verslagen gemaakt, zowel door het projectteam als door betrokkenen. Opvallend was hoe die toch verschillende accenten hadden: belevingen en beoordelingen in een audit zijn sterk persoonlijk en afhankelijk van de positie die men in of ten opzichte van het project inneemt.

Uit de audits hebben de projecten hun eigen lessen getrokken voor de voortgang van een lopend project, dan wel er principes aan ontleend die bij toekomstige projecten een rol kunnen spelen.

2.4. Van proefaudits naar handleiding

Op grond van de ervaringen met de eerste audits is een eerste aanzet van een handleiding gemaakt, welke bij de tweede audits een rol speelde.

Met behulp van bovenstaande lessen is een tweede versie gemaakt, waarop Annemarie Wage-makers (Universiteit Wageningen) heel behulpzaam commentaar gaf.

Op grond daarvan is deze versie gemaakt, welke nu in de praktijk getoetst zal worden.

Ook voor de inrichting en het gebruik van het referentiekader zijn uit de proefaudits een aantal aanwijzingen gekomen, die we verwerkt hebben in de zeven principes die hierna in het hoofdstuk over de aanpassingen van het referentiekader genoemd worden.

2.5. Hoe beïnvloeden de audits het werk

Met opzet was tussen het eerste en het tweede werkbezoek een ruime periode ingelast, om eventuele toepassing van verbeteringen een kans te geven.

Uit de tweede serie gesprekken noemen we hier enkele voorbeelden van geconstateerde effecten:

- de discussie over de factor Leiderschap heeft het team duidelijk gemaakt, dat het voor anderen onduidelijk moet zijn geweest wie in welke rol actief was. nu is meer werk gemaakt van het profileren van de leidersrol.
- een wisseling van de politieke leiding laat zien hoe gebeurtenissen in de context (een nieuwe wethouder) doorwerken in beleid en strategie. Een interim-directeur die geen affiniteit heeft met de dienst is ook geen grote steun. Dan sta je voor de keuze een project af te bouwen of het in de marge overeind te houden en de energie in de pleitbezorging te stoppen.
- in een volgende fase van het project blijkt het nodig om alle factoren in de zone Organiseren opnieuw te bekijken. het referentiekader biedt daarvoor houvast.
- bij een inmiddels afgerond project waren wel afspraken rond de overdracht gemaakt, maar een nieuwe trekker werd niet geïntroduceerd in het veld, waardoor men van buitenaf terugvalt op de oude projectleider. Blijkbaar vraagt de overdracht niet alleen afspraken naar binnen, maar ook PR naar buiten.

Deze voorbeelden illustreren de keuzes die in de diverse projecten aan de orde waren. Alle teams rapporteerden, dat door het referentiekader de keuze voor andere interventies en het nalopen van de benodigde capaciteit veel makkelijker en systematischer verliep. Ook bleek onze vraag naar cijfers tot gevolg te hebben, dat vaak opnieuw met de epidemiologen het gesprek geopend was over de noodzaak om meer actiebegeleidend onderzoek in te zetten.

Een laatste voorbeeld van een aangetroffen effect: teams realiseren zich, dat ze in termen van samenwerking en in het verwerven van vrije publiciteit vaak successen weten te scoren, die in de rapportages onvoldoende gemeld worden. Dat heeft bij sommige teams ook geleid tot een andere insteek bij de rapportages en aanvragen bij ZonMw.

3 De uitdieping van het referentiekader

Doel 2. Uitwerken:

2a. het verder ontwikkelen en specificeren van onderdelen van het referentiekader met in ieder geval concrete meetinstrumenten en indicatoren voor de diverse variabelen en

2b. nagaan of dit de bruikbaarheid bevordert.

Een belangrijk deel van dit pilot project is onder contract met het NIGZ uitgevoerd door zes teams. Zij hebben zich volgens afspraak verdiept in diverse onderdelen van het referentiekader en daarover afzonderlijke rapporten gepubliceerd.

Team	Thema
A. Wagemakers, L. Vaandrager, M. Koelen (Gezondheid en Maatschappij, Universiteit Wageningen) P. Dijkema & R. Corstjens (GGD Amsterdam)	Sociaal draagvlak
K. Leibbrand J. Boonstra K.A.L. Zomer (GGD Regio Twente i.s.m. NIKOS, Universiteit Twente)	Organisatie & Netwerk; organisatieontwikkeling in gezondheidsbevordering
P.J.A.M. van der Smissen (eindredactie) H.H. Kok, G.C.A. van der Velden (GGD West-Brabant), N.E. Warmenhoven (Bureau Okapi) In samenwerking met Academische Werkplaats Openbare Gezondheidszorg Tilburg	De rol van leiderschap binnen gezondheidsbevordering Een nadere onderbouwing en uitwerking
I. van de Goor (eindredactie), M. Busch S. Hogendoorn, L. Hommels H. Kok, T. Kuunders (Academische Werkplaats Openbare Gezondheidszorg Tilburg)	“Beleid en strategie” in relatie tot Gezondheidsbevordering - een nadere uitwerking
M. Schmidt (AMC/UvA Sociale Geneeskunde) D. Robbesom en M Bakker (Gemeente Den Haag, dienst OCW/GB) K. Stronks (AMC/UvA Sociale Geneeskunde)	Empowerment in het Referentiekader Gezondheidsbevordering
C. Hekkink NIGZ G. Molleman NIGZ JFEM Keijzers NIGZ H Saan	Een verkennende studie naar het ontwikkelen van prestatie-indicatoren.

De opgave voor de teams was in overleg een factor in het referentiekader te kiezen en daarop een verdiepende studie uit te voeren. De teams werden gestimuleerd om:

- voort te bouwen op het boek “Gezond effect bevorderen”;
- aanvullende actuele literatuur te zoeken, bij voorkeur ook in andere dan de gebruikelijke bronnen;
- de tussentijdse resultaten zo mogelijk met experts van aangrenzende vakgebieden door te nemen en hen om verdere verwijzing naar bronnen te vragen;

- het nader uitgewerkt concept te gebruiken als een startpunt voor het ontwikkelen of kiezen van een meetinstrument, afhankelijk van de uitkomsten van een zoektocht naar dergelijke instrumenten;
- het concept meetinstrument zo mogelijk in de praktijk te toetsen een op grond van die ervaringen een gebruiksaanwijzing te geven van de nu aanwezige versie.

Het rapport van het NIGZ week af van de andere rapporten, omdat daarbij voor het hele referentiekader gekeken werd naar het proces van het ontwikkelen van prestatie-indicatoren. Dit thema liep vooruit op de resultaten per team, die ieder op een inhoudelijk deel van het referentiekader hun checklist als voorloper van prestatie-indicatoren zouden maken.

De rapportages van de teams werden tussentijds door het projectteam van commentaar voorzien en op grond van die feedback zijn de eindversies tot stand gekomen. Voor de uitkomsten per thema verwijzen we naar de desbetreffende rapporten. Hierna geven we eerst een samenvatting van ieder rapport en maken bij dat rapport een paar kanttekeningen.

Daarna gaan we in op enkele opvallende overeenkomsten in de rapporten, die gevolgen hebben voor het verder uitwerken van deze onderdelen van het referentiekader. Ook kunnen we eruit leren, waarmee we rekening moeten houden bij een nadere uitwerking van de overige onderdelen.

3.1. Samenvatting Beleid en Strategie

“Beleid en strategie” in relatie tot Gezondheidsbevordering - een nadere uitwerking.

Een checklist voor de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid

Academische Werkplaats Openbare Gezondheidszorg Tilburg

I. van de Goor (eindredactie), M. Busch, S. Hogendoorn, L. Hommels, H. Kok, T. Kuunders.

Beleid en strategie komt in het Referentiekader op diverse plaatsen terug. Beleid en strategie kan zowel een rol spelen als resultaat van interventies (kolom 3), als interventie zelf (kolom 2: lobby en pleitbezorging bijvoorbeeld) of als procesvariabele waarbij het een voorwaarde voor het organiseren van interventies vormt (kolom 1). In deze rapportage ligt de nadruk op de eerste kolom, maar we zijn ons ervan bewust dat het hier om een circulair proces gaat.

Als centrale vragen voor de studie zijn geformuleerd:

- Welke kenmerken van de factor ‘beleid en strategie’ zijn essentieel voor het organiseren van (effectieve) gezondheidsbevordering?
- Hoe kunnen deze kenmerken worden geoperationaliseerd? Welke indicatoren zijn geschikt om deze kenmerken te kunnen meten? Welke checklists en/of meetinstrumenten zijn hiervoor in de literatuur te vinden?

Om genoemde centrale vragen te beantwoorden zijn de volgende methoden toegepast: literatuuronderzoek, expertmeeting, bespreking op twee werkconferenties en toetsing van de checklist aan de praktijk.

Beleidstheorie

Succesvol beleid komt uit de literatuur naar voren als een continu, interactief gebeuren dat tot stand komt door onderhandeling met vele belanghebbenden. Idealiter zou beleid, wil het niet enkel een papieren tijger zijn, maar ook tot uitvoering met gewenste resultaten komen, dienen te zorgen voor het bepalen van die doelen en instrumenten die een oplossing bieden voor de bestaande problemen. Beleidsontwikkeling is de stap waarop we hier inzoomen.

Het is belangrijk rekening te houden met de belangen en opvattingen van diverse actoren: de beleidshouders, de beleidsbeïnvloeders, de publieke opinie en de media.

De strategische opties zijn van diverse aard: wettelijke maatregelen, financiering en communicatie kunnen bepaalde mogelijkheden stimuleren en andere beperken.

Bij beleidsontwikkeling is het van belang te zorgen voor:

- Politieke aandacht en agendasetting.
- Bestuurlijke betrokkenheid en aandacht voor capaciteit.
- Mate van interactie met doelgroep (afstemming op behoeften doelgroep, draagvlak).
- Kwalitatieve en kwantitatieve informatie over het beleidsprobleem.
- Realistische beleidsvoornemens.

Terrein

Gezondheidsbevordering, bestaand uit interventies gericht op het vergroten van mogelijkheden voor en gelijke kansen op gezondheid van mensen, vormt onderdeel van het (lokale) gezondheidsbeleid dat gemeenten voeren binnen de openbare gezondheidszorg.

Ten aanzien van de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid en effectieve gezondheidsbevordering daarbinnen, zijn de gemeenten en de GGD de belangrijkste actoren. Op basis van de WCPV zijn gemeenten en GGD bij het (doen) ontwikkelen en uitvoeren van het gezondheidsbeleid op elkaar aangewezen.

De relatie en samenwerking tussen beide organisaties is bestuurlijk complex en verdient met name ten aanzien van de adviserende rol die de GGD voor de gemeente op het terrein van het gezondheidsbeleid zou kunnen innemen, verbetering om tot vruchtbare resultaten (waaronder meer effectieve gezondheidsbevordering) te komen.

Het multi-actorenmodel of de netwerkbenadering sluit het beste aan bij de context waarbinnen GGD en gemeente opereren in het tot stand brengen van lokaal gezondheidsbeleid en gezondheidsbevordering daarbinnen. Netwerkmanagement is daarbij een van de belangrijkste sturingsconcepten.

Onderscheiden fasen en factoren

Het rapport maakt een onderscheid tussen beleidsvoorbereiding, beleidsontwikkeling, beleidsvaststelling en overgang naar beleidsuitvoering, beleidsevaluatie. De nadruk ligt hier op beleidsontwikkeling, waarvoor de kritieke factoren zijn:

- het creëren van politieke aandacht en commitment;
- adviseren en informeren;
- interactie met stakeholders (ook de doelgroep) is nodig;
- intersectorale samenwerking is van belang;
- adequate regievoering of netwerkmanagement;
- nadrukkelijk aandacht voor uitvoeringscapaciteit.

Van bestaande instrumenten naar een checklist voor het werkproces

Er zijn al handreikingen, meetinstrumenten of checklists beschikbaar op vier factoren.

Het betreft:

- de voorbereiding en ontwikkeling van beleid (gezondheidsbeleid);
- de impact van intersectorale samenwerking;
- het creëren van afstemming en draagvlak;
- het sturen van complexe netwerken.

Om nauw aan te sluiten bij het beoogde werkproces van de totstandkoming van lokaal gezondheidsbeleid hebben we elementen uit de verschillende bestaande lijsten die beschikbaar zijn op dit terrein (voorbereiding en ontwikkeling van beleid) geselecteerd en opnieuw gegroepeerd. Daarmee de focus nadrukkelijk gericht op het ontwikkelingsproces van lokaal gezondheidsbeleid met gemeente en GGD als belangrijkste actoren. De eerste pilot ervaringen met de lijst zijn gunstig, maar verdere uitwerking en toetsing op grotere schaal is nodig.

Kanttekeningen bij dit rapport

- Deze checklist is een hulpmiddel om bij de lokaal gezondheidsbeleid vooraf goed te sturen.
- Omdat er veel aandacht is voor het werkproces kan hij ook als beoordeling van de factor beleidsontwikkeling in de zone Interventies van het referentiekader dienen.
- Terecht geven de auteurs aan, dat hiermee ingezoomd is op de ontwikkeling: besluitvorming en implementatie zijn de fasen die in het referentiekader overeenkomen met de derde zone van interventie-uitkomsten.
- Het instrument zal in de praktijk van beleidsvoorbereiding van lokaal gezondheidsbeleid op grotere schaal getoetst moeten worden om te bepalen hoe bruikbaar het is en waar het aanvulling of wijziging behoeft.

3.2. Samenvatting Leiderschap

De rol van leiderschap binnen gezondheidsbevordering, Een nadere onderbouwing en uitwerking.

GGD West-Brabant in samenwerking met Academische Werkplaats Openbare Gezondheidszorg Tilburg en Bureau Okapi

P.J.A.M. van der Smissen (eindredactie), H.H. Kok, G.C.A. van der Velden,

N.E. Warmenhoven.

In het kader van de landelijke Pilot Toetsing Referentiekader (NIGZ, 2006) was de studie erop gericht om de factor 'leiderschap' in relatie tot gezondheidsbevordering nader te onderbouwen en meetbaar te maken. De doelstelling is het in kaart brengen van kenmerken van 'leiderschap' als voorwaardelijke procesvariabele bij het organiseren van (effectieve) gezondheidsbevordering om op basis hiervan een overzicht op te stellen van in de praktijk toepasbare indicatoren en meetinstrumenten.

Om bovengenoemde centrale vragen te beantwoorden is een literatuuronderzoek uitgevoerd, zijn de resultaten hiervan becommentarieerd door deskundigen en op twee werkconferenties van het Project Toetsing Referentiekader. Het competentieprofiel is d.m.v. de Delphi-methode aan experts voorgelegd en de resultaten daarvan zijn in twee workshops tijdens de tussentijdse slot-

conferentie van het Project Toetsing Referentiekader (Rotterdam, 16 mei 2007) met een breder publiek besproken.

Theoretische verkenning

In de bedrijfskunde zijn veel publicaties over leiderschap beschikbaar. Uit de veelheid van modellen en concepten zijn er een paar naar voren gehaald. Daartoe zijn te rekenen de zeven eigenschappen van effectief leiderschap (Covey), het concept situationeel leiderschap (Hersey en Blanchard) en het INK model, waarin de bruikbare driedeling van richten, inrichten en verrichten later terugkomt in het instrument.

De context van het leiderschap

Gezondheidsbevordering in de openbare gezondheidszorg vindt plaats in diverse maatschappelijke en politieke settings waardoor het realiseren van samenwerking en partnerschap gewaarborgd moet worden. Er is een brede erkenning dat de context en timing aspecten zijn die grote invloed hebben op de slagingskansen van een interventie.

Tegelijk moet een leider naar binnen, naar het eigen team toe met professionals kunnen werken. Het model van de duale structuur maakt duidelijk, dat naast een managementroute een carrière naar een senior inhoudelijke rol wenselijk zou zijn.

Operationalisering

In het rapport wordt leiderschap via drie invalshoeken benaderd:

- leiderschapsstijlen (Hersey en Blanchard), die inspeelt op taakvolwassenheid;
- leiderschapsrollen, volgens de indeling in 10 rollen van Mintzberg;
- competenties: visie, strategische sturing, communiceren, overzicht houden, instrueren en delegeren, persoonlijk leiderschap, brugfunctie vervullen en resultaatgerichtheid.

Die competenties vormen de basis van het instrument.

Instrumentontwikkeling

Bij de ontwikkeling van dit competentieprofiel is ondermeer gebruik gemaakt van de Delphi-methode. Dit blijkt hiervoor een geschikte methode te zijn. Op basis van dit commentaar is het instrument aangescherpt. Er is een keuze gemaakt voor een indeling in drieën, die aansluit bij het INK-model

- “richten”, strategisch leiderschap (extern);
- “inrichten”, operationeel leiderschap (intern);
- “verrichten”, verbinden tussen extern en intern, tactisch leiderschap.

De tweede delphi-ronde heeft alleen op onderdelen nog verbeteringen mogelijk gemaakt: de hoofdingeling bleek bevredigend. Om als meetinstrument te dienen moet het instrument nog verder uitgewerkt worden.

Conclusies

- Leiderschap heeft veel aspecten, die wellicht niet allemaal in een keer te vangen zijn. Zo zou de balans tussen sturen naar binnen en naar buiten nog eens nader bekeken moeten worden en zou er meer aandacht moeten zijn voor de verschillen in het sturen van junioren en senioren en wellicht moet het onderscheid leiderschapmanagement opnieuw bekeken worden.

- Het profiel toont veel verbindingslijnen met andere factoren in de kolom “Organiseren” van het Referentiekader: de competenties laten zich makkelijk weer koppelen aan de overige factoren in de zone Organiseren.

Kanttekeningen bij dit rapport

- Leiderschap is in gezondheidsbevordering een onderbelichte factor, daarom is het goed dat dit rapport er nu ligt.
- Het gebruik van de leiderschapstijlen zou op onderdelen in de competenties terug kunnen komen, ook om het issue van het sturen van junioren en senioren zichtbaar te kunnen maken.
- De indeling in rollen en vooral de duale ladder maakt een herbezinning op de beroepsstructuur in gezondheidsbevordering noodzakelijk.
- Met de lijst van competenties moet nog ervaring opgedaan worden, waarbij het verschil in schaal van sturen (project, afdeling, organisatie, netwerk) ook aandacht zal moeten krijgen.

3.3. Samenvatting Empowerment

Empowerment in het Referentiekader Gezondheidsbevordering. Een uitwerking van het begrip empowerment in relatie tot health literacy, in het kader van het pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering

Academisch Medisch Centrum, Afdeling Sociale Geneeskunde, Gemeente Den Haag, dienst OCW/GB

M. Schmidt, D. Robbesom, M. Bakker en K. Stronks

In het Referentiekader is ‘gezondheidsvaardigheden’ één van de drie interventie-uitkomsten van gezondheidsbevordering, die via determinanten van gezondheid (gedrag, omgeving etc.) uiteindelijk de (verdeling van) gezondheid beïnvloeden. De achterliggende gedachte van het bevorderen van gezondheidsvaardigheden, is dat een individu hiermee meer grip krijgt op zijn eigen gezondheid. Als zodanig kan het gezien worden als een strategie om mensen te ‘empoweren’. De begrippen gezondheidsvaardigheden en empowerment zijn dan ook nauw aan elkaar gerelateerd, waarbij empowerment een bredere invalshoek is dan gezondheidsvaardigheden. In dit rapport is het begrip empowerment centraal en van daaruit is ingezoomd op het begrip gezondheidsvaardigheden.

De doelstellingen van het rapport zijn:

1. het begrip empowerment conceptueel te verkennen, vanuit het perspectief van het gerelateerde begrip ‘health literacy’;
2. een overzicht te geven van instrumenten om het begrip empowerment, zoals geconceptualiseerd in stap 1, te meten, en
3. een of meerdere van die geïdentificeerde instrumenten te testen op bruikbaarheid.

De werkwijze was: (internationale) literatuurstudie, raadpleging van experts, uitwerking concept, instrumenten verzameling, keuze en toetsing in de praktijk.

Concept

Empowerment is een veel gebruikt begrip in gezondheidsbevordering. Er zijn vele definities en conceptualisaties in omloop. Empowerment is een container begrip en heeft verschillende bete-

kenissen afhankelijk van levensdomein, tijd, plaats en betrokkenen. Vaak is niet duidelijk wat men in een bepaalde context precies onder het begrip verstaat. Als basis voor dit rapport is de definitie van Nutbeam gehanteerd: *In health promotion, empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health.*

Om tot een precisering van het begrip empowerment in een bepaalde context te komen, is het belangrijk na te gaan of empowerment in die specifieke context:

- a. betrekking heeft op het niveau van het individu, een organisatie, of een gemeenschap. Het is belangrijk deze niveaus van elkaar te onderscheiden, maar tegelijkertijd staan ze niet los van elkaar. Om bijvoorbeeld empowerment bij individuen te bereiken, is het belangrijk tevens te interveniëren op het niveau van een organisatie, of een community;
- b. als een proces of een uitkomst gezien wordt.

Empowerment kan zowel langs een directe als langs een indirecte route de gezondheid van het individu beïnvloeden.

Instrumenten

Aan het begrip individuele empowerment zijn drie typen kenmerken te onderscheiden:

- a. intrapersonlijke (bijv. vertrouwen in eigen handelen);
- b. interactioneel (bijv. vaardigheden om middelen te mobiliseren om doel te bereiken);
- c. gedrag (bijv. bewust gekozen gezondheidsgedrag, in overeenstemming met individuele doelen).

Voor de ontwikkeling van individuele empowerment zijn hulpbronnen nodig. Voorbeelden zijn sociale steun en financiële middelen. In de context van gezondheidsbevordering zijn ook gezondheidsvaardigheden (health literacy) een belangrijke hulpbron.

Voor de meting van de afzonderlijke kenmerken van individuele empowerment zijn meetinstrumenten beschikbaar. Dit geldt bijvoorbeeld voor de meting van de intrapersonlijke kenmerken, zoals self-efficacy. Wij hebben geen meetinstrumenten kunnen vinden die het gehele concept van individuele empowerment meten.

Praktijkervaring

De bruikbaarheid van een bestaande vragenlijst voor de meting van individuele empowerment is getoetst in de doelgroep van de interventie Bewegen Op Recept (BOR), bestaande uit inwoners van achterstandswijken in den Haag. Individuele empowerment is te indiceren aan de hand van 'self-efficacy'. Voor de meting van self-efficacy worden in deze pilot twee verschillende meetinstrumenten meegenomen. Enerzijds een meetinstrument dat self-efficacy in algemene zin meet, en anderzijds een meetinstrument dat self-efficacy specifiek in het domein van BOR meet, dat wil zeggen: beweeggedrag.

Voor alle respondenten geldt dat zij een lage opleiding hebben, en dat de taalvaardigheid laag is. In gesprekken variërend van twintig minuten tot anderhalf uur nodigde de onderzoeker de respondent uit om de vragenlijsten in te vullen. Ze bleken moeite te hebben met de teksten, de scores en met de koppeling tussen de vragen en het beweegprogramma. Frappant is dat de respondenten wel soms spontaan elders in het gesprek, na een open vraag op een ander moment, de inhoud van andere vragen toch aan de orde stelden.

Deze operationalisatie een testmanier sloot dus niet aan bij de doelgroep, die ons wel leerde, dat de empowerment zich tijdens de interventie op een ander terrein manifesteerde, en veel meer gerelateerd was aan het interactionale aspect van individuele empowerment. Daarmee deed de ontwikkeling van empowerment zich in een andere verschijningsvorm voor dan oorspronkelijk verwacht.

Conclusies

Empowerment doet zich in verschillende situaties verschillend voor. Eerst zou de betekenis in die situatie geëxploreerd moeten worden, om niet bij onderzoek op de verkeerde aspecten in te zoomen en dan ten onrechte geen effect te vinden. Dus is de vraag steeds: wat verstaan we onder empowerment *binnen dit specifieke project? voor deze doelgroep en in dit domein?* Maar ook: *Op welke manier willen we dat bereiken en meten?*

Terwijl laagopgeleiden vaak de doelgroep van empowerende initiatieven zijn, is in deze groep weinig onderzoek beschikbaar. De beperkte bruikbaarheid van standaard methoden als vragenlijsten werd in de toets heel duidelijk. Voor deze groep zullen andere minder taalafhankelijke methoden nodig zijn.

Tenslotte stelt het rapport voor empowerment in de kolom interventie-uitkomsten te positioneren, mogelijk als onderdeel van het 'vakje' gezondheidsvaardigheden na te gaan hoe zogenoemde hulpbronnen, zoals sociale steun en geld in het model een plaats kunnen krijgen.

Kanttekeningen bij dit rapport

- Door met de beoogde doelgroep in gesprek te komen kwam de noodzaak voor een bredere conceptualisatie van empowerment duidelijk naar voren.
- Ook is duidelijk, dat de onderzoeksmethode beter bij de (taal)vaardigheden en hulpbronnen van betrokkenen moet aansluiten.
- Empowerment in het referentiekader verdient een plaats in de zone interventie uitkomsten, maar het zou tevens als een principe de wijze van opzet en uitvoering van interventies moeten kleuren.
- Misschien dat het zoeken naar kenmerken van dé-powerende processen een opening kan bieden om dit concept beter in de vingers te krijgen.

3.4. Samenvatting Organisatie & Netwerk

Organisatie & Netwerk; organisatieontwikkeling in gezondheidsbevordering

GGD Regio Twente, in samenwerking met NIKOS, Universiteit Twente

K. Leibbrand, J. Boonstra en K. Zomer

In het referentiekader gezondheidsbevordering wordt de factor organisatie en netwerk beschreven als: de omgeving en het werkklimaat dat de mogelijkheden bepaalt van de professional en de ambitie begrenst, ook wel organisatiecapaciteit genoemd. De organisatiecapaciteit kan op verschillende manieren worden vergroot, bijvoorbeeld door meer financiële middelen te genereren, het verbeteren van de organisatiestructuur of het bundelen van krachten door samenwerking met partnerorganisaties. Door middel van de interventie organisatieontwikkeling wordt gewerkt aan het vergroten van de organisatiecapaciteit met als resultaat een sterker formeel draagvlak.

Via een verkennende literatuurstudie en inbreng van experts op het gebied van netwerken is een theoretisch raamwerk geschetst van de concepten organisatienetwerken, organisatieontwikkeling en draagvlak en de relaties daartussen. Op basis daarvan is het meetinstrument ontwikkeld en getoetst.

Concept uitwerking

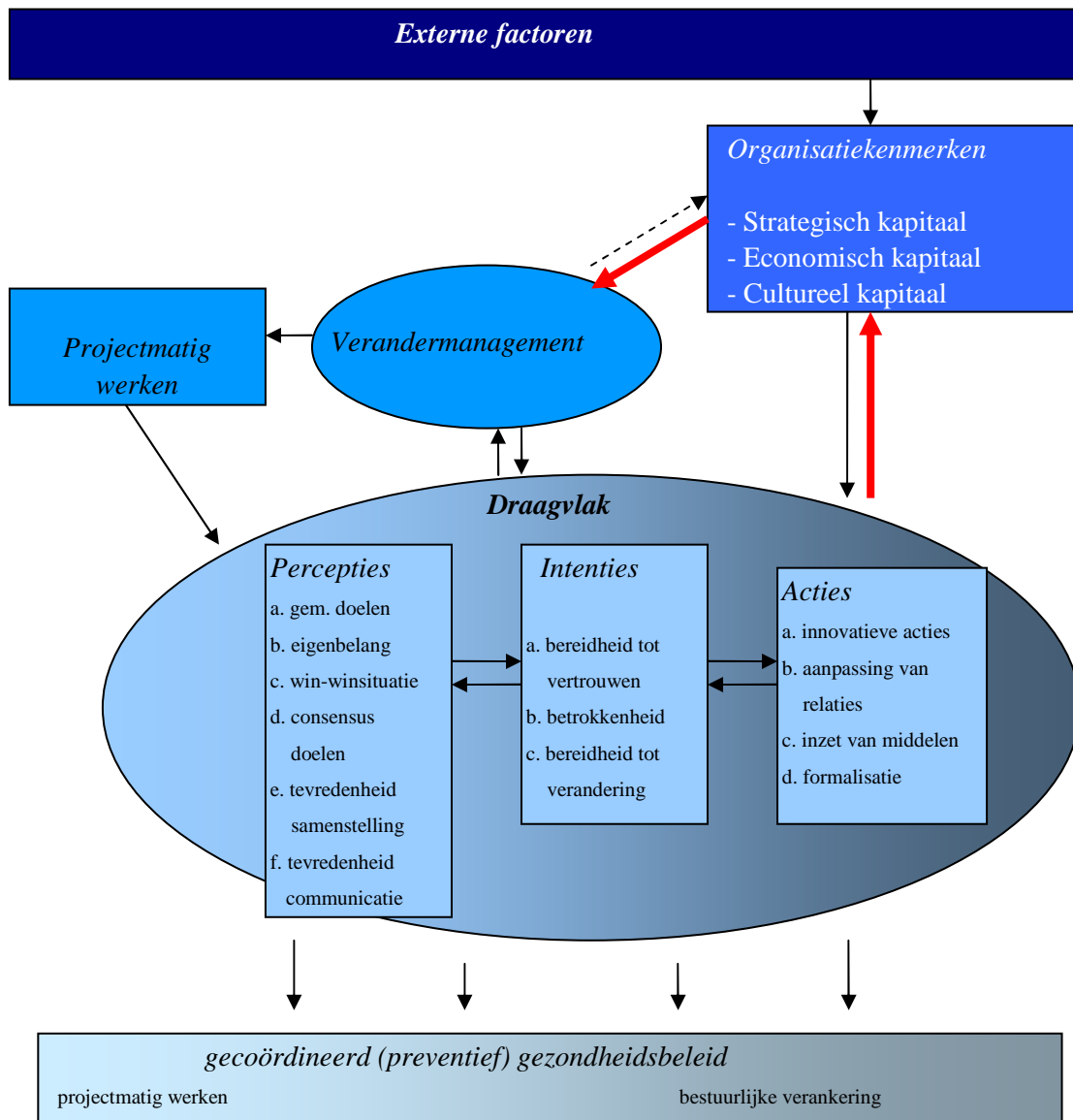
In de literatuur over samenwerking binnen netwerken wordt een groot aantal termen gebruikt om de relatie tussen organisaties te benoemen, zoals samenwerkingsverbanden, coalities, allianties, partnerships, associaties en interorganisationele samenwerking. Een organisatie die samen met één of meerdere organisaties - in diverse vormen van samenwerking - haar doelen nastreeft, kan worden gezien als een netwerkorganisatie met de volgende *essentiële eigenschappen van een samenwerkingsverband*:

- beoogt één doel te bereiken;
- heeft een significante invloed op het organisatiemodel;
- berust op dezelfde kernwaarden;
- heeft een proceskarakter;
- vraagt om samenwerkingsexpertise;
- vraagt om een integrale aanpak.

In dit onderzoek is gekeken naar netwerken met een nauwe samenwerking waarin naast het uitwisselen van informatie ten minste ook afstemming van activiteiten plaatsvindt en sprake is van een duurzame integrale samenwerking met als doel capacity building ten behoeve van gezondheidsbevordering. De interventie organisatieontwikkeling is gericht op het veranderen van de eigen organisatie ten behoeve van het functioneren in een dergelijk netwerk.

Gezien de complexiteit van gezondheidsbevordering waarin stakeholders uit diverse sectoren zijn betrokken, er geen onderlinge gezagsstructuren is en de primaire missie relatief ver uiteen liggen, is het van belang een duurzame samenwerking zo te creëren, dat tijd wordt gemaakt voor het leerproces tussen organisaties en het mogelijk maken van het terugverdienen van ieders investering op verschillende momenten in de tijd.

Modelontwikkeling



Uiteindelijk is gekozen om op grond van twee modellen verder te werken:

1. DISC-model: verankering van samenwerking in netwerkorganisaties

Het DISC-model (Diagnosis of Sustainable Collaboration) is een diagnostisch model bedoeld om inzicht te krijgen in bevorderende en belemmerende factoren voor duurzame samenwerking.

2. 4S-sociaal systeem model: organisaties in netwerken

Het 4S-model is ontwikkeld om het succes of falen van ondernemingen binnen netwerken inzichtelijk te maken.

Instrument ontwikkeling

Voor twee onderdelen van het model zijn instrumenten ontwikkeld. Voor het draagvlak is nader ingegaan op de percepties, intenties en acties. Voor de wijze waarop de organisatiekenmerken de sturing van het netwerk beïnvloeden zijn de organisatiekenmerken geoperationaliseerd en ingedeeld naar de vier kapitalen: Strategisch, Economisch, Cultureel en Sociaal kapitaal.

Ervaring met de vragenlijst

Op basis van de literatuurstudie en de diepte-interviews is de definitieve vragenlijst voor het draagvlak samengesteld. Daarin werden extra vragen over de algemene en organisatiespecifieke samenwerking opgenomen. Daarnaast was een lijst met vragen naar de vier kapitalen beschikbaar.

Het inzichtelijk maken van al deze factoren is één ding, er iets mee doen is een tweede. Voor gebruik van de vragenlijsten in de praktijk is nu een werkinstructie ontwikkeld, met een aantal vragen die in een opstart- of evaluatiegesprek over het netwerk kunnen worden gebruikt.

Terugblik

Het ‘kip en ei’-vraagstuk kwam tijdens het onderzoek voortdurend om de hoek kijken: is eerst draagvlak binnen een organisatie noodzakelijk om überhaupt te kunnen of willen samenwerken of genereert de samenwerkingservaring het draagvlak.

Een eerste stap in het verder formaliseren en vastleggen van samenwerken is uitspreken wat vertrouwen en het “buikgevoel” inhoudt voor de desbetreffende samenwerking. Daarnaast geeft het beschrijven en vastleggen van de inbreng vanuit elke netwerkorganisatie, houvast en input voor het opbouwen van het zo noodzakelijke vertrouwen.

Gaandeweg het onderzoek werd duidelijk dat organisatieontwikkeling het proces van organiseren beslaat dat in de eerste kolom van het Referentiekader wordt beschreven. Organiseerontwikkeling is in feite een doorlopend proces dat organisatiecapaciteit verandert, bevordert of produceert. Eigenlijk is organisatie-ontwikkeling een dynamisch (soms ook onbewust of onzichtbaar) proces dat continu interacteert met factoren uit de kolom organiseren, neveneffecten vanuit de kolom interventies en de maatschappelijke context. Capacity building lijkt in dit stadium van het referentiekader gezondheidsbevordering dan ook de bindende factor. Het succes van organisatie-inspanningen zal volgens Saan en De Haes (2007) dan ook apart gewaardeerd moeten worden: voorwerk dat gedaan is als een van de ingrediënten van een succesvolle interventie.

Terugkijkend kan geconcludeerd worden dat er behoefte is aan een nieuwe zakelijkheid binnen de discipline gezondheidsbevordering.

Kanttekeningen bij dit rapport

- Dit rapport maakt rijk gebruik van inzichten uit bedrijfskundige disciplines en kan dus weloverwogen kiezen voor twee modellen als bouwstenen.
- Het pleidooi om zakelijker naar samenwerking te kijken en daarbij het onderbuikgevoel ook te laten spreken is overtuigend.
- De modellen bieden niet alleen overzicht, maar maken ook een gericht bijsturen in de samenwerking mogelijk.
- Dit rapport onderstreept terecht de noodzaak om capacity building als uitkomst te waarderen, om zo een duurzaam draagvlak ook organisatorisch te formaliseren.

3.5. Samenvatting Sociaal draagvlak

Sociaal draagvlak, verslag van de uitwerking van ‘sociaal draagvlak’ voor het pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering

Gezondheid en Maatschappij, Universiteit Wageningen., in samenwerking met de GGD Amsterdam en GGD Eindhoven

A. Wagemakers, L. Vaandrager, M. Koelen, P. Dijkema & R. Corstjens

Sociaal draagvlak is een concept met grote maatschappelijke relevantie. Het gaat over interacties tussen mensen, is dynamisch en is een cruciale factor voor gezondheidsbevordering. Zonder draagvlak zal er niets gebeuren.

Het uitwerken van de factor sociaal draagvlak is in een aantal stappen gedaan. Na het definiëren en operationaliseren van het concept sociaal draagvlak en aanverwante begrippen is een inventarisatie gemaakt van bestaande werkwijzen en meetinstrumenten en de ervaringen ermee. Op grond daarvan zijn nieuwe instrumenten uitgewerkt en in de praktijk van de drie GGD'en getoetst.

Concept sociaal draagvlak

Met Sociaal draagvlak wordt in deze studie bedoeld dat mensen betrokken zijn (op welke wijze dan ook) en dat zij actief zijn. We onderscheiden in sociaal draagvlak twee invalshoeken:

1. de participatie door burgers en
2. de intersectorale samenwerking tussen professionals en organisaties.

Sociaal draagvlak hangt samen met verschillende begrippen: empowerment, sociale cohesie en sociaal kapitaal. Afhankelijk van de operationalisatie worden verschillende aspecten van sociaal draagvlak gemeten.

De omschrijvingen laten zien dat al die begrippen dynamisch zijn en proces-georiënteerd. Dit verklaart ook waarom verschillende onderzoekers hun eigen invulling geven aan de begrippen, passend bij de context waarin de begrippen gebruikt worden. De meetbaarheid wordt bemoeilijkt door de overlap en samenhang tussen de begrippen. Instrumenten die bijvoorbeeld community participatie beogen te meten, bevatten ook componenten die empowerment of sociaal kapitaal meten. Variabelen zullen dus voor verschillende begrippen van toepassing zijn en meetinstrumenten zijn opgebouwd uit variabelen en indicatoren die gezamenlijk meerdere begrippen meten.

Voor het operationaliseren van samenwerking en participatie zijn drie punten voor de werkwijze en voor het ontwikkelen van meetinstrumenten van belang:

- De fase van een programma waarin samenwerking of participatie plaats heeft (idee ontwikkeling, contacten leggen, afspraken maken, planning en organisatie, het uitvoeren, evaluatie, verankering en/of volgende cyclus).
- De dimensie waarop wordt samengewerkt (taakdimensie, relatiedimensie, groeidimensie en profileringsdimensie).

- De mate, vorm of niveau waarin wordt samengewerkt (Participatiedoel, - bereik en - resultaat en naar de indeling van Pretty).

Op grond van die indelingen zijn variabelen verzameld op drie noemers:

Kenmerken en processen van het samenwerkingsverband, van de betrokkenen en invloed en uitkomsten. Dergelijke variabelen komen terug in de geraadpleegde meetinstrumenten. Een aantal variabelen krijgt een plaats in het te ontwikkelen meetinstrument.

Instrumenten

De gevonden meetinstrumenten zijn vaak ofwel gericht op samenwerkingsverbanden ofwel op community participatie. Vrijwel geen enkel instrument besteed aandacht aan informele en incidentele momenten van samenwerken en participeren. Instrumenten zijn vaak ontwikkeld voor een bepaalde fase waarin samenwerking zich bevindt en voor de projectleider dan wel de partners. De bestaande instrumenten zijn gebruikt bij het opstellen van nieuwe instrumenten.

Uiteindelijk zijn vier instrumenten gemaakt: twee voor intersectorale samenwerking en twee voor doelgroep participatie.

De instrumenten hebben zowel een evaluerende als faciliterende functie. Daarnaast dragen de instrumenten ook bij aan de betrokkenheid van de samenwerkingspartners of doelgroep. Dat betekent dat de instrumenten leuk en motiverend moeten zijn. Daartoe is aansluiting gezocht bij de ideeën over Appreciative Inquiry (waardierend interviewen). Gebruikserving met de instrumenten geeft aan, dat naast het instrument zelf de route van introductie en nagesprek bepalend zijn voor de impact van de uitkomsten.

Conclusies

Op grond van deze studie en de praktijkervaringen gaat het bij het evalueren van sociaal draagvlak in gezondheidsbevordering om werkwijzen en methoden die:

Uitgaan van:

- De principes van gezondheidsbevordering.
- De behoeften per fase van een programma.
- De belangen van de doelgroep.
- De specifieke context.

Voor wat betreft het onderzoek:

- Kwalitatieve en kwantitatieve gegevens combineren.
- Een variatie aan onderzoeksmethoden en instrumenten hanteren.
- Procesuitkomsten, intermediaire uitkomsten en lange termijn uitkomsten evalueren.
- De conclusies optimaliseren (via triangulatie).

En in de werkwijze:

- Gericht zijn op actie door te stimuleren en faciliteren.
- Flexibel inspringen op (steeds veranderende) situaties.
- Processen centraal stellen, ook over langere perioden.
- Successen en positieve ervaringen benadrukken.

In het Referentiekader bestaat een directe koppeling tussen community participatie en intersectorale actie (kolom interventies) en sociaal draagvlak (kolom uitkomstmaten). Onze ervaring bevestigt deze koppeling, rekening houdend met de overlap die er bestaat tussen de begrippen, zoals beschreven in dit rapport. Ook sluiten we nauw aan bij de zeven principes die aan het Referentiekader zijn toegevoegd.

In de toekomst zullen we deze concepten en instrumenten verder uitwerken, met daarbij onder andere aandacht voor:

- De combinatie van de evaluerende functie met een actiebegeleidende functie (faciliteren en stimuleren) en eventuele spanningen daartussen.
- Hoe de principes van waarderend interviewen in te zetten (handleiding of cursus).
- Hoe sociaal draagvlak via sociaal kapitaal en andere determinanten inwerkt op gezondheid en gelijke kansen
- Het theoretisch kader (samenhang met het Referentiekader en het systeemdenken) voor deze aanpak verder uitwerken.

Kanttekeningen bij dit rapport

- Door het thema sociaal draagvlak te splitsen en daarvoor twee van de interventiefactoren (community participation en intersectorale actie) te kiezen, sluit dit rapport nauw aan bij het referentiekader.
- Nadrukkelijk koerst dit rapport aan op instrumenten voor zowel evaluatie als actiebegeleiding.
- Met de aanpak van het Appreciative Inquiry wordt de rol van onderzoek als interventie onderstreept.
- De samenhang tussen dit rapport en dat over Organisatienetwerken is evident: het gaat om vergelijkbare processen, maar door de bedrijfskundige invalshoek van Twente komen aspecten van de macht, belangen en de formele organisatie daar duidelijker naar voren.

3.6. Samenvatting ontwikkeling prestatie-indicatoren

Onderzoek naar indicator-ontwikkeling voor gezondheidsbevordering

NIGZ

C.F. Hekkink, G. Molleman, JFEM Keijsers & H.Saan

Om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van (de lokale) gezondheidsbevordering is informatie nodig. Om informatie te verkrijgen moeten gegevens worden verzameld. Gegevens worden verkregen door te meten. Door die gegevens te vergelijken met een norm, ontleend aan ervaring of andere bron kan men aangeven of de prestatie goed, voldoende of onvoldoende is. Een prestatie-indicator is een meetbaar aspect dat door vergelijking met een norm een aanwijzing geeft over de kwaliteit van het project. Een prestatie-indicator heeft een signaalfunctie, vaak zal er om de betekenis van het signaal goed te begrijpen nader onderzoek nodig zijn.

Een goede indicator dient aan de volgende eisen te voldoen:

1. Onderbouwing
2. Signaalfunctie
3. Cijfermatig uitdrukken
4. Uitkomsten afzetten tegen een norm

De noodzaak van indicatoren

Vanuit het NIGZ bestaat er een behoefte aan prestatie-indicatoren voor gezondheidsbevordering om een aantal redenen.

1. Prestatie-indicatoren bieden op gebied van interventie en tussentijdse uitkomsten mogelijkheden om bij te sturen.
2. Prestatie-indicatoren geven informatie op basis waarvan besloten kan worden over continuïteit.
3. Prestatie-indicatoren kunnen evaluatie faciliteren. Het op grotere schaal uitvoeren van evaluatie draagt bij aan de onderbouwing van het veld.
4. Prestatie-indicatoren kunnen het begrip 'best practices' operationaliseren. Prestatie-indicatoren geven inzicht in de randvoorwaarden van succesvolle interventies en kunnen gebruikt worden bij het certificeren van interventies.
5. Prestatie-indicatoren bieden daar waar overeenstemming bestaat over normen de mogelijkheid voor het formuleren van doelen in cijfers.

De beoogde toepassing is vooral om door directe terugkoppeling feedback te geven op de werkprocessen en zo interne kwaliteitsverbetering van interventies te bespoedigen. Om dit te bereiken zijn mn kolom 1-3 van het referentiekader gezondheidsbevordering (structuur en proces) van belang.

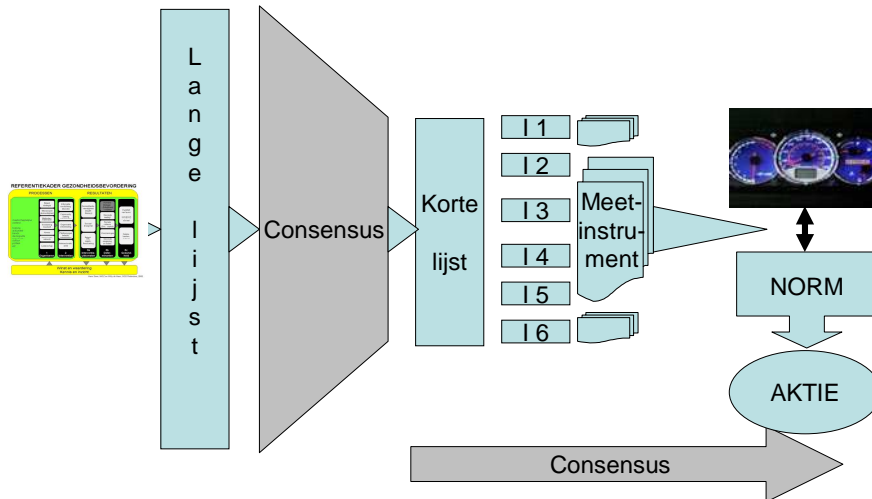
Methode

Het gebruikelijke werkproces om te komen tot een lijst van prestatie-indicatoren bevat de volgende stappen:

1. beschrijven van het werkproces in een model
2. brainstorm met (interne) experts:
 - waarna uit een lange lijst mogelijke indicatoren
 - een keuze en uitdieping van de variabelen die als indicator op de korte lijst in aanmerking komen is gemaakt
3. uitwerken van een meetinstrument per indicator
4. toetsing van dat instrument in de praktijk
5. voorlopig vaststellen van de normen waarmee de scores beoordeeld zullen worden
6. ervaring opdoen met de set indicatoren en deze vergelijken met bij voorbeeld het oordeel van experts
7. vaststellen van de auditprocedure, het instrument, de scoring en de beoordeling

ad1. Beschrijven van het werkproces in een model

Werkproces indicatorontwikkeling



ad 2. Resultaten brainstorm

Uit de brainstormsessie met experts kwam een lijst met 10 indicatoren die naar hun mening een duidelijke rol spelen om binnen gezondheidsbevordering effect te bereiken.

1. Planmatig werken
2. Mix van methoden/strategieën
3. Gebruik beschikbare data
4. Leiderschap
5. Expertise projectteam
6. Inbreng einddoelgroep
7. Bestuurlijk draagvlak
8. Meerdere partners betrokken
9. Eigenaarschap
10. Continuïteit

Bij de selectie van de 10 hoofd-indicatoren vallen een aantal zaken op:

1. Selectie van indicatoren komen niet geheel overeen met Refka vakken:
 - niet alle vakken uit het referentiekader zijn genoemd. Zo wordt bijvoorbeeld investering en goodwill door experts niet genoemd in de selectie van lijst met 10 indicatoren. Mogelijk worden niet alle vakken van het refka als even cruciaal voor het verlopen van het project gezien en kan hier nog onderscheid gemaakt worden tussen “need en nice to know”. Een andere verklaring kan zijn dat bepaalde vakken onderdeel zijn van de indicatoren die door experts zijn genoemd, (bijv investering als onderdeel van continuïteit)

- Experts hebben indicatoren genoemd die niet in referentiekader zitten, zoals continuïteit, inbreng einddoelgroep. Deze indicatoren zijn inmiddels wel in het werken met het Refka opgenomen via de toegevoegde principes.

2. Er is overlap tussen verschillende aspecten van het Refka.

Zo kan eigenaarschap onder organisatie/netwerk maar ook onder leiderschap vallen en gaat het bij een mix van methoden en strategieën om de hele 2e kolom maar spelen ook principe 4 (belemmerende en bevorderende determinanten) en principe 7 (complexiteit als uitdaging) hier een rol.

3. Herkenbare aspecten.

Alle aspecten die genoemd zijn, blijken te herleiden naar het referentiekader of een van de onderliggende principes. Kunnen we daarmee stellen dat het Refka compleet is? Ook binnen de pilot refka hebben we geleerd dat er nog mogelijke andere aspecten zijn die meegenomen moeten worden zoals empowerment, bereik of tevredenheid.

ad 3. Uitwerken van een meetinstrument per indicator

Voor de factor Continuïteit is verder gezocht naar mogelijkheden die meetbaar te maken. Daarbij is een model van de relevante deelvariabelen gebruikt, dat als kapstok voor een vragenlijst of checklist kan dienen.

Conclusies en verdere stappen

Deze quick scan van het werkproces rond prestatie-indicatoren is relevant voor alle deelrapporten in deze pilot. Het NIGZ beschikt met Opus, Preffi en referentiekader over een palet aan modellen en uitgewerkte instrumenten die de basis leggen voor een systematische uitbouw van een coherente groep indicatoren.

Er zijn nog de nodige stappen te maken:

- praktijkervaring opdoen met de metingen
- selectie van een beperkte set hoofdindicatoren, met daarachter mogelijkheden om verfind te meten.
- bruikbaarheid en representativiteit als belangrijke criteria toepassen
- inpassing in kwaliteitssystemen waarborgen.

3.7. Lessen uit het werken met de teams aan de zes deelrapporten

Uit de discussies rond de rapporten kwamen een aantal thema's naar voren die we als lessen voor het referentiekader vastgelegd hebben. Hierna worden ze toegelicht, ieder voorzien van een conclusie voor hoe we met dat thema zullen omgaan.

1. Fuzzy concepts

Het is duidelijk, dat de terminologie in dit vakgebied nog verre van gestandaardiseerd is. We zijn niet de enige daarin: ook wanneer een term als leiderschap bestudeerd wordt, blijkt duidelijk hoeveel opvattingen daarover in de managementliteratuur te vinden zijn.

De rapporten hebben dan ook allemaal eerst in de breedte het concept verkend, om dan geleidelijk in te zoomen op bepaalde aspecten ervan. Het verantwoordt welke aspecten worden meegenomen en welke buiten beschouwing blijven is van groot belang als we naar een meer onderbouwde jargon willen komen.

Termen als empowerment en draagvlak hebben nu eenmaal ook een evocatieve functie: ze verwijzen naar iets moois, waar men bijna geen bezwaar tegen kan hebben. Ook is nieuwe terminologie vaak een uiting van onvrede met een oude aanpak: empowerment versus betuttelen.

De teams ontdekten al snel, dan sommige concepten als dakpannen over elkaar heen liggen: in het rapport Sociaal Draagvlak gaat het zowel over community als over intersectorale ontwikkeling en daarmee kwam dat rapport onvermijdelijk ook op het terrein van de organisatieontwikkeling. Door onderlinge afspraken hebben de teams een accentverschil op de informele en formele kant van dergelijk processen weten te maken, zodat de rapportages naast elkaar te gebruiken zijn, maar de overlap is onontkoombaar.

De rapporten helpen bij het nader invullen en specificeren van onderdelen van het referentiekader, maar eer die termen enigszins als standaard door de hele beroepsgroep gebruikt worden zijn we wel wat jaren verder. En dan is er tenslotte nog de spanning tussen traditie en innovatie: vastleggen van technische termen kan goed backoffice, maar het publiek en de politiek wil nu eenmaal eens in de zoveel tijd een nieuwe veelbelovende term horen.

Conclusies

- het werken aan standaardisatie van de terminologie blijft een opgave;
- een beredeneerde Glossary zou een goed onderdeel van boek 2 zijn.

2. Proces en resultaat

Het referentiekader geeft een geruststellende lineaire voorstelling van zaken: van links naar rechts zijn de stappen te volgen. De kolom Organiseren is het startpunt van het proces. Die kolom is echter het resultaat van voorafgaande processen, deels doelgerichte Interventies, deel bewegingen in de context, in maatschappij en politiek. Voor een deel komen dan ook de termen uit de eerste kolom terug in de derde kolom: beleid en strategie in Organiseren is een startpunt,

beleidsontwikkeling de interventie en nieuw beleid dan weer het resultaat. Evenzo is de organisatie of het netwerk startpunt van de interventie organisatie-ontwikkeling of intersectorale actie en dat werkt door in het sociale draagvlak dat de organisaties bieden.

Die circulaire processen werken niet alleen in de eerste drie kolommen. In het vierde principe suggereren we de mogelijkheid om zowel van bevorderende als belemmerende determinanten te spreken. Dat zou tot gevolg moeten hebben, dat zowel op de ene als op de andere soort determinanten interventies gericht dienen te zijn. Bovendien grenzen die determinanten vaak aan factoren die we ook in de context noemen.

Voorbij de factor gezondheid zou nog een kolom met gezondheidsimpact kunnen staan. Daartoe rekenen we maatschappelijke opbrengst en kosten van gezondheid en ziekte zoals verzekeringen, arbeidsproductiviteit en welzijn. Die factoren zijn vaak weer context voor de aspecten genoemd in de kolom Organiseren. Investeren in gezondheid veronderstelt, dat er voldoende winst te halen is.

Conclusies:

- de lineaire afbeelding van het referentiekader maskeert veel van de circulaire processen;
- het uittekenen van deelkaarten en het aanvullen van het kader met diverse feedbackloops kan de werking ervan verduidelijken;
- we kunnen het echter niet eenvoudiger maken dan het is
- en we hoeven de basisfiguur niet gecompliceerder te maken dan nodig

3. Complexiteit

Vage termen, het door elkaar lopen van proces en resultaataanduidingen zijn voor een deel uiting van de dynamiek zowel in de werkelijkheid als in ons denken daarover. Om didactische redenen heeft het referentiekader de vorm van een stroommodel, maar alle factoren binnen iedere kolom blijken weer met elkaar te interacteren. Het onderstaande beeld van zeepbellen die in een waterval naar beneden storten lijkt me adequaat: alle delen van het referentiekader interacteren onderling en met de context. Wie in het model voor zichzelf een weg uitstippelt en besluit geen aandacht te geven aan andere factoren, moet duidelijk kunnen maken, dat die factoren net als de overige context er niet toe doen. Anders moeten ze minstens als kans of risico gewogen worden.

De veelheid van factoren kan mensen een machteloos gevoel geven. Het negeren ervan kan een valse droom oproepen. In het referentiekader gaan we uit van een multi-causaliteit en dat vraagt om een systeembenadering, waarin diverse krachten in onderlinge afhankelijkheid ernstig genomen moeten worden. het referentiekader helpt die factoren in beeld en dus in de analyse een plek te geven. Hoe dan vervolgens de route door dat oerwoud eruit zal zien is voor een deel een kwestie van planning, maar enige zin voor avontuur is in die vak wenselijk.

Onions and Bubbles: Models of the Social Determinants of Health

Lynne S. Wilcox, MD, MPH

The discussion of society and health is complex and sometimes confusing. What is social medicine? What is community medicine? What is the socio-ecologic model? All these terms have been used to describe the relationship between health and other social conditions. Even public health professionals may find the differences blurred.

The previous issue of *Preventing Chronic Disease* discussed community health and community-based participatory research . Multiple factors affect a community's function and, in turn, the health of its citizens, and our October issue examines the broader context in which communities operate.....

In 2005 the World Health Organization (WHO) established the Commission on Social Determinants of Health, which identified nine areas of concentration: early child development, globalization, health systems, urban settings, women and gender equity, social exclusion, employment conditions, priority public health conditions, and measurement and evidence .

A generous range of models is available to explain the impact of these factors on an individual's health. Some models resemble onions — concentric circles of variables, each construed as operating at a more distal position from the individual . One group provided an inverted example of the pyramid . The causal web is another representation. These images imply linear, if bidirectional, relationships operating in two dimensions.

Yet we know the true relationships are more complex. A visual model might be more meaningful if considered in three or more dimensions. Glass and McAtee observe that another image is that of a running stream, again suggesting “upstream,” “distal” factors that affect “downstream,” “proximate” factors. Their concepts offer a three-dimensional model that uses the axes of time and biological-social organization .

Now consider the model of a cascade of soap bubbles, with the individual bubble existing among many in a cluster. A single bubble interfaces with many others, and if one bubble pops, the surface tension and connectivity of the others change throughout the cascade . The cascade's properties are dynamic: the bubbles merge and increase or decrease in size and shape in relation to one another. If air blows across the entire cascade or the water flow changes, all the bubbles may be affected and may perhaps even disappear.

Then think of the cluster of bubbles as the collection of all factors affecting health: environment, working conditions, economy, education, culture, and health systems. These influences affect the individual in both direct and indirect fashion, just as a bubble is influenced directly by a companion bubble's interface but also indirectly through the companion bubble's connections to other surfaces.

This analogy suggests that for an individual citizen, factors may operate not only through a hierarchy such as community–state–federal but also directly on the individual. The federally sponsored Medicare program, for example, provides funds for direct health care without passing through community review. The diet of an immigrant child may be more heavily affected by attitudes in his parents' country of origin than by practices in his new, local culture. Employment conditions may be more directly influenced by business decisions in a company headquarters 500 miles away than by local employee concerns.

Another implication of this model is that not all factors are focused on the individual or community. If the destructive winds of an economic depression or widespread war blow across the cascade, all systems will change, and the individual will be caught up in these forces rather than be their focus. The cascade properties also illustrate the unintended consequences that may result from social policy interventions.

Wilcox LS. Onions and bubbles: models of the social determinants of health. *Prev Chronic Dis* 2007;4(4). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07_0126.htm. 30-09-2007

Conclusies

- Wie een eigen kaart tekent, moet vooral bij eenvoudige wegen rekening houden met lawinegevaar van andere factoren.
- In plaats van domino en enkelvoudige stroommodellen is het wenselijk meer met systeemmodellen te werken om de complexe dynamiek recht te doen.
- Daarom is complexiteit als zevende principe (bijlage 2) wederom onder de aandacht gebracht.

4. Van concept naar meetinstrument

De teams stonden ook voor de opgave na te gaan welke meetinstrumenten beschikbaar zijn en welke daarvan eventueel met hun conceptuitwerking overeen stemde. De algemene les is, dat het met de standaardisatie van meetinstrumenten op de diverse onderzochte aspecten nog niet ver gevorderd is. Onderzoekers lijken meer op een eigen instrument aan te sturen, die dan ook allemaal eigen accenten in de metingen tot gevolg hebben.

Op de tweede plaats zijn er veel checklists met scoremogelijkheden, maar daarvan zijn er maar weinig aan de toetsontwikkeling volgens de regels van de psychologische test onderworpen.

De teams hebben wel het stadium van een vertaling van hun concept in een checklist bereikt, maar voor onderzoek moeten die instrumenten eerst nog door een testfase heen.

Conclusies:

- Het ontwikkelen van steeds nieuwe schalen is belangrijk, maar het hergebruiken van beschikbare instrumenten is voor kwaliteitsontwikkeling van een vakgebied i.v.m. benchmarking zeker van zo groot belang.

De stappen van concept, via checklist naar meetinstrument moet worden voortgezet, omdat anders geen vergelijking tussen interventies in verschillende situaties mogelijk is.

5. Interdisciplinair werken

De teams waren uitgenodigd om waar mogelijk met experts uit andere vakgebieden te werken en daarmee ook de toegang tot die informatiestromen te openen. Op de tijdslijn en geldstroom van dit project bleek dat maar heel beperkt mogelijk. Toch is het van belang om de kennis uit ander sectoren gericht voor dit vakgebied te mobiliseren. Anders bestaat het risico dat er weer oude wielen opnieuw worden uitgevonden, bij gebrek aan informatie over wat elders gebeurt.

Conclusies:

- Interdisciplinaire samenwerking en het gebruik van bronnen uit andere disciplines is een idee, dat een gerichte aanpak verdient.
- Bij het verder werken met teams zal aan dit aspect al bij de keuze van de teams rekening moeten worden gehouden.

6. Professioneel community development

In het kennismanagement is het begrip van de “learning community” een gangbare term. Combineert men dat met onze ervaring in community development, dan zijn een paar belangrijke uitgangspunten voor het werken met de vijf teams gevonden.

Uit de projectbeschrijving wordt duidelijk, dat er een serie van bijeenkomsten met de hele ploeg heeft plaatsgevonden. Wat daar niet in staat is hoe het projectteam via werkbezoeken en e-mails de dagelijkse contacten met de teams heeft willen onderhouden. Vandaar ook dat het redactiewerk een vorm van meedenken was met de teams en we de vrijheid namen om heel concrete tekstvoorstellen te doen als we dachten daarmee de teams aan duidelijker rapporten te helpen.

De combinatie van de audits en het werken met de teams bleek ook goed te kunnen werken, als de betrokken teamleiders tijd namen om bij die audits aanwezig te zijn. Het gaf degenen die het wel deden een betere basis in de gemeenschappelijke interpretatie van het referentiekader en in het gebruik daarvan. Ook in dit project hebben we het eerste principe van Participatie voluit benut. We hebben veel van elkaar geleerd.

Op de laatste bijeenkomst zeiden de deelnemers aan de teams op dit punt zelf het volgende:

- *De begeleiding was erg prettig, in het begin al een stapel artikelen van Hans gekregen en dat gaf gelijk richting.*
- *Een jaar is veel te kort en er zou meer tijd en geld beschikbaar moeten zijn.*
- *Spinoff van contact met een universiteit: het geven van een gastcollege over het refka.*
- *Werkbezoeken waren erg constructief en hebben veel bijgedragen aan projecten.*
- *Het waarderend interviewen was een nieuwe techniek, leuk en vergrootte sociaal draagvlak (werkte positief)*
- *Meer tijd ingestoken dan er voor stond maar dit kon door de win-win situatie die ontstond.*
- *Begeleiding was positief, jullie waren er als we jullie nodig hadden.*
- *Ambities waren hoger dan realiseerbaar was, toetsen op bruikbaarheid van het instrument in nog niet gehaald. Wel gaat men kijken of het instrument ingepast kan worden in de masterclass voor manager GB die in november wordt gegeven.*
- *Als ik het proces in termen van leiderschap bekijk, dan deden jullie coachend gepaste stijl van situationeel leiderschap.....”*

Conclusies:

- Het werken met teams is een goede variant, het werkt stimulerend en bevordert de uitwisseling onderling.
- Bij de volgende teams is het van belang de gemeenschappelijke basiskennis goed te bewaken en op te passen dat van junioren in korte tijd niet teveel gevraagd wordt.

4 De bijstelling van het referentiekader

Doel 2c. Het vergelijken van het referentiekader met soortgelijke instrumenten uit andere landen, om daaruit aanwijzingen te krijgen voor de verdere ontwikkeling naar een referentiekader 2.0.

Uit de audits, de uitdieping en de lessen daaruit en uit de inleidingen en discussies elders in Nederland en daarbuiten bleek ons dat het model zoals we dat nu presenteren een goed midden houdt tussen het erkennen van het veelvoud aan factoren en tegelijk een overzichtelijk karakter heeft.

Tegelijk werd het duidelijk, dat we op een aantal punten voor een aanpassing moeten zorgen:

1. Statisch model

Hoewel we het niet zo bedoelen lijkt het gebruikte schema een momentopname te zijn: de dynamiek van gebeurtenissen in de context en het tijdverloop in het Organiseren en Intervenieren is niet meegegeven. In de audit kan daarop wel doorgevraagd worden, zeker naar de plannen na het project en naar de wijze waarop risico's en kansen benut zullen worden.

2. Behoefte aan andere termen

Niet ieder werkveld herkent zich in de door ons voorgestelde terminologie. Dat is deels te verhelpen door betrokkenen uit te nodigen hun eigen kader uit te werken langs de hoofdlijnen die het referentiekader biedt. Maar bijvoorbeeld het thema Empowerment, uitgewerkt door een van de teams, heeft naar hun oordeel geen bevredigende plaats in het model, dus daar moeten we nader naar kijken.

3. Behoefte aan kleinere resultaten

De keuze voor de intermediaire resultaten wordt algemeen toegejuicht, maar er blijkt behoefte aan nog fijnere tussenstappen, bij voorbeeld het resultaat van het organisatieproces kan apart benoemd worden en bij interventies zijn altijd vragen van bereik en tevredenheid van belang, naast de effecten op de middelste kolom.

De doorgelichte projecten beschikten vaak wel over macrogegevens over gezondheid en determinanten. Het RIVM is op dat punt voor velen hofleverancier, terwijl de GGD-en vaak over lokale cijfers beschikken. Tegelijk ontbreekt het vaak aan gegevens die voor het organiseren en intervenieren van belang zijn zoals de sociale kaart, gebruik van media, deelname aan evenementen etc.

Dat is voor ons aanleiding om het werken aan kleinere prestatie-indicatoren voort te zetten.

4. Projecten als bron van energie en relaties

In de principes van het referentiekader is veel nadruk gelegd op het belang van participatie. Gedurende een project weet men vaak enthousiasme te wekken van een aantal betrokkenen, maar relatiebeheer is vaak niet de sterkste kant. Door beter na te denken over capacity building en continuïteit in het werk kan dit bezwaar overkomen worden.

5 Op weg naar een PC-versie

Doel 2c. Het vergelijken van het referentiekader met soortgelijke instrumenten uit andere landen, om daaruit aanwijzingen te krijgen voor de verdere ontwikkeling naar een referentiekader 2.0.

In de presentaties over het referentiekader schetsen we aan het einde het perspectief van een soort Tom-Tom navigatiesysteem, die we maar Ref-Ref gedoopt hebben.



De gedachtegang achter dit idee is als volgt: Nu verwachten we van een professional dat hij op zijn referentiekader begrijpt, dan van diverse bronnen de gegevens weet te verzamelen en zo te combineren, dat daaruit een projectplan te schrijven is, dat ook nog een rekening houdt met de hiervoor genoemde principes en dat in de loop van de tijd onder invloed van de veranderingen in de context bij te stellen is.

Om het op een ander manier te zeggen: de vragen die we stellen bij de audit zouden we graag in een PC-programma onderbrengen en dan door directe koppeling aan bestaande bronnen daarmee de professional een desktop besluitondersteunend hulpmiddel willen geven.

In de praktijk hebben al diverse vakgebieden met dergelijke Decision Support systems (DSS) of computer assisted decisionmaking systems (CADS) ervaring opgedaan. In Vancouver waren we op de IUHPE conferentie in staat ervaringen uit te wisselen met een collega van L. Green, Prof. Chris Lovato, University of British Columbia, die voor het Proceed-Predceed model al een

dergelijk programma in de praktijk op kleine schaal getest heeft ¹. Uit dat overleg en verdere literatuur hebben we het volgende geleerd:

1. Papier op het scherm kan altijd

Veel van dergelijk programma's zijn eigenlijk alleen maar vragenlijsten van het type van de audit-checklists die dan in zijn geheel of via een net van hyperlinks op het scherm gepresenteerd worden. Ook het presenteren van een actuele medische encyclopedie op een PDA valt hieronder.

2. Projectplanners

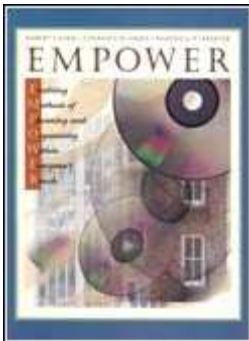
De ingevulde gegevens kunnen gebruikt worden voor een projectplan en –verslag door te zorgen dat ze op de juiste plek volgens bepaalde spelregels worden afgedrukt en ondergebracht kunnen worden in een database. Het QUI-project en het projectnet van ZonMw zijn daarvan voorbeelden.

3. Project spreadsheets

Een wat meer geavanceerde versie heeft een spreadsheet waarin personeel, uren, taken en kosten doorgerekend kunnen worden. Door dit te koppelen aan een tijdslijn kan dan de voortgang van het project bewaakt worden en zijn de afrekeningen steeds actueel.

4. Ervaringen met Empower

Product Detail



EMPOWER: Enabling Methods of Planning and Organizing Within Everyone's Reach

Robert S. Gold, PhD, DrPH, MACRO International, Inc., Lawrence W. Green, DrPH, University of British Columbia, British Columbia, Canada, Marshall W. Kreuter

ISBN 13: 9780763704100 ISBN 10: 0763704105

Price: (Sugg. US List) \$58.95

Cover: Cd-rom Pages: 168

EMPOWER is a computerized software program tailored to assist health educators teaching community health courses and practitioners in their efforts to plan and implement community health programs. Using a substantive knowledge base from recognized experts in health promotion planning and mammography screening, and the PRECEED-PROCEDE process of planning, EMPOWER illustrates how the models and interventions for health promotion or community health programs can be integrated systematically. It uses breast cancer prevention and control programming to demonstrate the steps. Students often seek the opportunity to work through one example for applying the PRECEDE-PROCEED Model. This program allows them to do so interactively.

¹ Chiasson M, Lovato C *Factors influencing the formation of a user's perceptions and use of a DSS software innovation* Volume 32, Issue 3(Summer 2001) Special Issue on adoption, diffusion, and infusion of IT, SPECIAL ISSUE: Adoption, diffusion, and infusion of IT Pages: 16 – 35, 2001. ISSN:0095-0033.

Gebruikers van het programma zijn via interviews en logboek gevolgd. Opvallend waren de volgende punten:

- basiskennis van het onderliggende model is cruciaal, maar je leert via het programma het model ook beter kennen;
- het invullen van alle opties is omslachtig, maar wel leerzaam;
- je zou projectplannen en verslagen moeten kunnen uitprinten in verschillende formats, afhankelijk van het doel;
- het is een leerzame ervaring, maar niet het instrument om dagelijks te gebruiken;
- teamleden die samen het programma gebruiken komen zo ook tot onderlinge afstemming van hun werkwijze.

5. Koppeling aan bronnen

Bij het invullen van bovenstaande varianten moet de gebruiker veelal zelf op zoek gaan naar bronnen en dan de gevonden gegevens in dit kader verwerken. Dat kunnen zowel cijfers zijn als werkprocessen bijvoorbeeld een bepaalde interventie. Het zou handig zijn als die internetbronnen vanzelf aan de juiste plekken van het plan gekoppeld werden als een soort pop-up plansuggestie. Ook zouden lokale basisgegevens zoals een sociale kaart voor een heel team beschikbaar moeten zijn, zodat aantal scholen, docenten en leerlingen niet steeds uitgezocht hoeft te worden.

6. Verschillende uitgangspunten

Uit de bovenstaande omschrijving wordt duidelijk, dat we diverse functies willen combineren. In de literatuur wordt wel een onderscheid gemaakt tussen de volgende soorten systemen:

Indeling van DSS systemen

- **File drawer systems** that provide access to data items.
- **Data analysis systems** that support the manipulation of data by computerized tools tailored to a specific task and setting or by more general tools and operators.
- **Analysis information systems** that provide access to a series of decision-oriented databases and small models.
- **Accounting and financial models** that calculate the consequences of possible actions.
- **Representational models** that estimate the consequences of actions on the basis of simulation models.
- **Optimization models** that provide guidelines for action by generating an optimal solution consistent with a series of constraints.
- **Suggestion models** that perform the logical processing leading to a specific suggested decision for a fairly structured or well-understood task. Power, D.J. *A Brief History of Decision Support Systems*. DSSResources.COM, World Wide Web, <http://DSSResources.COM/history/dsshhistory.html>, version 4.0, March 10, 2007.

Gezien de variatie aan mogelijkheden zullen we ons moeten beraden welke variant als start te verkiezen is en hoe we andere functionaliteiten later inbouwen.

Conclusie: Een geavanceerd functioneel ontwerp is noodzaak

Uit de discussies hierover en de vergelijking met andere (project)planners hebben we tussentijds de conclusie getrokken, dat we geleidelijk zicht krijgen op de vragen die we moeten stellen om een functioneel ontwerp te maken, waarmee we dan met software specialisten in gesprek kunnen. De volgende vier punten moeten nader uitgewerkt worden:

- gebruiksvriendelijk: hoe kan een dergelijk programma over langere tijd in het werk van een individuele professional en een team worden ingepast;
- actueel: hoe kan de koppeling aan cijfermatige en inhoudelijke bronnen tot stand gebracht worden;
- hoe kan het plannings- en uitvoeringswerk het beste ondersteund worden, rekening houdend met veranderingen in de context;
- hoe moet het referentiekader samen met de zeven principes nader worden uitgewerkt om als infrastructuur van een dergelijk programma te kunnen werken.

Bij het uitwerken van dit functioneel ontwerp is het belangrijk ook de lessen uit het werken met prestatie-indicatoren te betrekken. Bij het werken met een Ref-Ref is het ook van belang uit de grote hoeveelheid gegevens een zodanig schermbeeld te ontwikkelen, dat de gebruiker niet de weg kwijtraakt. We beschouwen het nader uitwerken van een beter gedifferentieerd referentiekader als een eerste stap naar een dergelijk functioneel ontwerp.

6 Voornemens voor de volgende fase

Op 11 september is bij ZonMw een idee ingeleverd voor een volgende fase in de uitwerking van het Referentiekader. Ter informatie citeren we hierna drie onderdelen uit die aanvraag: de Doelstelling, het Plan van aanpak en de Onderbouwing met referenties.

6.1. Doelstelling

Doelen

De eerste pilot en alle werkbezoeken en inleidingen daaromheen hebben de bruikbaarheid van het referentiekader als logisch model voor gezondheidsbevordering onderstreept. Voor beleidsmakers, onderzoekers en praktijkwerkers biedt het een middel tot reflectie op gemaakte keuzes en een rationale bij planning.

In de eerste pilot is een belangrijk deel van het kader nader uitgediept. We willen hetzelfde met de overige delen doen. Tegelijk gaan we in op een zwakte in het werkveld die we in de audits steeds weer tegenkwamen: het sturen op cijfers bij Organiseren en Interventies. We willen de inpassing van onderzoek in de praktijk stimuleren: daarbij leggen we conform de uitgangspunten de nadruk op participatief en actiebegeleidend onderzoek. Tenslotte willen we verspreiding en continuïteit garanderen.

Daarom hebben we drie doelen:

1. Uitwerken van een gedifferentieerd referentiekader.

Uit didactische en marketing overwegingen hebben we het beeld van het model constant gehouden. In het volgende boek willen we een uitgebreider referentiekader uitwerken, waarin de kleine stappen van het organiseren, via processen naar direct resultaat en naar gezondheidseffecten op lange termijn zichtbaar zijn. Voor een aantal factoren in het referentiekader is in de eerste pilot al een concept-analyse en meetschaal-aanzet gegeven, er zijn nog een aantal factoren uit te werken.

2. Het handboek Gezond Effect bevorderen 2.

We geven dan in het handboek weer, welke vormen van gegevensverzameling per stap mogelijk zijn en hoe deze rekening kunnen houden met de principes van participatie en actie-begeleiding. We willen helpen zodanig te meten, dat het duidelijk is hoe ver men gevorderd is op de weg naar het gewenste niveau van effect.

3. Het organiseren van verspreiding en continuïteit.

In de opbouw en uitwerking van het Referentiekader hadden twee heren het voortouw. Nu heeft het NIGZ een aandeel in verspreiding en uitwerking, maar we achten het nodig de kring van actieve supporters uit te breiden. De ervaringen met de beoogde masterclasses zijn tevens pre-tests voor de hierboven genoemde uitwerking van model en meetinstrumenten.

6.2. Plan van Aanpak

De eerste pilot is wel getypeerd als een vorm van professionele community ontwikkeling. Alle stappen van het project werden via een startconferentie, twee werkconferenties en een slotconferentie in nauw overleg met betrokkenen uitgevoerd. Alle teams hebben met grote inzet gewerkt, gesteund door werkbezoeken en intensief e-mail verkeer. Bij de uitwerking van de rapporten zijn de projectleiders als redacteurs actief betrokken geweest bij het optimaal duidelijk rapporteren van bevindingen en lessen. Die sterk participatieve aanpak en het voortdurend zoeken van feedback en het leren van ervaringen is modelmatig voor het werken in gezondheidsbevordering.

1. Uitwerken van een gedifferentieerd referentiekader

Onder dit doel werken we aan drie subdoelen:

- Het logisch model differentiëren.

Met de 7 principes is het referentiekader al een stap verder gebracht. In het logisch model zijn zones toegevoegd (bij voorbeeld twee soorten determinanten), zijn een aantal factoren uitgediept en zijn waar nodig nieuwe factoren voorgesteld (empowerment). Vooral het nadenken over het model als drager van prestatie-indicatoren en het onderzoeken van de mogelijkheden voor een digitale versie heeft ons overtuigd van de noodzaak om het model verder te differentiëren. Dat we nog steeds met de vijf zones werken is vooral uit didactische overwegingen, we werken nu al soms met een model met 10 zones.

- Uitgewerkte factoren in de praktijk testen.

Om de winst van de verdieping en onderbouwing in 2006-2007 te borgen, is het nodig dat de ontworpen instrumenten in de praktijk worden getest en verbeterd. Daartoe zou een fase van toetsing en aanpassing nodig zijn. In sommige gevallen kan het nuttig zijn hierbij andere consortia in te schakelen. In andere gevallen zou hetzelfde consortium verder kunnen werken aan het materiaal.

- Overige factoren uitwerken

Nu is nog steeds slechts een deel van het Refka conceptueel verder onderbouwd en meetbaar gemaakt. Om de voordelen van het werken met het Refka te optimaliseren is het noodzakelijk dat ook de factoren die nog niet verder zijn uitgediept eveneens grondige worden bestudeerd en voorzien van een meetinstrument. De factoren die eveneens een steviger conceptuele onderbouwing behoeven en een “meetinstrument” zijn:

- Investering verzorgen.
- Goodwill opbouwen.
- Organisatie ontwikkeling (van de eigen organisatie).
- Pleitbezorging en beleidsontwikkeling.

Voor de uitkomstvariabele Health Literacy is conceptueel grondwerk gedaan, een instrument ontbreekt nog. Er zijn ook nog andere initiatieven, bij voorbeeld op het terrein van economische analyse voor gezondheidsbevordering. We hoeven dan wellicht dat niet zelf uit te zoeken, maar kunnen bij die andere projecten aansluiten.

2. Tweede handboek “Gezond effect bevorderen”

In de conferenties en het eerste boek “Gezond effect bevorderen” hebben we veel aandacht geschonken aan de discussie over adequaat onderzoek (hoofdstuk 6). In de praktijk merken we dat die discussie wel doorwerkt, maar eerder in proefschriften, dan in de praktijk. We willen dan ook dichter op de werkpraktijk aangeven welke wijze van onderzoek redelijkerwijs goed in de gangbare werkprocessen in te passen zijn.

Daartoe willen we voorbeelden verzamelen van manieren waarop het werk beter en handig met cijfers ondersteund kan worden en hoe deze aanpak goed rekening kan houden met de principes van participatie en actiebegeleiding. Daarbij willen we de discussie van wat is redelijke effectiviteit in relatie tot context en input niet uit de weg gaan. Het ontbreekt echter nog aan consensus over de basis voor benchmarking op dit gebied en door een nadere uitwerking van een gedifferentieerd model (zie boven), van meetschalen (zie boven) en bruikbare meetmethoden willen we daartoe een bijdrage leveren.

We geven dan straks in het tweede handboek “Gezond effect bevorderen II “ na het gedifferentieerde refka weer, welke vormen van adequate gegevensverzameling per stap mogelijk zijn. We willen helpen zodanig te meten, dat het duidelijk is hoe ver men gevorderd is op de weg naar het gewenste niveau van effect.

3. Het organiseren van verspreiding en continuïteit

In de eerste pilot is gewerkt met een projectkern van drie personen: W. de Haes, H. Saan en C. Hekkink (NIGZ), gesteund door G. Molleman (NIGZ). Die drie deden de audits, de werkbezoeken en organiseerden de conferenties. Omwille van verdere verspreiding en toepassing in de toekomst willen we het gebruik van het referentiekader een vast onderdeel maken van alle opleidingen. Dat bracht ons op het plan om masterclasses voor universitair en HBO-docenten te organiseren.

Met een aantal opleiders worden de plannen voor deze twee maal aan te bieden masterclass van drie dagen uitgewerkt. We organiseren een masterclass om vaardigheden in uitleg en gebruik van het referentiekader te trainen en om daarmee een module-model voor opleidingen te leveren. Daarmee bevorderen we op lange termijn een consensus over het werk in de praktijk.

De tweede masterclass gaat in op de relatie tussen diverse vormen van onderzoek en het referentiekader, om daarin te verduidelijken hoe universitair en praktijkonderzoek beter op elkaar kunnen aansluiten.

Following the 3rd edition, Laura A. Linnan, ScD, and her colleagues conducted in 2001 a survey of the 253 universities offering graduate or undergraduate degree specialization in health education, determining that the Precede-Proceed Model was taught by 88% of respondents, used by 85.7% in teaching, and used by 74.6% in practice, the most among 10 planning models listed. The respondents also ranked PRECEDE-PROCEED highest among the 10 planning models on usefulness for research (86%), and usefulness for practice (90.8%).

<http://www.lgreen.net/precede.htm>

Internationale uitwisseling

Het Referentiekader is nu in het Engels, Frans, Duits, Russisch en Chinees beschikbaar, een Engelstalige versie met de 7 principes is in concept gereed.

Gebruik makend van reeds bestaande contacten in met name Zwitserland en Canada wordt een studiereis daarheen georganiseerd en worden een paar collega's bij de masterclasses betrokken. Zo willen we hun ervaring gebruiken om knelpunten die we tegenkomen op te lossen.

De uitwerking van dit hele project kan op dezelfde manier plaatsvinden als de eerste pilot: sterk participatief en interactief.

6.3. Onderbouwing

“Wie reist, heeft verhalen. De reiziger wil zijn positieve en negatieve belevenissen delen met zijn reisgenoten en passanten. Foto's en reisverslagen geven een beeld van de reis. Juist onverwachte gebeurtenissen krijgen extra aandacht. De reiziger wil meer ontdekken. Na terugkomst komen de plannen voor een vervolgreis.” (Programma GL, p. 51)

In de ontwikkeling, beschrijving en verspreiding van het Referentiekader gezondheidsbevordering was een van de thema's: de inefficiëntie van kortlopende projecten in gezondheidsbevordering. In de principes uit de Pilot hebben we als zesde principe opgenomen: “projecten zijn bouwstenen”. Inmiddels zijn we na de vier conferenties, het boek en de pilot toe aan de vierde bouwsteen van de serie en zijn blij, dat we die programmalijn vol kunnen houden, dat we de reis voort kunnen zetten.

Het Referentiekader is een metamodel, een wereldkaart. Het helpt om te laten zien hoe andere theorie en modellen een plaats hebben in het totaal: waar ze op inzoomen, maar ook wat ze negeren. Het helpt de reiziger zijn plaats en opties te bepalen en te zien welke detailkaart nodig is.

Het projectvoorstel sluit naar inhoud en werkwijze nauw aan bij alle programmalijnen van Gezond leven:

Samenwerking: is in het Referentiekader een belangrijke factor. In de pilot werd een verkenning gedaan zowel van de samenwerking tussen professionals, maar ook op het niveau van organisaties en naar intersectorale samenwerking.

De werkwijze in de pilots is gebaseerd op een intensieve samenwerking met vooral ervaren experts van diverse academische werkplaatsen en universiteiten. De extra sterkte van deze aanpak is, dat een soort groot virtueel team samen werkt aan diverse delen van het schema, waarbij ze naar elkaars werk kunnen verwijzen. In de werkwijze van de teams werden zij uitdrukkelijk gevraagd om zelf samenwerking aan te gaan met vakgroepen en experts van buiten de sector om zo het draagvlak voor de nieuwe inzichten te verruimen.

Voor de uitwerking van het referentiekader is de internationale samenwerking van groot belang. In een aantal landen werken collega's aan precies dezelfde knelpunten en vinden daarvoor oplossingen die voor ons als inspiratiebron kunnen dienen. Door het model in placematvorm in diverse talen ter beschikking te hebben, maken we onszelf gesprekspartner in die uitwisseling.

Doelgroep participatie en empowerment zijn twee thema's die in de pilot verder werden uitgediept en waarvoor nu de aanzet van een meetinstrument beschikbaar is. In de praktijk moet blijken of de professionals ermee uit de voeten kunnen. Het werken met die instrumenten blijkt ook de planning aan te scherpen: de items werken als een checklist om de strategie te optimaliseren.

Leefstijl: in de toelichting op deze invalshoek benadrukt de programmatekst, dat “aandacht voor kwaliteit van leven, geluk en welzijn, en een ondersteunende sociale en fysieke omgeving kunnen bevorderlijk zijn voor een gezonde leefstijl”. In het referentiekader en de bijbehorende principes wordt precies op deze punten nadruk gelegd.

Onderzoek: Het werken met het referentiekader helpt om in kaart te krijgen welke reikwijdte een onderzoek heeft en wat voor onderzoek relevant is in welke vraagstelling. In deze tweede pilot willen we aan de hand van het gedifferentieerde referentiekader laten zien, hoe onderzoek in iedere zone en tussen zones van het schema kan worden opgezet. De nadruk die we leggen op participatief en actiebegeleidend onderzoek naar Organiseren en Processen komt voort uit het geconstateerde gebrek aan ervaring met deze werkwijze. Daarmee willen we ook een basis leggen voor de z.g. practice-evidence, die samen met scientific evidence tot een vernieuwde professionele aanpak moet leiden.

Het referentiekader is ook een hulpmiddel in het gesprek tussen onderzoek, beleid en praktijk. Daarom hebben wij bij VWS meermalen persoonlijk bepleit het model als leidraad voor de beleidsontwikkeling te vermelden in de komende beleidsnota's. De waardering die de Directeur Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie uitsprak op de slotconferentie geeft aan dat tenminste erkenning voor de relevantie van dit werk voor het VWS-beleid erkend is.

6.4. Vernieuwing

Het Referentiekader blijkt voor onderzoekers, beleidsmakers en praktijkwerkers een goede integratie van hun opvattingen en inzichten te bieden. Die totaalblik op het werkveld is vernieuwend, maar vooral zijn de principes van gezondheidsbevordering een belangrijke uitdaging aan de gangbare manier van denken en werken. Het Referentiekader benadrukt het belang van participatie en samenwerking, niet vrijblijvend, maar daagt juist uit om tot sterkere banden te komen.

De nadruk die we leggen op Capacity Building en continuïteit van werken, werd in beleid, praktijk en onderzoek wel beleden, maar de consequenties daaruit werden te weinig getrokken. Door de nadruk te leggen op de context en het Organiseren hebben we de aandacht gevraagd voor de balans tussen ambitie en capaciteit, die voorwaarde is voor een gezonde bedrijfsvoering. We krijgen wel erkenning voor die principes, maar ervaren weerstand bij de uitwerking ervan: alle partijen lijken zich rijk te rekenen aan mogelijke effecten en willen niet erkennen, dat het gaat om veel kleine stappen die samen pas de kritieke massa voor verandering bouwen. Een gedifferentieerd referentiekader moet een realistisch beeld geven van de stappen en van het feit dat veel wegen naar hetzelfde doel kunnen leiden.

In deze tweede pilot willen we ook nadruk leggen op de integratie van onderzoek in de praktijk. Dat is een belangrijke vernieuwing, omdat de integratie ontbreekt. Dat het te weinig gebeurt

heeft drie redenen: professionals hebben alleen academisch onderzoek voor ogen en weten dat slecht met hun praktijkomstandigheden te combineren, voorbeelden van handig onderzoek, dat ook nog eens interventiesteunend en participatiebevorderend is kennen ze onvoldoende en tenslotte zijn management en financiers blijkbaar niet zo geïnteresseerd in een zakelijke transparantie van de verhouding tussen input en output. Ook publiceren praktijkwerkers weinig, wat een realistische beeldvorming over de mogelijkheden in het werkveld belemmert.

Door de drempel naar dit soort onderzoek te verlagen en te zorgen dat het in opleidingen een erkende plaats krijgt, willen we een bijdrage leveren aan de professionele kwaliteit in gezondheidsbevordering.

6.5. Kans op succes

Deze tweede pilot zal voortbouwen op de ervaringen en het succes van de eerste pilot. We vinden het belangrijk de contacten zo mogelijk voort te zetten en uit te bouwen om zo de opgebouwde expertise als startkapitaal voor dit project in te zetten. De werkwijze, dat we daarbij de betrokken teams een honorarium konden geven voor hun werk is een belangrijk incentive, maar de hoeveelheid werk in uren gaat dat bedrag ver te boven. In het referentiekader spreken we van de combinatie van investeren en goodwill en dat hebben we van onze teams ondervonden.

Belangrijk is ook, dat we daarbij in de teams zowel meer als minder ervaren mensen een rol wisten te geven. Zo bouwen we ook aan de volgende generatie, een lijn die we door de masterclasses willen intensiveren.

De publicatie “Gezond effect bevorderen” konden we op het Nationaal Congres Volksgezondheid 2006 gratis verspreiden. Inmiddels zijn rond 1350 exemplaren in het werkveld verspreid, dikwijls gericht in combinatie met een toelichting van onze kant op het Referentiekader. We worden inmiddels ook uitgenodigd bij instellingen en teams naar aanleiding van lezing van het boek. Vandaar dat we na pilot een geen boek hebben gemaakt, maar de teksten willen gebruiken om die met de resultaten van pilot 2 te publiceren, weer in een gelijksoortig blauw boek en dat dan weer met een soortgelijke intensiteit van marketing verspreiden.

Publicaties

Thema Referentiekader in de rubriek Spectrum van TSG (TSG (2004), 4, p.208-220). met bijdragen van NS Klazinga, H Saan, W de Haes, N de Vries, K Stronks, MA Koelen, A Koornstra, G Molleman, J Bouwens, M Ploeg, E Ruland, F Stoeckart en A Visser.

H. Saan & W. de Haes: *Gezond effect bevorderen*, NIGZ, 2005

Thema onderzoek in de rubriek Spectrum van TSG (TSG (2005), 8, p. 456-473). met bijdragen van H. Verkleij, H. van Oers, H. Saan, W. de Haes, H. Garretsen, G. Kok, J. Brug, M. Hoeijmakers, H. Schilthuis, J. Ravensbergen, M. Leurs, P. Baart, M. de Beer, M. Willems, G. Zeeman.

H. Saan, *The road to evidence: the European path*, Promotion & Education, (2005), Vol XII, suppl. 1, p. 6-7

Bijlage 1

Voorgeschiedenis

1997 De aanloop

Op initiatief van Willy de Haes werd in Rotterdam 1997 een conferentie onder de titel “Beyond RCT” georganiseerd. De buitenlandse sprekers, Don Nutbeam (Australië) en Keith Tones (UK) hielpen de discussie te starten over de vraag: met welke onderzoeksmethode kan het best het effect van interventies op het gebied van gezondheidsbevordering worden aangetoond? De basisstelling was dat RCT's niet voldoen voor een levendig en voortdurend veranderend veld van Gezondheidsbevordering. Andere methoden werden geïntroduceerd. Een zeer gemengde groep aanwezigen - beleidsmakers, onderzoekers en praktici – werden aan het denken gezet.

2002 Conferenties

Vijf jaar later, in 2002 werd bij ZonMW een subsidieverzoek ingediend voor de organisatie van een serie van vier conferenties over de vraag: wat is de beste evaluatiemethode voor het aantonen van effecten met programma's gezondheidsbevordering. Het doel was een Kennistransfer van de nieuwste inzichten op dit gebied.

De officiële titel van het project was: “Kennistransfer van inzichten t.a.v. de wijze waarop wetenschappelijk verantwoorde evaluatie van interventies gericht op gezondheidsbevordering kan worden uitgevoerd.”

Er was kort daarvoor, in 2001, bij de WHO-Europa, een rapportage verschenen van een werkgroep over dezelfde vraag. Het boek “Evaluation in Health Promotion” werd gekozen als achtergrond voor de organisatie van de conferenties. De auteurs waren ook de beoogde sprekers die naar Nederland zouden worden gevraagd om de discussie verder te zetten.

De subsidie werd toegekend. Als algemene roepnaam voor de Conferenties werd gekozen voor New Health Promotion. De vier conferenties werden in Rotterdam georganiseerd, en opnieuw werd er alles aan gedaan om een gemengd publiek van beleidsmakers, onderzoekers en praktici in de zaal te hebben. Dat is in grote mate gelukt, daardoor kon de discussie ook zeer ‘breed’ worden gevoerd.

Conferentie 1 “New Research Designs”

De eerste conferentie was vooral bedoeld als een ter discussie stellen van de bestaande zekerheden. David McQueen, directeur Global Health Promotion bij CDC, Atlanta, USA stelde de filosofische vragen: wat is evidence en hoe komen we tot kennis? Michael Goodstadt, Professor aan het Centre for Health Promotion, Universiteit van Toronto, Canada, presenteerde een schema waarin de elementen van een goede interventie waren samengebracht. Vanuit dat kader

wordt de complexiteit van gezondheidsbevordering duidelijk, en kon de discussie starten over hoe kan men recht doen aan die complexiteit bij het evalueren van de effecten van gezondheidsbevordering?

In de Nederlandse bijdragen werden enige invalshoeken belicht: Johan Mackenbach schetste een traditioneel epidemiologische aanpak, Tineke Abma gaf een totaal tegengestelde aanpak: responsief evalueren, discoursen en allianties met de doelgroep, Niek Klazinga schetste een "verzoenende" visie: verschillende methoden zijn in verschillende omstandigheden bruikbaar. Het gaat erom de meest passende methode te gebruiken.

Conferentie 2 “Research and Communities”

In de tweede conferentie werd getracht inzicht te krijgen in de wijze waarop een nieuwe aanpak wordt vormgegeven door de pioniers op dit gebied.

Louise Potvin, Professor Social and Preventive medicine, Universiteit van Montreal, Canada, zette uiteen hoe zij effectstudies doet naar Community Based Interventions die gericht zijn op het verminderen van sociaal economische gezondheidsverschillen.

Jane Springett, Professor Health Promotion, John Moores University, Liverpool (UK), gaf inzicht in hoe zij werkt met “participatory evaluation” en de effectstudies van de Health Action Zones in de UK.

De Nederlandse sprekers gaven in twee maal vier parallelsessies hun visie op hun werk en op de wijze waarop zij effecten evalueerden. Dit werd in relatie gebracht met de presentaties van de buitenlandse sprekers.

Conferentie 3 “Health Promotion in Settings and the Value of Participatory Evaluation”

De derde conferentie, onder de subtitel had drie buitenlandse sprekers elk met een pendant van een Nederlandse spreker. Vervolgens waren er discussiesessies met de buitenlandse sprekers en een aantal Nederlandse presentaties in parallelsessies.

Lawrence St.Leger, Professor at the Faculty of Health and Behavioural Sciences, Deakin University, Australië, is een internationale autoriteit op het gebied van Health Promoting Schools. Hij besprak het gebruik van onderzoek bij gezondheidsbevorderingsprogramma's op scholen. Goof Buijs, NIGZ, coördinator van De Gezonde School, gaf de Nederlandse aanpak. John Griffiths, in Wales (UK) verantwoordelijk voor het overheidsprogramma Health at Work, gaf een schets van de onderzoeks aanpak bij Workplace Health Promotion. Lenneke Vaandrager, NIGZ, verantwoordelijk voor Gezondheidsbevordering op de Werkplek, schetste de aanpak in Nederland.

Marco Akerman, coördinator Healthy Cities, Sao Paulo Universiteit (Brazilië), gaf een uiteenzetting van de community based healthy cities programma's. Ilja Maso universiteit voor Humanistiek, Utrecht, gaf een beschouwing over methodologie en statistiek in de gedragswetenschappen. In de parallelsessies werd gediscussieerd over de methoden en werkwijzen in Nederland.

Aan het eind van de conferentiedag werd, door Hans Saan, een voorlopige conclusie van de conferentieserie gepresenteerd. De centrale inhoud was de nadruk op de complexiteit van gezondheidsbevordering en de noodzaak de onderzoeksmethode daaraan aan te passen.

Conferentie 4 Conclusies voor Beleid

De vierde Conferentie, startte met een uitvoerige presentatie, door Hans Saan, van het integrale Referentiekader Gezondheidsbevordering. Daarin werden alle elementen van belang voor een effectieve interventie in het complexe maatschappelijke veld samengebracht op een overzichtelijke, simpele manier. Door deze structurering van het veld kunnen de relevante onderzoeksvragen op een meer systematische, overzichtelijke manier geformuleerd worden. Ook kan worden verhelderd welke methoden op welk moment en in relatie tot welke vragen kunnen worden gebruikt. Het Referentiekader als samenvatting van de inbreng in de drie voorafgaande conferenties was dan uitgangspunt voor de verder discussie. Een reflectie werd gegeven door prominente representanten van Beleid, Praktijk en Onderzoek.

Bij het begin van de middagsessie gaf de directeur Generaal Volksgezondheid, Ir Hans de Goeij, zijn visie. Hij ondersteunde de uitwerking en hoopte op een intensief gebruik, zodat evidence based gezondheidsbevordering zou toenemen.

In een middagsessie werden in twee maal 4 parallelsessies de vragen van de verschillende stakeholders bediscussieerd.

Ter afsluiting gaf Paul Schnabel, directeur Sociaal en Cultureel Planbureau, een beschouwing over de wijze waarop “goed werk” (effectieve gezondheidsbevordering) kan worden bevorderd.

Boek Gezond effect bevorderen door Hans Saan & Willy de Haes (NIGZ 2005)

De inhoud en de uitkomsten van de conferenties werden door VWS en door ZonMw zeer gewaardeerd. Daarom werd door VWS een aanwijzing gegeven aan ZonMw om subsidie toe te kennen aan een verzoek om de uitkomsten van de conferenties, c.q. de onderbouwing en toelichting op het referentiekader, uit te werken in een boek.

De aanvankelijke vraag naar adequaat onderzoek bleek uiteen te zijn gevallen in drie thema's:

1. Consensus over WAT er te meten is maakt de uitwisseling van meetgegevens makkelijker. Mede voor dat doel is het referentiekader ontworpen.
2. Consensus over HOE er gemeten moet worden bleek niet zo'n moeilijk punt: onderzoek moet adequaat zijn voor de vraagstelling en de dynamiek van de onderzoekssituatie. Over criteria om daarbij tot een keuze te komen is voldoende bekend in de onderzoeksliteratuur in diverse wetenschappen.
3. Tenslotte is het van belang bij een onderzoek vooruit te denken over de manier van gebruik van de resultaten. Daartoe is in de kenniscirkel het WAARTOE van het onderzoek aan de orde gesteld..

In het boek worden alle factoren van het referentiekader toegelicht. In tabellen worden checklists gegeven.

Om de lezer de gelegenheid te geven zich op eigen gelegenheid verder te verdiepen in de materie worden bij elk onderdeel (internationale) literatuurverwijzingen en websites gegeven.

Na de hoofdstukken waarin het referentiekader is toegelicht wordt in een apart hoofdstuk ingegaan op “passend onderzoek” in relatie tot gezondheidsbevordering.

Tenslotte wordt uiteengezet hoe de ontwikkeling van effectieve gezondheidsbevordering ook afhankelijk is van de mate waarin aandacht wordt besteed aan de “kenniscirkel”. De opbouw van kennis vanaf projecten waarin onderzoek goed is geïntegreerd, via het rapporteren over de praktische aanpak en het verloop van het project, samen met de rapportage van de uitkomsten, via een reviewprocedure leidend tot implementeerbare kennis. De volgende projectinitiatieven kunnen dan op basis van deze bekende inzichten starten bij het plannen van hun nieuwe interventies.

Het laatste hoofdstuk formuleert vele aanbevelingen in relatie tot de besproken elementen.

Het boek is op het landelijke congres NCVGZ 2006 ten doop gehouden en daar zijn rond 700 exemplaren aan de aanwezigen gratis uitgedeeld. Inmiddels is van de oplage van 1500 exemplaren nog ongeveer 200 exemplaren in voorraad. Veel zijn in de hierna te noemen bijeenkomsten aan de deelnemers uitgereikt.

De verspreiding van de inzichten 2005-2007

Artikelen

Over de ontwikkeling van het Referentiekader en over de gevolgen voor het effectonderzoek zijn twee artikelen verschenen in TSG, het Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. Beide artikelen werden geplaatst in de rubriek Spectrum, en aansluitend bij het artikel werden reacties geplaatst van prominente professionals op het gebied van beleid, praktijk en onderzoek in relatie tot Gezondheidsbevordering.

De twee artikelen zijn :

Saan, Hans en Willy de Haes. Een referentiekader voor Gezondheidsbevordering. TSG 2004 (82) 208 - 211 [+ reacties op het referentiekader p. 212 - 220].

Saan, Hans en Willy de Haes. Passend onderzoek voor Gezondheidsbevordering. TSG 2005 (83) 456 – 461 [+ reacties op onderzoek en referentiekader p. 461 – 473].

Website

Vanaf de eerste conferentie is een website geopend met informatie over de voortgangsverslagen van de conferenties:

www.newhealthpromotion.nl

Na afloop van de conferenties en het verschijnen van het boek “ Gezond effect bevorderen” is de website aangepast aan de nieuwe situatie. Er is zijn nu ook gegevens over het referentiekader en over het boek beschikbaar.

Gebruik in de Nederlandse situatie.

Over het referentiekader zijn inleidingen en workshops gehouden bij:

- VWS
- RIVM
- NIGZ
- Stivoro
- Trimbos
- NISB
- GGD Breda
- Novadic Den Bosch
- GGD Achterhoek

Op het Nationaal congres Volksgezondheid 2005 werd een workshop over het model gehouden, op het congres in 2006 werd het boek ten doop gehouden en uitgedeeld.

Op de NIGZ congressen van 2005 en 2007 zijn ook workshops over het model gehouden.

Internationaal

Er is al een aantal malen de gelegenheid geweest om op het internationale niveau te toetsen of het Referentiekader aanspreekt bij de collega's.

Het IUHPE congres in Melbourne (april 2004)

Voor dit congres werd een Engelse vertaling van het Referentiekader gemaakt. De waardering was groot. Met name Lawry St. Leger, David McQueen en Michael Goodstadt, sprekers op onze congressen, waren zeer te spreken over deze samenvatting van de complexiteit van Gezondheidsbevordering. Larry Green waardeerde de complementariteit aan zijn model.

De bijeenkomst "Evidence Based Gezondheidsbevordering; Praktijk, Beleid en Onderzoek" te Brussel (oktober 2004)

Op initiatief van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) was een studiedag georganiseerd over evidence bij gezondheidsbevordering, speciaal in relatie tot preventie van alcohol- en drugsverslaving. In een lezing is het referentiekader toegelicht.

De Zwitserse stichting voor Gezondheidsbevordering werkt met een vergelijkbaar model en in een consultatie met de staf (april 2005) werden de voor- en nadelen van de modellen bij beleidsontwikkeling doorgenomen.

De Healthy Cities Conferentie van Zuid-Oost Aziatische landen in Suzhou (China) (mei 2005).

Op uitnodiging van het secretariaat van het Netwerk werd een lezing gehouden over de Healthy Cities in Rotterdam, daarbij werd het Referentiekader gepresenteerd als een samenvatting van de belangrijke factoren die spelen bij Population Based Health Promotion. Voor deze gelegenheid werd een Chinese versie van het referentiekader geproduceerd.

De IUHPE-Europe conferentie “Best Practices in Health Promotion” in Stockholm (Juni 2005)
Een presentatie werd gegeven in een sessie over een aantal projecten waarin samenvattende schema's voor gezondheidsbevordering worden ontwikkeld. De meest vergelijkbare aanpak wordt in Zwitserland uitgewerkt.

De bijeenkomst “Healthy Youth, Healthy Society in St. Petersburg (november 2005).
Ter afsluiting van een project van Rotterdam en Turku (Finland) in St. Peterburg gefinancierd door de Europese Commissie, werd een conferentie georganiseerd ter verspreiding van de resultaten en de geleerde lessen. In een lezing “Effective Health Promotion, to built a Healthy Society” werd onder andere het referentiekader toegelicht. Daartoe was een Russische versie geproduceerd.

Op de EUPHA 13th European Conference on Public's Health in Graz (november 2005) werd de tussenstand van de refka-ontwikkeling gepresenteerd.

De bijeenkomst “Atelier d' échange international sur les enjeux de l' évaluation des interventions de promotion de la santé in Parijs (December 2005)
Het Institut National de Prévention et d' Education pour la Santé, had samen met het bureau van de IUHPE een bijeenkomst georganiseerd om van buitenlandse sprekers (Quebec/Canada, Zwitserland, Nederland) te horen hoe men omgaat met het evalueren van de effecten van gezondheidsbevordering.
Een lezing over het referentiekader werd zeer gewaardeerd. Er was een Franse vertaling van het referentiekader gemaakt. De exemplaren werden grif meegenomen.

De bijeenkomst van de Slowaakse Public Health federatie SAVEZ (september 2006).
Het referentiekader werd gepresenteerd als een manier om consensus over de hoofdlijnen van het werk te verkrijgen.

De 14th European Conference on Public Health in Montreux (Zwitserland) (november 2006).
In een sessie over “Getting evidence into policy” werd een presentatie geven over het referentiekader. In dezelfde sessie werd een rapportage gegeven van de Oostenrijks-Zwitserse aanpak om te komen tot een soort referentiekader. Dit bood interessante vergelijkingen.

Conferentie van het Vlaams Ministerie voor Volksgezondheid in Antwerpen over “Preventie van Verslavingsgedrag” (november 2006).
Op uitnodiging van het Ministerie is een lezing gehouden waarin het referentiekader een centrale plaats innam. De lezing werd door de ministerie en haar ambtenaren bijgewoond. Het boek “Gezond effect bevorderen” en placemats met het referentiekader werden meegenomen.

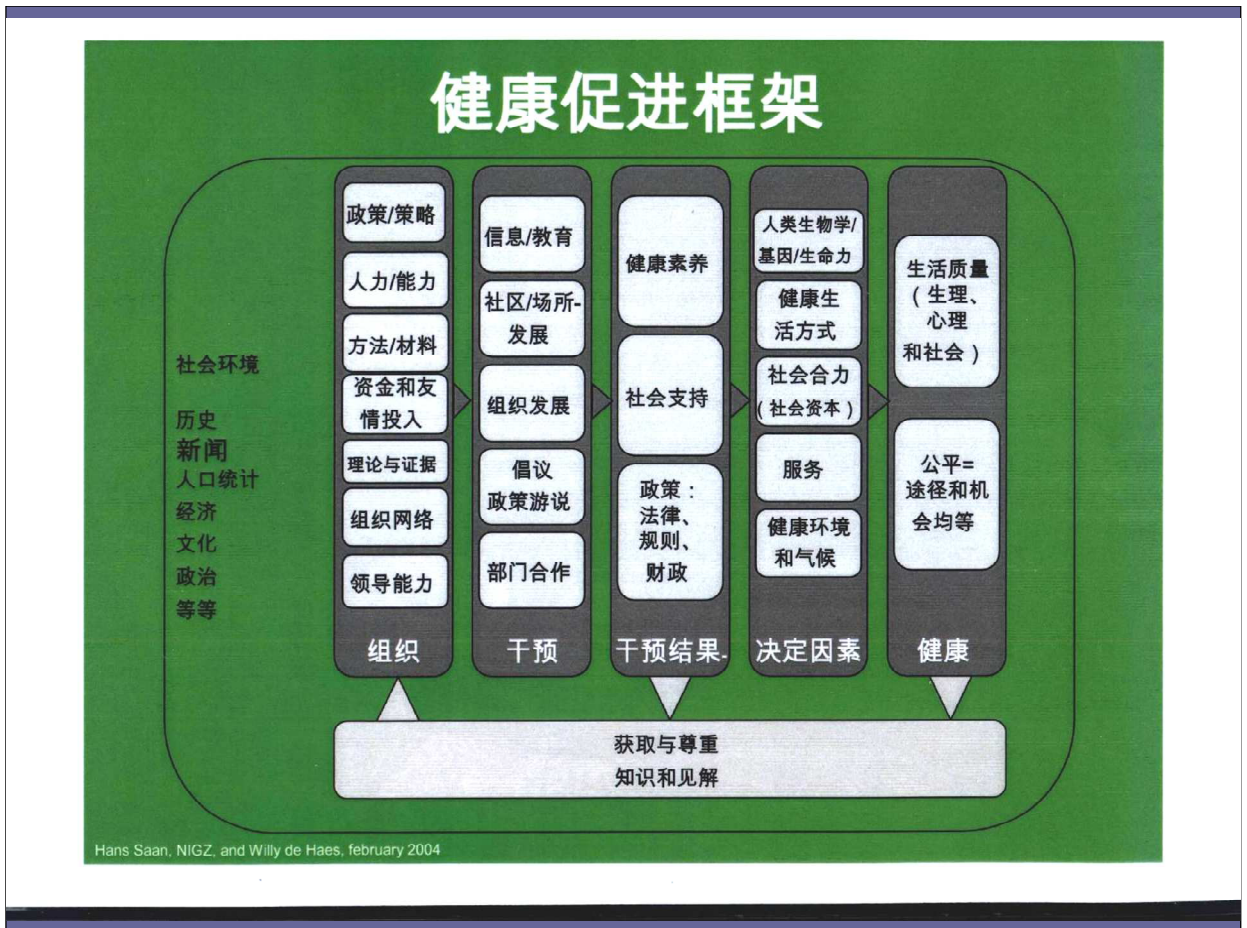
Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie in Wenen (december 2006).
Er werd een “Jour Fixe” presentatie van het referentiekader gehouden, nadat met de kerndocenten van het instituut een apart seminar was gehouden. Het model biedt veel herkenning en is bij de uitwerking van de beleidslijnen voor de komende subsidieperiode behulpzaam geweest.

NASKHO- studiedagen op Curaçao en Aruba: “Preventie en Gezondheidsbevordering: een voortdurende uitdaging” (januari 2007).

De Nederlands Antilliaanse Samenwerking Klinisch Hoger Onderwijs (NASKHO) had ons uitgenodigd om over, onder andere, het Referentiekader te praten, omdat men dit jaar zijn studiedagen wilde concentreren op Preventie en Gezondheidsbevordering. Zowel op Curaçao als op Aruba was er waardering voor het Referentiekader. Men wil er graag verder op ingaan.

Vertalingen

Van het referentiekader zijn nu (aug. 2007) vertalingen in het Engels, Frans, Duits, Russisch en Chinees beschikbaar.



Bijlage 2

De zeven principes van het referentiekader gezondheidsbevordering

Het Referentiekader Gezondheidsbevordering is een hulpmiddel om interventies voor gezondheidsbevordering te kiezen en te organiseren. De verantwoording van het model is te vinden in het boek “Gezond effect bevorderen” (H. Saan & W. de Haes, NIGZ, 2005).

In het gebruik van dit model in de jaren 2005-2007 bleek het voldoende complex om aan de realiteit van het werk recht te doen en tegelijk eenvoudig genoeg om overzichtelijk te zijn. Het is in te zetten als checklist bij planning en uitvoering en het is bruikbaar gebleken als audit-instrument. Het geeft sturing aan de ontwikkeling van het vak in praktijk, onderzoek en beleid. In de vele gesprekken met het referentiekader op tafel bleek dat bij reflectie op belangrijke keuzes in het werk naast het model een toelichting op de principes erachter belangrijk is. Vandaar dat wij hier zeven belangrijke principes die aan dit referentiekader ten grondslag liggen nader toelichten. Deze principes onderstrepen de noodzaak om meer nadruk te leggen op duurzaam beleid, op een creatieve invulling van de praktijk en van een naar inhoud en methode gevarieerd onderzoek.

1. Participatie hoeksteen

Gezondheidsbevordering legt grote nadruk op participatie. Vaak wordt dat vooral gezien als een manier om voorlichtingsresultaten te verbeteren. Men volstaat dan meestal met het opnemen van iemand uit de doelgroep in de projectgroep of met een enkel focusgesprek vooraf.

Gezondheidsbevordering wil verder gaan: het wil mensen uitnodigen meer greep te krijgen en te nemen op gezondheid en dat samen te doen. Daar zijn twee redenen voor: op de eerste plaats zijn sociale cohesie en steun (aspecten van sociaal kapitaal) op zich al een voorwaarde voor gezondheid. Op de tweede plaats brengt het zo burgers, professionals en politici samen om de tafel en doorbreekt het gebruikelijke schotten tussen sectoren en lagen. Dat op zich maakt de kans op ongeïnteresseerdheid, op tegenwerking en blokkades kleiner.

Participatie ontwikkelen is een traag en nauwkeurig proces. Net als bij iedere relatie gaat het om menselijke chemie, soms klikt het, soms knapt het. De kwaliteit van de relaties in het netwerk en de aard van het leiderschap zijn cruciaal. Geduld en vriendelijkheid zijn dan ook belangrijke competenties in het team, want timing en tempo heb je bij relatie-ontwikkeling niet helemaal in eigen hand.

2. Integrale Gezondheid

In het referentiekader zijn een betere kwaliteit van leven en gelijke kansen op gezondheid de einddoelen. Gezondheid is in somatisch, psychisch en sociaal perspectief beschreven.

Nu zouden we het spiritueel perspectief er ook nog aan kunnen toevoegen.

Er is relatief veel aandacht voor de somatische gezondheid en ook met interventies hierop is de meeste ervaring opgedaan. Al te vaak zijn daarbij monocausale, mechanische verbanden het vertrekpunt.

De gezondheidsbelofte alleen legt het gemakkelijk af tegen alternatieven die gemak, gezelligheid en (kortstondig) geluk voorspiegelen. Als die concurrerende waarden niet meegewogen worden bij het uitnodigen van mensen om mee te doen voor een betere gezondheid, dan is de kans op slagen klein. Dat geldt zowel voor het publiek als voor professionals en politici. Die waarden komen beter aan bod als van een integraal gezondheidsbegrip uitgegaan wordt: dan komen ook bij somatische onderwerpen angst en hoop aan de orde. Dan wordt duidelijk, dat ziekte ook als toeval of straf ervaren kan worden en dat zelfzorg en mantelzorg niet los van andere relatiepatronen te begrijpen zijn. Gezondheid heeft alles te maken met beleving en zingeving in een sociale context en vraagt daarom om een integraal perspectief.

3. Equity check noodzaak

Een van de sleutelbegrippen die in gezondheidsbevordering centraal staat is Equity: gelijke kansen op gezondheid. De inzichten in sociaal-economische gezondheidsverschillen worden steeds duidelijker: het is een hardnekkig probleemgebied, doordat het verweven is met zoveel andere achterstanden. Daarom geven we vermijdbare ongelijkheden in gezondheid een eigen plaats.

Vaak wordt in beleidsstukken aan dit begrip wel recht gedaan, maar is de doorwerking in de interventieopzet onvoldoende.

In het referentiekader is naast Equity het doel Health Literacy (Gezondheidsvaardigheden) bewust opgenomen om ons erop te attenderen dat de competenties om met gezondheidsinformatie en –kansen om te gaan niet voor iedereen gelijk zijn.

Wie dit thema Equity niet expliciet aandacht geeft, loopt het risico dat de voorgestelde interventies naar inhoud en vorm vooral bruikbaar en toegankelijk zijn voor de mensen met hogere opleiding en een beter inkomen. Dan draagt het werk ongewild bij aan ongelijke kansen. Daarom is bij alle interventies van belang na te gaan voor wie de gekozen informatie naar inhoud en vorm wèl en voor wie die niet toegankelijk, begrijpelijk en bruikbaar zijn.

4. Determinanten belemmeren of bevorderen

De determinantenanalyse is een ondergewaardeerd deel van gezondheidsbevordering. Men let met name op leefstijlfactoren en daarbij dan vooral op de belemmerende factoren. Daarom gaan kansen om gezellige, gemakkelijke en steunende alternatieven te identificeren vaak verloren. Een betere (SWOT) analyse zorgt voor een adequate strategiekeuze en biedt dus meer kans op succes.

Dat is ook de reden dat we steeds pleiten voor een langdurig werken met een mix van interventies, om zo het complex van determinanten op verschillende punten tegelijk aan te pakken. Het wegen van determinanten tegen elkaar vraagt om verder onderzoek; een nadere analyse van het krachtenveld is nodig om een verantwoorde interventiemix samen te stellen. De keuze voor een enkelvoudige interventie op een determinant en die dan ook nog eens korte tijd volhouden is vragen om ineffectiviteit en is dus een verspilling van geld. Dat hebben we nodig voor onze strijd met de minister.

5. Capacity building

Na de analyse van gezondheidssituatie en bevorderende en belemmerende determinanten valt de keuze op een mix aan interventies die ieder op zich en in combinatie goed georganiseerd moeten worden. In het referentiekader worden de directe interventieresultaten die zullen doorwerken op de determinanten apart genoemd. Het blijkt echter wenselijk te zijn om drie

resultaattypen te onderscheiden en om daarbinnen indicatoren verder uit te werken. Zo is een realistische assessment van voortgang en perspectief te maken.

Op de eerste plaats zal het succes van de organisatie-inspanningen apart gewaardeerd moeten worden: organisatie-uitkomsten geven aan hoe geslaagd het voorwerk is. Dat voorwerk is overigens wel noodzakelijk, maar niet voldoende om de interventiemix uit te rollen.

Op de tweede plaats zullen bij de interventie-uitkomsten ook zaken als bereik, tevredenheid en betrokkenheid uitgewerkt moeten worden.

Ook hebben interventies een effect op sociaal draagvlak en dus op de waardering bij publiek, professionals, onderzoekers en beleidmakers. Goodwill kan omgezet worden in extra organisatiekracht.

Die capacity building is voor de lange termijn en grotere schaal van interventies cruciaal: het garandeert een duurzaam beleid. Op de derde plaats hebben interventies, via de interventie-uitkomsten invloed op de (belemmerende en bevorderende) determinanten en geven daarmee perspectief op gezondheidsuitkomsten.

6. Projecten als bouwstenen

De nadruk op stuurbaarheid en afrekenbaarheid heeft bijgedragen aan het werken met kortlopende projecten. De dwangmatigheid waarmee dit gebeurt wordt wel als "projectisme" aangeduid.

Projecten zijn voor gezondheidsbevordering een goede vorm als ze gezien worden als een tijdelijke concentratie van inzet, waarbij niet alleen de basis voor gelijke kansen op gezondheid wordt gelegd, maar vooral ook de capaciteit voor een grotere, betere, langduriger interventiestrategie wordt gemobiliseerd.

Projecten zijn zo een goede arena voor betrokkenen om samen te werken en te leren: dat op zich is een vorm van gezond sociaal kapitaal.

Onze benadering geeft projecten een dubbel doel: in de richting van gezondheid, maar ook in de richting van de actoren, die over tijd en geld beslissen en dus de organisatiekracht kunnen vergroten. Daarom is de terugkoppeling tijdens het project van groot belang: door PR vergroot men de goodwill, die de basis is voor de volgende fase.

Bij de beoordeling van projecten is dus een dubbele boekhouding noodzakelijk: welke effecten op de ambitie en welke effecten op de capaciteit. Bovendien verandert deze benadering het tijdspectief van wat er IN een project gebeurt naar wat er NA het project kan gebeuren.

7. Complexiteit als uitdaging

Met het referentiekader vragen we respect voor de complexiteit van het werk. Gelijke kansen op integrale gezondheid is een nieuwe ambitie. Het werken met determinanten als bevorderend en belemmerend is ongewoon. Het pleidooi om te werken met een interventiemix op micro-, meso- en macroniveau rekening houdend met de vigerende context is nieuw en vraagt veel van organiseren en sturen. Bovendien leggen we nadruk op duurzaamheid, lange termijn perspectief en dus op capacity building.

Met deze beschrijvingen willen we recht doen aan de veelheid van dwarsverbanden en circulaire relaties in het model. Een dergelijke complexe voorstelling vindt veelal wel (h)erkenning, maar begrijpelijk is de behoefte bij alle betrokkenen om op deze wereldkaart wat eenvoudiger wegen uit te zetten.

Er is weinig onderzoek naar deze complexe puzzel in zijn geheel gedaan: delen van het model worden buiten haakjes gezet om in te zoomen.

Wij pleiten ervoor om gezondheidsbevordering meer als lerende organisatie te benaderen: het werk vraagt om een stijl van aanpak en onderzoek die met een variatie aan methoden de waaier van factoren en actoren recht doet. Meer zicht en greep op de complexiteit is nodig, om zo keuzes te verantwoorden en te komen tot realistische inschattingen van de te verwachten resultaten en zeker te zijn van de benodigde groei in capaciteit. Om een gemakkelijke weg aan te geven moet eerst het hele terrein goed verkend zijn.

7 Deelrapporten

Lijst met deelrapporten behorende bij de Pilot Referentiekader Gezondheidsbevordering:

- 1: Eindrapport Pilot Referentiekader Gezondheidsbevordering.
- 2: Handleiding Audit Referentiekader Gezondheidsbevordering.
- 3: “Beleid en strategie” in relatie tot Gezondheidsbevordering - een nadere uitwerking. Een checklist voor de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid.
- 4: De rol van leiderschap binnen gezondheidsbevordering. Een nadere onderbouwing en uitwerking.
- 5: Empowerment in het Referentiekader Gezondheidsbevordering. Een uitwerking van het begrip empowerment in relatie tot health literacy, in het kader van het pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering.
- 6: Organisatie & Netwerk; organisatieontwikkeling in gezondheidsbevordering.
- 7: Sociaal draagvlak, verslag van de uitwerking van ‘sociaal draagvlak’ voor het pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering.
- 8: Onderzoek naar indicatorontwikkeling voor gezondheidsbevordering.
- 9: Financieel verslag Pilot Referentiekader Gezondheidsbevordering.