

Gezond effect bevorderen

Gezond effect bevorderen

Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering

Hans Saan
Willy de Haes

*Not everything that can be counted counts,
and not everything that counts can be counted.*

Albert Einstein



Overzicht van de inhoud

Samenvatting

Hoofdstuk 1 Inleiding	23
1.1. De aanleiding	
1.2. De spelers in het veld	
1.3. Opbouw en strekking van het boek	
1.4. Eerder wegwijzer dan handboek	
Hoofdstuk 2: Het Referentiekader	35
2.1. Gezondheidsbevordering, definitie en principes	
2.2. De noodzaak van een referentiekader	
2.3. Wat is een referentiekader?	
2.4. Kaders in soorten	
2.5. Het referentiekader in hoofdlijnen	
<i>Samenvatting en conclusies hoofdstuk 2</i>	57
Hoofdstuk 3: Processen	59
3.1. Maatschappelijke context	
3.2. Organiseren	
<i>Samenvatting en conclusies over de zone 'organiseren'</i>	83
3.3. Interventies	
<i>Samenvatting en conclusies over de zone 'interventies'</i>	107
Hoofdstuk 4: Resultaten	109
4.1. Interventie uitkomsten	
4.2. Determinanten	
4.3. Gezondheid	
4.4. Gebruik van het resultatenveld	
<i>Samenvatting en conclusies over de zone 'resultaten'</i>	148
4.5. Feedback	

Hoofdstuk 5: Het Referentiekader Gezondheidsbevordering ter discussie ...	153
5.1 Voortborduren op het <i>Referentiekader</i>	
5.2 In gesprek met de gebruikers: reacties op het <i>Referentiekader</i>	
5.3 Het <i>Referentiekader</i> en andere modellen	
5.4 Conclusie: Iedere kaart heeft een doel	
<i>Samenvatting en conclusies over het gebruik van het referentiekader ..</i>	161
Hoofdstuk 6: Passend Onderzoek	165
6.1. Onderzoek en gezondheidsbevordering	
6.2. Accentverschuivingen in de onderzoeksagenda	
6.3 Gevolgen voor de drie sectoren	
<i>Samenvatting en conclusies over Passend Onderzoek</i>	208
Hoofdstuk 7: De Kenniscyclus	211
7.1 Kennis maken gaat niet vanzelf, dat moet worden gestuurd	
7.2 Kennis als circulair proces	
7.3 Versterking van de kenniscirkel	
<i>Samenvatting en conclusies over de kenniscyclus</i>	240
Hoofdstuk 8: De Aanbevelingen	243
8.1 Het <i>Referentiekader</i> heeft een meerjarenplan nodig	
8.2 Regionale Consortia als lokale kennismachines	
8.3 Afstemming in de nationale ondersteuning	
8.4 Een ' <i>Raad van Toezicht</i> ' als 'borg' voor de kenniscirkel	
8.5 Vier uitdagingen voor verder onderzoek	
8.6 Triangulatie van aanbevelingen	
8.7 Gezond effect bevorderen	
Bijlagen	267

Inhoudsopgave

Voorwoord	15
Dankwoord	17
Samenvatting	19
Hoofdstuk 1: Inleiding	23
1.1 De aanleiding	23
1.2 De spelers in het veld	24
1.2.1. De praktijk van gezondheidsbevordering naar een volgende fase	26
1.2.2. Beleidsmakers vragen om evidence, om transparantie en kwaliteit	27
1.2.3. De wetenschappelijke onderbouwing groeit	27
1.2.4. De internationale context	30
1.3 Opbouw en strekking van het boek	31
1.4 Eerder wegwijzer dan handboek	32
Hoofdstuk 2: Het referentiekader	35
2.1. Gezondheidsbevordering, definitie en principes	35
2.1.1 Gezondheidsbevordering, een integrerend concept	35
2.1.2 Kenmerken van gezondheidsbevordering	37
<i>a. Gezondheidsbevordering in coproductie</i>	38
<i>b. Communicatie is relatie</i>	39
<i>c. Gezondheidsbevordering is complex</i>	41
<i>d. Continuïteit</i>	44
2.2. De noodzaak van een referentiekader	46
2.2.1 Veelvormigheid in praktijk, onderzoek en beleid	46
2.2.2 Samenhang als synergie	49
2.2.3 Een pleidooi voor eenheid	50
2.3. Wat is een referentiekader?	51
2.4. Kaders in soorten	53
2.5. Het referentiekader in hoofdlijnen	54
Samenvatting en conclusies hoofdstuk 2	57

Hoofdstuk 3: Processen	54
3.1. Maatschappelijke context	60
<i>Onderzoek naar de Context</i>	62
3.2. Organiseren	63
3.2.1 Beleid en strategie	64
<i>Onderzoek en beleid</i>	65
3.2.2 Menskracht en deskundigheid	67
<i>Onderzoek naar 'menskracht en deskundigheid'</i>	67
3.2.3 Methoden en materialen	69
<i>Onderzoek van methoden en materialen</i>	69
3.2.4 Investing en goodwill	70
<i>Onderzoek naar investeren en goodwill</i>	71
3.2.5 Kennis	72
<i>Onderzoek naar kennis</i>	73
3.2.6 Organisatie en netwerk	73
<i>Onderzoek naar organisatie en netwerken</i>	74
3.2.7 Leiderschap	75
<i>Onderzoek naar leiderschap</i>	76
3.2.8 Het gebruik van het referentiekader: de capaciteitscheck	78
<i>Nationale capacity check</i>	80
<i>Lokale capacity check</i>	81
Samenvatting en conclusies over de zone 'organiseren'	83
3.3 Interventies	84
3.3.1 Informatie, voorlichting en educatie	85
<i>De rol van onderzoek bij informatie, voorlichting en educatie</i>	87
<i>Wat wanneer onderzoeken?</i>	88
3.3.2 Community- en/of settingsontwikkeling	90
<i>Van inspraak naar sociale actie</i>	90
<i>De rol van onderzoek bij community- en settingsinterventies</i>	94
3.3.3 Organisatieontwikkeling	97
<i>De rol van onderzoek bij organisatieontwikkeling.</i>	97
3.3.4 Pleitbezorging, beleidsontwikkeling	98
<i>De rol van onderzoek bij pleitbezorging en beleidsontwikkeling</i>	100
3.3.5 Intersectorale actie	101
<i>De rol van onderzoek bij intersectorale actie</i>	101
3.3.6 Het gebruik van de zone 'interventies'	102
Samenvatting en conclusies over de zone 'interventies'	107

Hoofdstuk 4: Resultaten	109
4.1. Interventieuitkomsten	110
4.1.1 Gezondheidsvaardigheid (health literacy) als resultaat	111
<i>Onderzoek naar gezondheidsvaardigheid/health literacy als resultaat</i>	112
4.1.2 Sociaal draagvlak	112
<i>Het meten van sociaal draagvlak</i>	113
4.1.3 Beleid: wetten, regels, financiering	115
<i>Onderzoek naar beleidsfactoren</i>	116
4.2. Determinanten	117
4.2.1. Humane biologie: erfelijkheid en vitaliteit	119
4.2.2 Leefstijl	120
<i>Empowerment</i>	121
<i>Onderzoek naar leefstijl</i>	124
4.2.3 Sociale cohesie (social capital)	126
<i>Onderzoek naar sociale cohesie, sociaal kapitaal</i>	127
4.2.4. Voorzieningen	130
<i>Onderzoek naar voorzieningen</i>	130
4.2.5 Omgeving en milieu	131
<i>Onderzoek naar omgeving en milieu</i>	131
4.3. Gezondheid	133
4.3.1. Gezondheidsopvattingen	133
<i>De gevolgen van gezondheid</i>	138
4.3.2 Kwaliteit van leven	139
<i>Onderzoek naar de kwaliteit van leven</i>	140
4.3.3 Gelijke kansen ('equity')	140
<i>Onderzoek naar gelijke kansen</i>	141
4.4. Gebruik van het resultatenveld	143
4.4.1 Praktijk	143
4.4.2 Onderzoek	146
4.4.3 Beleid	146
Samenvatting en conclusies over de zone 'resultaten'	148
4.5. Feedback	150
Hoofdstuk 5: Het Referentiekader Gezondheidsbevordering ter discussie	153
5.1 Voortborduren op het <i>Referentiekader</i>	154
5.2 In gesprek met de gebruikers: reacties op het <i>Referentiekader</i>	156
5.3 Het <i>Referentiekader</i> en andere modellen	158
5.4 Iedere kaart heeft een doel	160
Samenvatting en conclusies over het gebruik van het Referentiekader	161

Hoofdstuk 6: Passend onderzoek	165
6.1. Onderzoek en gezondheidsbevordering	166
6.1.1 Onderzoek en onderzoek	167
<i>Toenemende vraag naar 'evidence'</i>	168
<i>Van eenzijdigheid naar veelzijdigheid</i>	170
6.1.2 Kennisbehoefte	171
<i>Het Referentiekader als bron van onderzoek</i>	172
<i>De kenmerken van gezondheidsbevordering als bron van onderzoek</i>	173
<i>De bruikbaarheid voor praktijk en beleid als bron van onderzoek</i>	173
<i>Dialogoog</i>	175
6.2. Accentverschuivingen in de onderzoeksagenda	175
6.2.1 Onderzoek passend bij de fase van werkontwikkeling	177
6.2.2 Verschuivingen in de onderzoeksopzet	181
<i>Kwalitatief en kwantitatief</i>	181
<i>Beyond RCT</i>	185
<i>De RCT: kenmerken en bezwaren</i>	185
<i>Voor- en tegenstanders</i>	188
<i>Naar de RCT-plus</i>	190
<i>Het KAN werken, mits...</i>	191
<i>Triangulatie</i>	192
<i>Het wegen van de resultaten</i>	194
6.3 Gevolgen voor de drie sectoren	196
6.3.1 Onderzoekers	196
<i>Participatief onderzoek</i>	197
6.3.2 Praktijkwerkers	202
6.3.3 Beleidsmakers	203
6.3.4 Van partijen naar partners	204
Samenvatting en conclusies over passend onderzoek	208
Hoofdstuk 7: De kenniscyclus	211
7.1 Kennis maken gaat niet vanzelf, dat moet worden gestuurd	211
7.1.1 De noodzaak van kennismanagement	211
7.1.2 Varianten in implementeren	212
7.1.3 Kennismanagement	214
7.1.4 Kennis en gezondheidsbevordering	216
7.2 Kennis als circulair proces	217
7.2.1 Kennis ontwikkelen	219
7.2.2 Kennis delen	220

7.2.3	Kennis wegen	223
	<i>De organisatie van het reviewproces</i>	227
7.2.4	Kennis gebruiken	228
7.2.5	Tegen de stroom in	230
7.3	Versterking van de kenniscirkel	232
7.3.1	Lokaal gebruik van de kenniscirkel	232
7.3.2	Nationaal gebruik van de kenniscirkel	234
	<i>Beter 'kennis ontwikkelen'</i>	235
	<i>Beter 'kennis delen'</i>	236
	<i>Beter 'kennis wegen'</i>	238
	<i>Beter 'kennis gebruiken'</i>	239
	Samenvatting en conclusies over de kenniscyclus	240
	Hoofdstuk 8: De aanbevelingen	243
8.1	Het Referentiekader heeft een meerjarenplan nodig	244
8.2	Regionale consortia als lokale kennismachines	245
	<i>De consortiumformule</i>	246
8.3.	Afstemming in de nationale ondersteuning	248
8.4	Een 'Raad van Toezicht' als 'borg' voor de kenniscirkel	252
8.5	Vier uitdagingen voor verder onderzoek	253
	8.5.1 Beleid	253
	8.5.2 Geld	254
	8.5.3 Tijd	256
	8.5.4 Complexiteit en ecologie	257
8.6	Triangulatie van aanbevelingen	259
8.7	Gezond effect bevorderen	264
	Bijlagen	
I	Waar te beginnen?	267
II	Literatuur	269
III	Afkortingen en websites	295
IV	Reviewstudies van het NIGZ	298
V	Terugblik op de conferenties	300

Voorwoord

In 2003 en 2004 organiseerden wij onder de noemer 'New Health Promotion' vier conferenties over het ontwikkelen, delen en gebruiken van kennis voor gezondheidsbevordering. Dit boek geeft een systematisch overzicht van alles wat op die conferenties aan de orde kwam. Dat doen we niet alleen voor de mensen die niet in de gelegenheid waren om de conferenties bij te wonen. We doen het ook voor de mensen die er wel voortdurend bij waren. Dit boek is namelijk meer dan enkel een verslag van lezingen en discussies. We plaatsen de inhoudelijke overwegingen en argumentatie in een samenhangende volgorde en geven daarbij een uitgebreide toelichting. In plaats van een chronologisch verslag, krijgt u een boek met een coherente weergave van de stand van zaken van het denken en handelen op het gebied van effectieve gezondheidsbevordering.

Het boek maakt de lezer vertrouwd met de gezichtspunten die op de congressen naar voren zijn gekomen. Het eindigt met conclusies en aanbevelingen die van belang zijn voor de kennis- en kwaliteitsontwikkeling van gezondheidsbevordering in Nederland. We willen met dit boek de lezer vooral een bron van inspiratie bieden. Daarom laten we zien hoe beleid, onderzoek en de praktijk kan werken met de inzichten uit het boek en geven we tal van bronnen en publicaties voor verdere studie.

De wereldconferentie van de International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) in april 2004 in Melbourne, maakte ons duidelijk dat de conclusies en aanbevelingen van de conferenties niet op zichzelf staan. Vrijwel naadloos sluiten zij aan bij soortgelijke initiatieven in de Verenigde Staten, Canada, het Verenigd Koninkrijk en Australië. Dat maakt de inzichten in dit boek ook in internationaal opzicht actueel.

Wij vertrouwen erop dat de lezer door dit boek een beter beeld krijgt van de mogelijkheden om gezondheidsbevordering kwalitatief verantwoord uit te voeren en van de rol die adequaat onderzoek daarbij kan en moet spelen. Samen, en dan bedoelen we met praktijkwerkers, beleidsmakers en onderzoekers, kunnen we zorgen voor een effectieve gezondheidsbevordering.

Hans Saan en Willy de Haes
Woerden en Rotterdam
Maart 2005

Dankwoord

De mogelijkheid om in twee jaar tijd met vier conferenties een kennistransfer te organiseren, was mogelijk dankzij ruimhartige financiering door ZonMw, met de volledige instemming van VWS. Ook het tot stand komen en de verspreiding van dit boek is mogelijk door steun van ZonMw. Daarom bedanken wij in de eerste plaats met name Adam de Jong, Loes Singels, Henk Smid, Resi Kuppens, Ellen van Steekelenburg en Willem de Regt voor hun collegiale ondersteuning van onze plannen.

De conferenties organiseerden wij in dialoog met een begeleidingscommissie die ons veel steun en goede raad heeft gegeven. Ook werkten enkele leden van de begeleidingscommissie mee aan de uitvoering van de conferenties door als presentator, voorzitter of discussieleider een rol te vervullen. De commissie werd voorgezeten door Henk Garretsen (UvT), en bestond verder uit: Willem van Mechelen (VUmc), Karien Stronks (UvA), Gerjo Kok en Nanne de Vries (UM), Johan Mackenbach (ErasmusMC), Maria Koelen (WU), Petrien Uniken Venema en Anja Koornstra (GGD.NL), Hans van Oers (RIVM), Erik Ruland (Hartslag Limburg), Jacomine Ravensbergen en Willem de Regt (ZonMw), Adam de Jong (VWS), Joop ten Dam en Jolanda Keijsers (NIGZ). Wij zijn hen zeer erkentelijk voor hun bijdragen en inspanningen gedurende het hele proces.

Voor de conferenties stelden wij vijf readers met relevante literatuur samen en bij het tot stand komen van dit boek deden wij dat nog eens dunnetjes over. Veel steun bij het zoeken naar de beste literatuur kregen wij van Engeliën de Ruijter en Charles van Ditmars van de bibliotheek van de GGD Rotterdam e.o. De verslagen van de conferenties werden prima verzorgd door Annemarie Wagemakers, soms geholpen door een aantal Wageningse studenten. Zij legden de conferenties in grote lijnen op papier vast en hielden ons op de hoogte van alles wat er gezegd is in de subgroepen.

De conferentiedagen verliepen uitstekend doordat Willeke van Laar het geheel in goede banen leidde. De vormgeving van het logo en de brochures is van de hand van Linda Zoon. Het NIGZ zorgde voor de website, waarbij Lucy Fransen en Gerard van de Zanden onmisbaar waren.

De administratieve en praktische ondersteuning bij het organiseren van de vier conferenties leverde Marianne ter Haar, secretaresse bij het staffbureau van de GGD Rotterdam e.o. Ook bij het voorbereiden van het boek was haar steun onmisbaar.

Nuttig commentaar op eerdere versies van dit boek kwam van Henk Garretsen, Hans van Oers, Karien Stronks, Erik Ruland, Willem de Regt, Henriëtte Kok, Christine Hekkink, Jan Bouwens en Vivian Bos. Veel dank aan de redacteur Marcel Senten en aan John Luteijs, de NIGZ-uitgever, die beiden in staat bleken

om in recordtempo onze tekst om te zetten in een boek. Dat geldt ook voor de door de uitgever ingeschakelde vakmensen Chris Canter en Nils Buis. Ten slotte danken wij de directeurs van de organisaties waar wij werkzaam zijn: Hans Krosse, directeur NIGZ en Marianne Donker, directeur GGD Rotterdam e.o. Zij stelden ons in staat om de conferenties en het boek tot stand te brengen.

Hans Saan en Willy de Haes



Samenvatting



1. Gezondheidsbevordering organiseert sociale veranderingen die leiden tot meer/betere gezondheid.
2. Gezondheidsbevordering gebruikt drie soorten interventies in combinatie: voorlichting, draagvlakvergroting en beleidsontwikkeling. Deze zijn gericht op individuen, groepen en de samenleving als geheel.
3. 'Evidence' is nodig om goed onderbouwd te kiezen, bij te sturen en om vast te stellen wat een redelijk resultaat is. Om die 'evidence' te gebruiken, om van elkaars lessen en inzichten gebruik te maken, is een 'Esperanto', een interface noodzaak. Het *Referentiekader gezondheidsbevordering* is daartoe opgesteld. Het vat gangbare inzichten van gezondheidsbevordering overzichtelijk samen.
4. In dat *Referentiekader* is te zien hoe het organiseren van interventies gebeurt binnen de maatschappelijke context. Resultaten van interventies werken door op determinanten van gezondheid en dat resulteert in meer gezondheid dan wel meer gelijke kansen op gezondheid. Rapportages van onderzoek en praktijk zorgen voor de feedback van kennis en inzicht; waardering vergroot draagvlak en duurzaamheid
5. Om goed te werken zijn drie soorten kennis nodig:
 - over het organiseren in verschillende maatschappelijke omgevingen;
 - over het plannen en uitvoeren van interventieprocessen;
 - over manieren om resultaten op korte en lange termijn vast te stellen.
6. Er ligt nu teveel nadruk op gezondheid als eindresultaat en op toetsend onderzoek, met de 'randomised controlled trial' als richtsnoer. Te weinig blijkt uit die onderzoeken wanneer, hoe en waarom iets wel of niet werkt.
7. Er is een goede traditie van onderzoek naar voorlichtingsinterventies, maar community- en politieke interventies zijn onderbelicht. In alle gevallen is de aandacht voor het onderzoek naar 'organiseren' en de rol van 'de context' onvoldoende.
8. Wij pleiten voor meer variatie in onderzoek, voor verschillende accenten in het onderzoek, afhankelijk van de ontwikkelfase van de interventies. Innovatie vraagt om exploratie, pas bij een uitgegroeide interventie met voldoende organisatiekracht en kritieke massa is een RCT-toets als eindexamen

(in combinatie met een omvangrijke procesevaluatie) op zijn plaats. Variatie in onderzoeksvormen vraagt om triangulatie om tot zinvolle conclusies te komen.

9. Het ontwikkelen, delen, wegen en gebruiken van dergelijke kennis gaat niet vanzelf. Dat moet worden georganiseerd en dat vraagt om kennismanagement. Lokaal kan dat via multidisciplinaire consortia, nationaal door samen regelmatig de voortgang van de kenniscyclus te auditen. Voorstellen daarvoor zijn aan VWS en ZonMw aangeboden en zullen worden gestart.

Wij werken verder aan consensus en aan een constructieve dialoog, want gezond effect kun je bevorderen.

Hoofdstuk 1 Inleiding

Over the last 10 years or so, there has been an ongoing debate within the health promotion field about the best way to evaluate health promotion in general. This debate has been more at the levels of epistemological (how science should be properly constructed) and methodological (how properly to design protocols and tools) concerns but, as we will see, it leads us to the same conclusionthe necessity to go beyond the current ways of doing things and to develop a new way of assessing effectiveness.

– *Marcia Hills*

1.1 De aanleiding

Gezondheidsbevordering heeft een vaste plaats in het gezondheidsbeleid verworven. Het is een professioneel werkveld, dan zich gesteund weet door een snel groeiende wetenschappelijke basis. Bovendien is de uitwisseling van inzichten en ervaringen internationaal, wat bijdraagt aan een snelle verbetering van de kwaliteit. Toch is gezondheidsbevordering een relatief jong vakgebied. Het gevolg is dat – ook al is er de afgelopen jaren veel bereikt – er vooral nog meer vragen zijn dan antwoorden. Iedereen die gericht de gezondheid van mensen wil bevorderen krijgt te maken met die vragen. Een aantal voorbeelden:

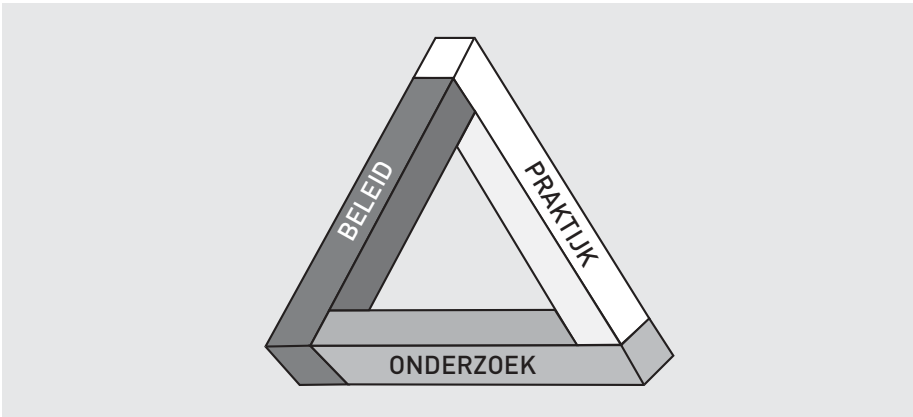
- Op welk aspect van gezondheid richten we ons?
- Wat is de betekenis van gezondheid in een sociaal-culturele context?
- Welke determinanten hebben we op het oog?
- Wat voor processen kunnen we starten?
- Wanneer en hoe moeten we dat aanpakken?
- Wie moeten we daarbij betrekken?
- Hoe gaan we om met culturele verschillen?
- Aan welke randvoorwaarden moet dan zijn voldaan?
- Wat gaat het kosten?
- Wat kunnen we doen om onze inspanning op langere termijn te laten doorwerken?
- Wat is effectief? Wat is kosteneffectief?
- Welke resultaten kunnen we redelijkerwijs op korte en lange termijn verwachten?
- Hoe krijgen wij deze interventie verankerd in het systeem, in de dagelijkse routine?

De nu beschikbare kennis en de kwaliteit van kennisgebruik in het vakgebied is nog onvoldoende om op al deze vragen definitieve antwoorden te kunnen geven. Ook van het beschikbare onderzoek zijn de resultaten niet altijd optimaal bruikbaar. En de verschillende spelers in het veld, beleid, praktijk en onderzoek, hebben elk een eigen invalshoek waartussen onvoldoende coherentie bestaat.

Uit bezorgdheid over die ontwikkelingen is het initiatief genomen tot vier conferenties en andere activiteiten waarop dit boek is gebaseerd. Het boek doet beargumenteerde voorstellen voor een integraal kennismanagement en voor het beter ontwikkelen en gebruiken van kennis via consensus over de basisbegrippen en over goede manieren om onderzoek te doen.

1.2 De spelers in het veld

Onderzoekers, praktijkwerkers en beleidsmakers werken allemaal vanuit een eigen traditie, met eigen werkmethoden en een eigen referentiekader. Een gemeenschappelijk belang hebben zij in hun streven naar een effectieve gezondheidsbevordering, maar dat wil niet zeggen dat zij geen eigen en soms tegenstrijdige belangen hebben. Juist omdat de koppeling tussen onderzoek, praktijk en beleid niet optimaal werkt, is het van belang om vanuit de drie verschillende invalshoeken te denken en te werken. Het symbool daarvan is een schijnbaar onmogelijke driehoek, wat de spanning tussen de verschillende invalshoeken goed weergeeft.



Onderstaand een korte beschrijving van 'de spelers in het veld'.

De **praktijk** omvat alle professionals die interventies ontwerpen en uitvoeren. Ze kunnen werken bij verschillende organisaties en leggen daardoor in hun

taalgebruik en aanpak wellicht eigen accenten. Toch werken gezondheidsbevorderaars, GVO'ers, preventiewerkers, patiëntenvoorlichters etc. allemaal vanuit vergelijkbare professionele uitgangspunten en principes.

Het **onderzoek** omvat alle onderzoekers aan universiteiten en andere nationale instellingen als TNO-Preventie en Gezondheid, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM), het NIGZ en lokale GGD'en. Ze hebben een opleiding als epidemioloog of als sociaal wetenschapper.

Het **beleid** omvat vier verschillende, soms overlappende clusters. *Inhoudelijk beleid* wordt gemaakt door overheid en instellingen op nationaal, regionaal en lokale schaal. Voor sommigen is gezondheidsbevordering een serie uitgangspunten van modern Public Health-beleid, voor anderen is het een preventief instrument net als screening, vaccinaties, gezondheidsbescherming en gezonde medicatie. Tussen beleidsmakers en managers is een accentverschil, waarbij de laatste groep bestaat uit de directies en hoofden van de praktijkwerkers. Ook al managen zij de praktijk, zij zijn ook onderdeel van het inhoudelijke beleidsterrein.

Onderzoeksbeleid wordt door de nationale overheid gemaakt, op advies van de Raad voor het Gezondheidsonderzoek (RGO) samen met ZonMw. Zij bepalen onderzoeksprioriteiten, de criteria voor financiering en stimuleren het gebruik van de resultaten. Dat sluit weer aan op het *Kennis- en Kwaliteitsbeleid* dat zich in de laatste twee decennia ontwikkelde tot een apart beleidsterrein. Dit derde type beleid richt zich vooral op enerzijds de ontwikkeling, uitwisseling en gebruik van wetenschappelijke en praktijkkennis, anderzijds wil het ertoe bijdragen dat de beschikbare middelen zo effectief en doelmatig mogelijk worden aangewend.

Tenslotte kan men ook nog spreken van VoorwaardenScheppend beleid, dat voor de drie hierboven genoemde beleidsterreinen de structurele en financiële voorwaarden schept en in stand houdt.

Ook op lokaal niveau wordt beleid gemaakt. Gemeenten, en met name grote gemeenten, en hun GGD'en willen graag zelf kennis opbouwen over de public health problemen in hun gebied en trekken middelen uit om diverse soorten onderzoek te financieren die aansluiten bij hun beleidsvragen. Het lokale niveau is daarmee een belangrijke financier van onderzoek. Naast de overheden zijn op het beleidsterrein nog aparte rollen weggelegd voor inspecties, voor beroepsverenigingen en voor landelijke ondersteunende instituten en koepels. De ontwikkelingen in ieder van de drie invalshoeken vormen de aanleiding tot de conferenties en dit boek; daarom zullen ze nu de revue passeren. De internationale ontwikkelingen in het vakgebied waren zowel aanleiding als steun.

1.2.1. De praktijk van gezondheidsbevordering naar een volgende fase

In 1962 is het begrip 'health education' officieel vertaald in 'gezondheidsvoorlichting en -opvoeding', afgekort tot GVO (Doeleman 1962). Soortgelijke werkzaamheden in andere sectoren duiden we in Nederland aan als (GGZ-)preventie en patiëntenvoorlichting. Voorlichting richt zich vooral op het individu. Uit ervaring en onderzoek bleek, dat voorlichting pas goed werkt in een omgeving waar sociale steun en de juiste keuzemogelijkheden beschikbaar zijn. Daarom is in een internationale conferentie het 'Ottawa Charter 1986' opgesteld, waarin het begrip 'health education' verruimd werd tot 'health promotion', vertaald met het begrip 'gezondheidsbevordering'. Gestimuleerd door de WHO werd gezondheidsbevordering een erkende invalshoek binnen de Public Health. Veel instellingen, organisaties en overheden doen aan gezondheidsbevordering, al dan niet onder verschillende namen en omschreven met een variatie aan termen en begrippen.

De huidige praktijk van de gezondheidsbevordering in Nederland is als volgt te typeren:

1. Nog steeds speelt voorlichting en educatie een belangrijke rol. Geleidelijk wordt een accentverschuiving naar een grotere variatie aan interventies zichtbaar. Zowel lichamelijke als geestelijke gezondheid krijgt aandacht.
2. Er is een omvangrijke professionele beroepsgroep van rond de 1500 werkers, die nog steeds groeiende is (Albada 2003, Molleman e.a. 2004).
3. Gezondheidsbevordering heeft een erkende plaats in het gezondheidsbeleid (nota *Langer gezond leven*, VWS 2003), in beleidsonderbouwende informatie (Volksgezondheidstoekomstverkenningen, brancherapporten, met ingang van 2006 de Zorgbalans) en in rapportages van de Inspectie (2000).
4. De onderzoeksprogrammering door ZonMw kreeg voor gezondheidsbevordering een eigen programma: *Gezond Leven*.
5. Via vaktijdschriften (*TSG, Gedrag en Gezondheid, G*), deskundigheidsbevordering (NSPOH, NIGZ, universiteiten) en regelmatige congressen (NIGZ, NCV, ZonMw) vindt een intensieve uitwisseling van ervaringen en inzichten plaats.
6. Er zijn beroepsverenigingen: de Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering (NVPG) en de Vereniging van Patiëntenvoorlichters (VPV).
7. Er is goed contact met internationale collega's waarin Nederland gegroeid is van leerling tot volwassen gesprekspartner (via IUHPE, EUPHA, WHO).
8. De interesse voor de kwaliteit van het werk neemt toe, gestimuleerd door de beroepsverenigingen (registratie en accreditatie) en onder druk van de kwaliteitsregels van de overheid.

Kortom, de praktijk van de gezondheidsbevordering is een erkende zelfstandige discipline en een professionele activiteit, met een diversiteit aan activiteiten, actoren en structuren. Toch is de kwaliteit ervan zeker nog niet optimaal. De praktijk is te versnipperd in de manier van werken en de kennisopbouw is nog beperkt. Voor een beter gebruik van kennis en voor het genereren van nieuwe kennis als onderdeel van een breed kwaliteitsbeleid zijn de voorwaarden wel aanwezig, maar ze worden nog niet optimaal benut. In dit boek staan suggesties om dit te verbeteren.

1.2.2. Beleidsmakers vragen om evidence, om transparantie en kwaliteit

Beleidsmakers hebben belang bij een discussie over de onderbouwing van gezondheidsbevordering. Op de eerste plaats bestaat er in de hele samenleving bezorgdheid over mogelijk misbruik van publieke gelden, zodat een tendens naar transparantie en het afleggen van verantwoording merkbaar is. Meer nog dan de angst voor misbruik wil de overheid zien waar het publieke geld voor gebruikt wordt en waar dat toe leidt. Oftewel: de samenleving wil waar voor haar geld en anders droogt de financieringsstroom op. Geen wonder dat de rijks- en lokale overheid zichzelf, maar zeker ook de gesubsidieerde sector strenger afrekenen op plannen en resultaten. Het adagium 'Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording (VBTB)' is steeds meer een strak gehanteerd principe. Dit geldt ook op het lokale gemeentelijke niveau. In de beleidscyclus is het 'afrekenen' gebruikelijk geworden. Alle afspraken over uit te voeren jaarplannen worden puntsgewijs getoetst: is alles volgens afspraak uitgevoerd en zijn de gestelde doelen gehaald? Een complicerende factor is dat terwijl de roep om transparantie, kwaliteit en evidence al vertaald is in de beleidscyclus, de relevante indicatoren en normen voor succes nog volop in ontwikkeling zijn. De kwaliteit van professioneel werk is gebaat bij een beter zicht op voorwaarden, processen en uitkomsten. Vandaar de brede belangstelling voor zaken als effectiviteit, evidence en werken met standaarden en protocollen. Zowel beleidsmakers als professionals ondersteunen deze ontwikkeling. Dat maakt bundeling van krachten mogelijk en wenselijk.

1.2.3. De wetenschappelijke onderbouwing groeit

Een professie onderwerpt haar uitgangspunten en kennis voortdurend aan een kritisch onderzoek. Gezondheidsbevordering ligt op het raakvlak van gezondheids- en sociale wetenschappen. Het bouwt daarom voort op onderzoek uit

verschillende disciplines. In Nederland groeide de afgelopen jaren het epidemiologisch en gedragsonderzoek naar gezondheid in sterke mate. Vanuit speciaal in gezondheidsbevordering geïnteresseerde vakgroepen kwam een stroom van theorievorming en onderzoek op gang, dat voor de uitbouw van het vak en de kritische reflectie van groot belang was.

Nederland heeft al vrij vroeg het initiatief genomen in het debat over effectiviteit. De commissie Nationaal Plan GVO (1976-1978) gaf opdracht een overzicht te maken van wat er toen bekend was over de effectiviteit van GVO (De Haes, 1978). Tien jaar later verscheen een uitgebreider overzicht: *Effectiviteit van GVO* (Jonkers, e.a. 1988).

Onderzoek is het middel om inzicht te krijgen in de interventieprocessen en vast te stellen wat in het huidige activiteitenpakket werkt en wat niet. Dat is vervolgens een belangrijke impuls voor innovatie: nieuwe modellen ter verklaring en planning, nieuwe methodieken en technieken en nieuwe wijzen van organiseren lenen zich allemaal voor kritisch onderzoek. Onderzoek draagt zo bij aan de wens van beleidsmakers om meer 'evidence-based' te werken.

In Nederland heeft de programmatische opzet van ZonMw sinds 1996 een belangrijke impuls gegeven aan de kwaliteit van onderzoek. Later bleek dat er in het programma *Preventie* onvoldoende mogelijkheden waren voor het honoreren van vernieuwende programma's van gezondheidsbevordering. Daarop werd het programma *Gezond Leven* gestart.

Juist op het terrein van de wetenschappelijke onderbouwing van gezondheidsbevordering komt de 'onmogelijke driehoek' van beleid, praktijk en onderzoek tot uitdrukking. Het beleid vraagt om evidence, het onderzoek gebruikt hiervoor bekende en gerenommeerde onderzoeksmethoden, maar de complexe en beweeglijke praktijk laat zich niet of nauwelijks in die methoden wringen. Het streven is naar 'science-based practice' in combinatie met 'practice-based science'.

Randomised controlled trial

Het onderbouwen van evidence gebeurt door het combineren van goed onderzoek. Een belangrijk voorbeeld daarvoor is de Cochrane Collaboration, die in de medische wereld toonaangevend is (<http://www.cochrane.org/index0.htm>). Om in aanmerking te komen voor gebruik in een dergelijke overzichtsstudie worden aan het onderzoek strenge eisen gesteld, samengevat in het begrip randomised controlled trial (RCT). Die opzet van onderzoek geldt als de meest betrouwbare methode om effectiviteit eenduidig vast te stellen. In de geneeskunde heeft het vooral bij medicijnenonderzoek een belangrijke rol, waar het tijdig uitsluiten van risico's en het zeker stellen van de genezing van belang zijn. Het wordt ook toegepast op andere, meer complexe interventies, zoals het inrichten van een organisatie, het implementeren van richtlijnen bij professionals

en het wijkgericht werken aan gezondheid. Ook in het onderwijs, het maatschappelijk werk en de criminologie bestaat een rijke traditie aan werken met RCT's. De status van de RCT is hoog: er zijn tijdschriften die zich met name op dat segment van onderzoek concentreren. Het geldt als teken van academische excellence om dergelijk onderzoek goed uit te voeren.

De discussie over de wetenschappelijke onderbouwing van gezondheidsbevordering spitst zich toe op het gebruik van de RCT's. Juist bij complexe interventies is het moeilijk om goed aan alle eisen van controle en randomisatie te voldoen. Voormeting, nameting en een controlegroep vergen een statische omgeving die strijdig is met de werkelijkheid van gezondheidsbevordering. Die vindt altijd plaats in een zich veranderende maatschappelijke omgeving. In dit boek zal daarom gepleit worden voor een combinatie met andere onderzoeksvormen. Praktijkwerkers bekritisieren de wetenschappelijke voorkeur voor RCT's omdat in hun ogen vooral eenvoudige interventies in strenge designs worden bestudeerd en dat beter uitgewerkte bredere interventies in het onderzoek onvoldoende aan bod komen, omdat ze voor een RCT te complex zijn. Met de uitkomsten uit de eerste reviews kon de praktijk dan ook maar beperkt uit de voeten.

Discussie en bezinning

Ook bij de beoordeling van projecten bij ZonMw kwamen verschillen van inzicht over RCT en het achterliggende onderzoeksparadigma vaak aan de orde. Eerst is aan deze discussie tegemoet gekomen door de inrichting van het Programma Gezond Leven, maar ook daar werd de discussie voortgezet (Kok, 2000).

Daarom is een bezinning op adequaat onderzoek voor gezondheidsbevordering noodzaak. Dit sluit aan bij het internationale debat over de uitgangspunten van onderzoek naar sociale interventies als gezondheidsbevordering. Een eerste aanzet tot kritische reflectie hierop was het congres Beyond RCT in 1997. Dit congres zette de vraag naar adequaat onderzoek op het gebied van gezondheidsbevordering in Nederland op de agenda (GGD Rotterdam, 1997).

Volgend op dit congres werd in Rotterdam een gecontroleerd onderzoek volgens de regels van een Community Intervention Trial ingezet bij de uitvoering van wijkgerichte interventies. Dit onderzoek moest echter voortijdig worden beëindigd, omdat de realiteit van het wijkgericht werken op gespannen voet kwam met de strakke onderzoeksopzet (Haes, W de e.a. 2002; Voorham A. e.a. 2002). Een grondige analyse van de 'mismatch' in deze Rotterdamse casus (Mediator 2001,2) leidde onder andere tot de vier *New Health Promotion* conferenties.

1.2.4. De internationale context

De discussie over de effectiviteit van gezondheidsbevordering speelt niet alleen in Nederland. Overal in de wereld houden onderzoekers, beleidsmakers en praktijkwerkers zich ermee bezig. Dát onderzoek naar effectiviteit belangrijk is, is een wereldwijd gedeeld statement. Echter, de vraag h^oe dit onderzoek moet plaatsvinden, scheidt nog steeds de knapste geesten.

Het eerste boek over effectiviteit van GVO in Nederland (Jonkers e.a., 1988) maakte ruim gebruik van internationale literatuur. Die publicatie stond aan de wieg van een serie internationale conferenties op dit gebied. In 1989 organiseerden het NIGZ en de GGD Rotterdam samen de eerste internationale conferentie *Effectiveness of Health Education* van de International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) in Rotterdam. Europese presentaties over bewezen effectiviteit werden gecombineerd met kritische beschouwingen over adequaat onderzoek. Er kwamen vervolgcongressen in Athene (1992), Israël (1997), Helsinki/Tallin (1999), Londen (2003) en Stockholm (2005). Ook startte de IUHPE, naar het Nederlandse model, een Europese reeks over de effectiviteit van GVO (IUHPE, 1994).

Collega's uit Canada, het Verenigd Koninkrijk en de USA waren inmiddels, onder auspiciën van de WHO/Europees bureau, in een reeks werkbijeenkomsten met het thema 'passend onderzoek' bezig. Zij bundelden hun inzichten in het boek *Evaluation in Health Promotion* (WHO, 2001). Daarin staan vooral methodologische overwegingen centraal. Dit boek was voor de vier conferenties en deze publicatie het vertrekpunt.

De IUHPE publiceerde met steun van de Europese Commissie, vrijwel tegelijkertijd een boek over effectiviteit van gezondheidsbevordering, waarin de koppeling tussen inzichten en het gebruik ervan in het beleid centraal stond. Inmiddels is dat boek en de werkwijze eromheen de basis geworden voor een global effectiveness project.

Aangezien een aantal Europese instituten met vraagstukken rond evidence en kwaliteit bezig is, besloten zij om, gecoördineerd door het NIGZ, een gezamenlijk project te starten: *Getting Evidence into Practice* (www.nigz.nl/gettingevidence).

BRONNEN

De conferenties zijn in belangrijke mate geïnspireerd door twee publicaties. De eerste is:

Evaluation in Health Promotion: Principles and perspectives (WHO. Regional Publications. European Series, No 92, 2001)

Informatie over deze publicatie is te vinden op de website van de WHO/Europees

bureau, waar het boek ook in PDF is te downloaden.

www.who.dk/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_43

Een aantal van de co-auteurs was gastspreker op één van de conferenties. David McQueen en Michael Goodstadt waren keynote speakers op de eerste conferentie. Jane Springett en Louise Potvin waren dit op de tweede conferentie. Hun presentaties zijn via www.newhealthpromotion.nl beschikbaar.

De tweede publicatie is:

The Evidence of Health Promotion Effectiveness (Part I: Core document. Part II: Evidence Book). IUHPE, Paris, 2000. Ook op cd-rom beschikbaar.

In deze publicatie bespreken auteurs op een groot aantal terreinen de stand van de evidence. Die rapporten werden met Europese politici besproken, om vooral de nadruk te kunnen leggen op de voor hun belangrijke informatie. In het boek is dus een koppeling tussen evidence en beleidsontwikkeling ingebouwd.

1.3 Opbouw en strekking van het boek

Dit boek gaat in op de vraag wat we moeten doen om de effectiviteit van gezondheidsbevordering te optimaliseren. Daarvoor is het belangrijk eerst in te gaan op het object van onderzoek: gezondheidsbevordering.

Gezondheidsbevordering in kaart gebracht

In de presentaties en de discussies op de conferenties bleek een redelijke mate van consensus over de werking en strekking van gezondheidsbevordering. Op basis van die gedeelde uitgangspunten en de literatuur is het Referentiekader Gezondheidsbevordering ontwikkeld.

Hoofdstuk 2 beschrijft de noodzaak van het werken met dat soort kaders en beschrijft de keuze voor de onderdelen ervan. Hoofdstuk 3 gaat in op het eerste veld in het kader: de processen, de organisatie daarvan en de context waarin het werk plaatsvindt. Hoofdstuk 4 behandelt het tweede veld: de onderdelen die met uitkomsten en resultaten te maken hebben. Beide hoofdstukken geven steeds per onderdeel een toelichting op de gebruikte begrippen met daarbij mogelijkheden voor onderzoek en monitoring. Ter afronding volgen suggesties voor het gebruik bij beleid, in de werkpraktijk en bij het opzetten van onderzoek.

Passend onderzoek

Hoofdstuk 5 gaat in op het derde veld van het referentiekader: de feedback die door 'passend onderzoek' verkregen moet worden. De keuze van het woord

'passend' wijst op de noodzaak onderzoek in alle fasen van het proces van gezondheidsbevordering in te passen. Ook benadrukt het dat de eisen aan de onderzoeksopzet, het proces en de uitkomstmaten moeten kloppen met de aard van de werkzaamheden en met de principes van gezondheidsbevordering. De derde eis luidt: de resultaten moeten bruikbaar zijn bij het verder optimaliseren van de effectiviteit.

Het hoofdstuk beschrijft soorten onderzoek in relatie tot de werkontwikkeling op een bepaald terrein. Het gaat in op de manier waarop onderzoeksvragen met een breed palet aan onderzoekstechnieken kunnen worden afgedekt. Ook de plaats van de RCT komt aan de orde. Wederom sluit het hoofdstuk af met conclusies voor onderzoekers, praktijkwerkers en beleidsmakers.

Kennis moet gemanaged worden: de kenniscirkel

Hoofdstuk 6 gaat in op het gebruik van het referentiekader, op het kennisgebruik in en voor interventies.

Hoofdstuk 7 bespreekt het integrale kennismanagement dat voor gezondheidsbevordering nodig is. Het verbeteren van en door onderzoek is alleen zinvol als er een manier is om de lessen en uitkomsten systematisch te benutten en de implementatie niet aan het toeval over te laten. De kenniscirkel beschrijft achtereenvolgens kennis ontwikkelen, kennis delen, kennis wegen en kennis gebruiken. Die beschrijving is de opmaat voor hoofdstuk 8 met aanbevelingen voor praktijk, onderzoek, beleid en voor de verdere uitwerking van het pleidooi in dit boek. Het boek eindigt met een slotbeschouwing van de auteurs op hun ervaringen in dit traject en benoemt enkele thema's die in de toekomst extra aandacht verdienen.

1.4 Eerder wegwijzer dan handboek

Dit boek is een strategisch werkplan voor de kwaliteits- en kennisontwikkeling voor gezondheidsbevordering. Beleidsmakers, interventie-uitvoerders en onderzoekers bevinden zich in verschillende maatschappelijke posities en systemen, en werken op de hele schaal van nationaal tot lokaal, met verschillende thema's, doelgroepen en settings.

Het boek wil niet volstaan met een samenvatting van de inzichten en argumenten gewisseld tijdens en rond de vier conferenties. Het wil ook een uitdaging bieden aan al deze groepen om op een coherente wijze bij te dragen aan de verbetering van het werk. Daarom bevat het boek naast de beschrijvingen en argumenten ook concrete mogelijkheden ter verbetering en verwijst het naar interessante boeken, websites en artikelen. In de tekst zijn boxen opgenomen met illustraties en verhelderingen. In de bijlagen zijn een uitgebreide literatuurlijst

en een overzicht van websites opgenomen. Het boek pretendeert niet uitputtend te zijn: het bevat vooral verwijzingen naar inspirerende, recente, relevante bronnen die aansluiten bij de inhoud. In de bijlagen zijn verwijzingen naar de vele bronnen opgenomen. Gezien de hoeveelheid is de eerste bijlage getiteld 'Waar te beginnen'.

Bij de bronnen staat ook een aantal handboeken over gezondheidsbevordering, over onderzoek en over beleid, want wie aan kwaliteit wil werken heeft kennis nodig. Wie kennis wil vergaren, moet studeren, analyseren, onderzoeken en reflecteren. Wie vervolgens ervaringen en inzichten weer deelt, bevestigt daarmee deel te willen zijn van een lerend systeem en een 'quality community'. Zonder een goed gebruik van kennis is van professioneel werk geen sprake. Dan is effectiviteit een toevalstreffer. Gezondheid is te belangrijk om aan het toeval over te laten.

Hoofdstuk 2 Het referentiekader

There is nothing more practical than a good theory.

– Kurt Lewin, 1951

Eén van de aanbevelingen waarmee de WHO-publicatie Evaluation in Health Promotion eindigt, is het zogenaamde Generic model for planning and evaluating health promotion. Voor de komende hoofdstukken vormt een soortgelijk model het startpunt, omdat het een manier is om het gesprek tussen praktijk, onderzoek en beleid te vergemakkelijken. Het model is een referentiekader, omdat ieder zijn eigen werkzaamheden erin kan plaatsen, eraan kan refereren. Dit hoofdstuk begint met een positionering van gezondheidsbevordering, het beschrijft de noodzaak van een dergelijk referentiekader en geeft vervolgens een eerste beschrijving van de opbouw ervan. De verschillende onderdelen van het referentiekader komen in de volgende hoofdstukken uitgebreid aan de orde.

2.1 Gezondheidsbevordering, definitie en principes

2.1.1. Gezondheidsbevordering: een integrerend concept

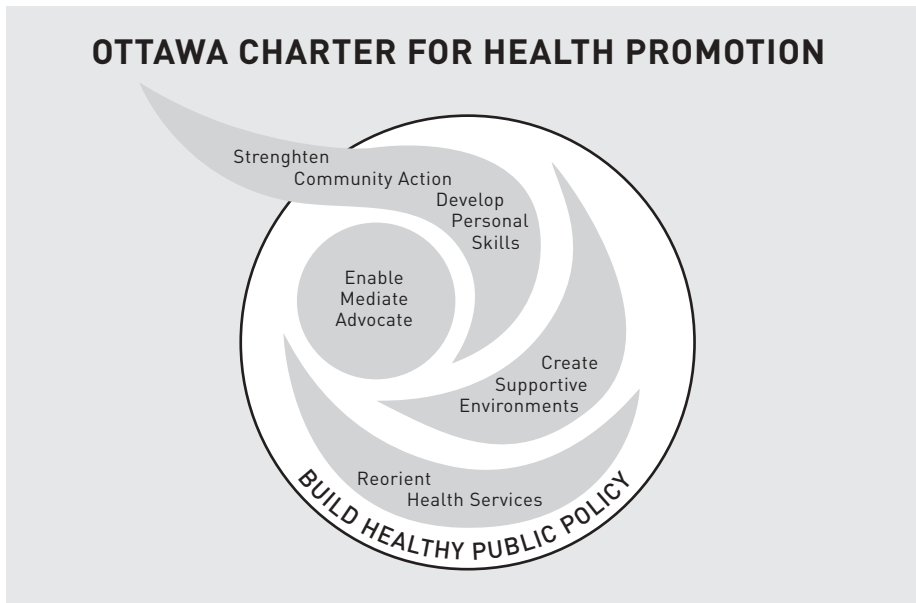
Gezondheidsbevordering in Nederland kan zowel een oude als een nieuwe activiteit genoemd worden. Oud, omdat adviezen en maatregelen die de gezondheid van mensen willen stimuleren van alle tijden zijn. Nieuw, omdat gezondheidsbevordering als professionele discipline nog niet zolang bestaat. Het kwam voort uit de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, die in 1962 in Nederland voor het eerst in een officiële publicatie beschreven werd (Doeleman, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1962).

Een belangrijke impuls voor de verdere ontwikkeling kwam uit Canada. In 1974 kreeg 'healthy lifestyles' (naast erfelijkheid, gezondheidszorg en omgevingsfactoren) een erkende plaats in het Canadese gezondheidsbeleid van Minister Lalonde (1974). Veel Westerse landen volgden dat voorbeeld. Voor het realiseren van die healthy lifestyles speelden de massamedia een grote rol: de hoop was vooral gevestigd op voorlichting via schriftelijke voorlichting en de televisie.

Geleidelijk bleek echter uit onderzoek en ervaring, dat voorlichting alléén niet voldoende was. Bovendien was voorlichting in de ogen van velen een autoritair-

re werkwijze waarin de expert de leek zijn wil oplegt, of zelfs de schuld geeft van zijn slechte gezondheid ('blaming the victim', Crawford 1977). De WHO bracht vervolgens nadrukkelijk de rol van de sociale en maatschappelijke omgeving in het menselijke keuzegedrag onder de aandacht met de zinsnede: 'making the healthier choices the easier choices'.

Vanuit de WHO-Europa legde Ilona Kickbusch de basis voor het nieuwe begrip 'health promotion'. In 1986 beschreef het *Ottawa Charter* de uitgangspunten van health promotion (zie box). Dat document vormde een belangrijke internationale impuls voor innovatie in de Public Health-sector. Nieuw was de grote aandacht voor het sociale krachtenveld dat een rol speelt bij het stimuleren van gezondheid. Ook kwamen de verschillen tussen mensen in hun kansen op gezondheid op de agenda te staan.



In Nederland bleef de nadruk nog geruime tijd liggen op voorlichting als voornaamste strategie, ook al erkenden velen de principes van het *Ottawa Charter*. Geleidelijk kwam er echter ook hier oog voor andere benaderingen, wat onder meer blijkt uit de recente aandacht voor settinggericht werken in de buurt, de school en de werkplek (VWS-nota *Langer gezond leven*, 2003).

> Definitie health promotion

“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.”

Ottawa Charter 1986 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Gezondheidsbevordering is in het internationaal verkeer dus een veelomvattend begrip, een ruim denkkader. Ook voor zieken, gehandicapten, mensen met chronische aandoeningen, en zelfs voor mensen in hun laatste levensfase, is gezondheidsbevordering aan de orde: immers, het lichamelijk, geestelijk en sociaal *welbevinden* kan in alle gevallen worden gestimuleerd. Kenmerkend is ook, dat het begrip gezondheid ook in overdrachtelijke zin gebruikt wordt in ‘gezonde stad’, ‘gezonde school’, maar ook ‘gezonde ziekenhuizen’.

2.1.2. Kenmerken van gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering is primair geïnteresseerd in de rol van sociale processen bij individuen, groepen en samenlevingen voor gezondheid en heeft daarom een paar generieke kenmerken, die bij ieder van de hierboven genoemde interventies al zijdelings aan de orde kwamen. In *Evaluation in Health Promotion* (2001) gebruiken de auteurs deze lijst:

> Health promotion characteristics

Health promotion initiative (i.e. programmes, policies and other organised activities) should be:

- empowering* i.e. should enable individuals and communities to assume more power over the personal, socio-economic and environmental factors that affect their health;
- participatory* i.e. should involve those concerned at all stages of the process;

<i>holistic</i>	i.e. should foster physical, mental, social and spiritual health;
<i>intersectoral</i>	i.e. should involve the collaboration of agencies from relevant sectors;
<i>equitable</i>	i.e. should be guided by a concern for equity and social justice);
<i>sustainable</i>	i.e. should bring about changes that individuals and communities can maintain once initial funding has ended; and
<i>multi-strategy</i>	i.e. should use a variety of approaches, including policy developments, organizational change, community development, legislation, advocacy, education and communication in combination with one another.

(Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J. & Ziglio, E. (Eds.) 2001, p.7)

We halen ze apart naar voren omdat ze de stijl van werken in gezondheidsbevordering en dus ook van het onderzoek sterk inkleuren.

We bespreken achtereenvolgens:

- coproductie (participatory, empowering),
- communicatie (participatory),
- complexiteit (holistic, intersectoral, multi-strategy),
- continuïteit (sustainable).

Hier volgt een toelichting op die vier kenmerken, die ook doorwerken in de stijl van onderzoek. We zijn er ons daarbij terdege van bewust dat we hiermee een zeer specifieke visie op gezondheidsbevordering en daardoor op het passend onderzoek schetsen.

a. Gezondheidsbevordering in coproductie

Gezondheid via sociale processen bevorderen maakt alle betrokkenen partners in die verandering. Vandaar dat de termen participatie en pleitbezorging zo hoog op de agenda staan: gezondheid bevorderen doe je samen met mensen in diverse settings, in de politieke arena, in de pers.

Veel onderzoek naar gezondheidsvoorlichting concentreerde zich op de relatie tussen voorlichting, gedrag, leefstijl en gezondheid. Dat werd als een expert-leek-relatie bestudeerd. “Wie werkt met participatie als uitgangspunt, moet erop voorbereid zijn dat gedurende die samenwerking in doelen, aanpak en samenwerking zelf verschuivingen kunnen optreden. Gezondheid kan wel op de agenda blijven, maar de weg er naartoe kan in overleg veranderen.”

(Workshop K. Fortuin en M. de Gruijter, conferentie 1: verslag op: www.newhealthpromotion.nl).

Onderzoek is op zichzelf een interventie die een rol speelt in het verstrekken van informatie aan de mensen. Dat kan ook op zo'n manier, dat ze er zelf mee kunnen gaan werken. De onderzoeker moet kiezen welke positie hij of zij wil innemen, die van gedistantieerd observator of participerende stakeholder, waarbij de graden van participatie kunnen verschillen. Bij grootschalig survey-onderzoek is die participatie veelal beperkt tot een betrokkenheid bij de pretest en eventueel een presentatie van de uitkomsten aan betrokkenen. In gezondheidsbevordering bestaat een voorkeur voor meer en vaker op kleine schaal werken, ook met onderzoek, om zo beter de betrokkenheid te kunnen realiseren. De participatiegedachte is niet aan beleidsmakers en publiek voorbijgegaan. Beleidsmakers en fondsenverstrekkers eisen vaak dat de doelgroep en andere partijen bij het project betrokken moeten worden, maar ook lokaal melden zich, al dan niet uitgenodigd, partijen. Bij evaluatie spelen dan steeds twee perspectieven: beoordelen en vaststellen aan de ene kant, leren en impuls voor verdere ontwikkeling aan de andere kant. Deze twee perspectieven zijn dikwijls goed te combineren, maar een opgelegd doel, opgelegde methodiek, opgelegde indicatoren en opgelegde meetinstrumenten zijn een goede manier om de participatie teniet te doen.

Aan de andere kant kunnen lokale partijen geïnteresseerd zijn in indicatoren en processen, die zij vooral nodig hebben voor hun eigen lokale, verdere ontwikkeling en het is vaak een kwestie van handigheid van de onderzoeker om standaard indicatoren en lokaal perspectief met elkaar te combineren.

Kortom: participatief onderzoek spoort goed met de uitgangspunten van gezondheidsbevordering. Soms kan het opportuun zijn om juist afstand te nemen en daarmee de objectiviteit te versterken. Meer onafhankelijk onderzoek kan nuttig zijn om de voortgang te peilen ten aanzien van samenwerking, netwerking, samenwerking tussen organisaties, deskundigheidsontwikkeling, etcetera. Ook kan het interessant zijn met een onafhankelijke maat vast te stellen of de actie effectief geacht mag worden. Bijvoorbeeld: neemt de verkoop van fruit toe in de lokale supermarkten in de periode dat een voedingsproject loopt?

b. Communicatie is relatie

Gezondheidsbevordering is voortgebouwd op gezondheidsvoorlichting. In die communicatieprocessen lag het initiatief vaak bij de expert, die de leek voorzag van relevante informatie. De burger of patiënt was dan de passieve partij. Op die wijze werd de communicatie met andere professionals en met beleidsmakers vaak als een eenzijdig proces bekeken en beschreven. Zelfs in woorden als doelgroep, bereiken, betrokkenheid zit die definitie van de relatie: de actieve zender, de passieve ontvanger.

Gezondheidsbevordering heeft de dialoog als uitgangspunt: respect voor culturele diversiteit, vertrouwen in de eigen vermogens van mensen en groepen staat voorop. Dat betekent dat informatie etc. gezien moet worden als een uitnodiging tot gesprek, dat daarin leren van elkaar kan optreden en dat beide partijen een actieve rol en verantwoordelijkheid hebben. Wilhelmina Rouwenhorst (1981) noemde GVO de 'participatie wervende functie' in de gezondheidszorg! Mensen moeten worden 'verleid' om te doen wat hen wordt voorgesteld als de gezonde keuze. Zij zullen zich slechts committeren als ze dat zelf ten volle willen, niet als wij het 'deskundig' aan hen vertellen.

Ook onderzoek zal mensen in hun waarde moeten laten. Als mensen zich alleen maar gebruikt voelen zullen zij niet willen meedoen. De daling over de jaren van het deelnamepercentage aan het invullen van toegestuurde vragenlijsten is daarvan een aanduiding. Deelnamepercentages van 60% worden op dit moment als acceptabel gezien. Vraag is in hoeverre men dan tevreden is met een serieuze vertekening van de gegevens van de beoogde groep.

- > Tineke Abma presenteerde op de eerste conferentie haar werkwijze met 'reflexieve dialogen' Dat is een evaluatieaanpak, waarin de geleefde ervaring, de betekenissen en onderliggende waarden aan het licht gebracht worden. Een dialoog is een open gesprek dat alle kanten uit kan gaan. De persuasieve dialoog stuurt het gesprek in de door de expert nodig geachte richting. Het uitwisselen van ervaringen draagt niet alleen bij tot begrip, maar was ook de basis voor een aanpassing in de regels van de instelling.

Abma, T. (2001) Reflexive dialogues, *Evaluation* (7) 238-252

Dit doet een beroep op praktijkwerkers en onderzoekers om zich meer te verdiepen in de leef- en belevingswereld van de partners. Niet om als expert die gegevens te gebruiken, maar om zo tot een werkbare samenwerking te komen. Dat betekent een andere rol voor de expert, de professional. Die zal met de combinatie van expertise en partner moeten leren omgaan. Wie zich wegstopt achter de ingewikkelde statistische technieken zal niet het gewenste contact maken. Wie in begrijpelijke taal kan toelichten wat de bedoeling is kan op medewerking rekenen.

Belangrijk is mensen te helpen om kritische vragen te stellen en niet de wereld en de eigen positie zonder meer als gegeven te beschouwen. Wie zich zo in de samenwerking met buurtbewoners of met medewerkers in een bedrijf opstelt, wordt automatisch geconfronteerd met professionele, politieke en economische machthebbers, die niet altijd blij zijn met een toename van de kritische capaci-

teit van de bevolking of van hun medewerkers. Gezondheid en bevorderen gaat ook over machtsverhoudingen en is dus onvermijdelijk ook politiek werk. Het wegwerken van sociaal-economische gezondheidsverschillen is ook het wegwerken van sociaal-economische verschillen.

c. Gezondheidsbevordering is complex

Het klinkt als een mantra, soms als een excuus: gezondheid is een complex fenomeen en dat is het veranderen van sociale processen ook. Complexiteitstheorie is:

'a scientific theory which asserts that some systems display behavioural phenomena that are completely unexplainable by any conventional analysis of the system's constituents parts' (Casti J.L. 1997 in Hawe a.o., 2004).

Het geheel is meer dan de som der delen, dus is het onvoldoende om een optelsom te maken van de diverse factoren: die interacteren met elkaar als een geheel, als een patroon. Gezondheid is de resultante van het determinantenpatroon; interventies en organisatorische condities in een context vormen het patroon dat daarop inwerkt.

De nadruk op die complexiteit heeft twee redenen: op de eerste plaats is het een reactie op een te eenvoudige causaal denken. Iedereen denkt bij voorkeur in een overzichtelijk schema van een hoofdoorzaak en een belangrijk gevolg. Heeft men dan de hoofdschakelaar gevonden, dan kan daarmee in een keer de vereiste verandering tot stand worden gebracht. Krantenberichten over medische doorbraken in genetica of hersenonderzoek hebben vaak die strekking: het ligt aan die ene factor, dus is een oplossing nabij. Die denkwijze is een erfenis van het mechanische wereldbeeld, dat vooral in de natuurwetenschappen zijn vruchten heeft afgeworpen. Ook in de sociale wetenschappen heeft men die denkwijze toegepast (Draaisma, 1990). Het sluit goed aan bij de algemene menselijke tendens om processen te willen beheersen en sturen. In de pers, in politiek en bureaucratie heeft men dan ook voorkeur voor eenvoudige schema's: één oorzaak, één gevolg, en dus één verantwoordelijke en één interventie die het hele probleem oplost.

Op de tweede plaats heeft het begrip 'complexiteit' in veel verschillende wetenschappen aan aanzien gewonnen. De laatste decennia is er meer respect ontstaan voor complexiteit en voor chaotische processen. Na relativiteitstheorie en kwantummechanica is het wel aangeduid als de derde revolutie in de natuurwetenschappen (Gleick, 1988; Van Dijkum en De Tombe, 1992). De chaostheorie laat zien dat lineaire causaliteit slechts een klein deel van de bestaande processen beschrijft: er zijn in natuur en samenleving allerlei complexe gebeurtenissen die niet lineair verlopen, maar toch een bepaald regelmatig patroon vertonen. Soms is het krachtenveld zo ongeordend dat men van chaos spreekt. In

bepaalde situaties kunnen zich zelfordenende processen voordoen, waardoor een ander patroon ontstaat. Situaties zijn in evenwicht als er sprake is van kleine fluctuaties. Worden die groter, dan komen ze in beweging; wordt de dynamiek te groot, dan ontstaat er chaos. Gezondheidsbevordering wil in systemen de fluctuaties zo beïnvloeden, dat er een gezonder systeem (individu, groep of samenleving) ontstaat. Daarvoor is het van belang ook op de hoogte te zijn van recente inzichten over orde en onzekerheid in natuurlijke en menselijke systemen.

> **David McQueen zei over complexiteit het volgende:**

'Het oude uitgangspunt was: omdat gezondheidsbevordering zo complex is, kan het niet met randomised controlled trials onderzocht worden. Een beter uitgangspunt is: complexe processen verdienen complex onderzoek.

Dan kan men verder die complexiteit reduceren door stadia van programmaontwikkeling te onderscheiden, door met een model in te zoomen op bepaalde delen van het interventiepatroon, waardoor andere onderdelen van dat kader tot de context gaat behoren, door die contextafhankelijkheid voortdurend in onderzoek en programmering mee te nemen en tenslotte ook door respect voor die complexiteit bij financiers, beleidsmakers onderzoekers en praktijkwerkers zelf te bepleiten.

Simplificatie van de maatschappelijke werkelijkheid kan bijdragen aan de sociale status, kan het geloof in handelingsmogelijkheden vergroten, maar maakt de kans op succes niet groter. Gezondheidsbevordering is een activiteit met een lange adem, waarvan men de resultaten telt in jaren en generaties.'

McQueen (2000) Perspectives on health promotion: theory, evidence, practice and emergence of complexity. *Health Promotion International* (15) 95-97.

Die complexiteit kan in onderzoek op twee manieren benaderd worden. Sommige onderzoekers leggen de nadruk op voldoende reductie, geven de voorkeur aan een concrete vraagstelling om met gebruikelijke experimentele toetsende veelal kwantitatieve onderzoekstechnieken te kunnen werken. Anderen willen juist aan complexe interactie van factoren recht doen, gaan uit van globale vragen en gebruiken dan ook eerder beschrijvend kwalitatief onderzoek. Die verschillen van inzicht over welke vraagstelling relevant is hangt dus samen met verschillen in wetenschappelijk paradigma. Het respecteren van complexiteit, van de contextafhankelijkheid en van de inherent participatieve aard van gezondheidsbevordering zal een opening bieden tot andere manieren van kijken, werken en onderzoeken.

> Evaluatie in complexe situaties

Gezondheidsbevordering maakt vaak gebruik van interventies op meer niveaus en dat vraagt om onderzoek op diverse niveaus. Zo werd in het Verenigd Koninkrijk het Health Action Zones programma van New Labour begeleid met onderzoek met als opgave:

- 'to identify and assess the conditions
- in which strategies to create a more substantial capacity for local collaboration results in adoption of change mechanisms
- that lead to the modernisation of services and a reduction in health inequalities'

Deze opgave werd gesplitst in een aantal deelvragen die via casestudies met de lokale onderzoekers bij de 26 experimentele situaties werd uitgewerkt. De dynamiek in de onderzoekssituaties werd onder meer gekleurd door:

- verschillen in partners en mate van betrokkenheid van regionale en lokale overheden
- soms bestond er al een samenwerkingsverband, soms moest het van de grond af worden opgebouwd
- lokaal legde men verschillende accenten op de beste verandermechanismen: community development, social entrepreneurs stimuleren, intersectorale acties
- een wisseling van minister verschoof de doelen van lokale opbouw naar nationale uitkomsten
- evaluatie-indicatoren moesten dus halverwege worden aangepast
- tenminste moesten de rapportages anders geschreven worden

De auteurs beschrijven hoe zij aanvankelijk met een theory-driven approach wilden werken en gebruik wilden maken van de Theory of Change benadering, die een systematische en cumulatieve studie omvat van de activiteiten, uitkomsten en context van een initiatief. Daarmee wilden zij de impliciete theorie over wat er zou moeten gebeuren boven tafel halen en zo bijdragen aan zowel de evaluatie als de strategie. Zij concluderen dat ze eigenlijk bij sociaal constructivisme, bij complexiteitstheorie en bij nieuwe opvattingen over organisatieontwikkeling te raden moeten gaan om dergelijke processen goed te beschrijven en te evalueren.

'Such an approach does not generate simple lessons for policy makers: "if you create x conditions, then y will follow"'

Barnes, M., Matka, E. & Sullivan. H., (2003). Evidence, understanding and complexity. *Evaluation in non-linear systems. Evaluation* (9) 265-284.

d. Continuïteit

Veel onderzoek naar gezondheidsbevordering heeft een korte tijdsspanne. Zowel de financiering als de universitaire procedure om Assistenten In Opleiding (AIO) slechts vier jaar te geven voor een proefschrift zijn daaraan debet. Voor onderzoek naar geneesmiddelen of naar operatieve ingrepen is dat geen bezwaar. Gezondheidsbevordering heeft echter een langere adem nodig. Het bouwt voort op bestaande processen van opvoeding en onderwijs, mengt zich tussen de invloeden van media en marketing, is afhankelijk van samenwerking en structuur van instellingen, van beschikbare professionals, van regels en beleid. Interventie betekent 'tussenbeide komen' en dat is wat gezondheidsbevordering doet. In een rivier een dam zo opwerpen of een oever zo veranderen, dat de stroom verandert.

Voor onderzoek heeft die lange termijn drie gevolgen: op de eerste plaats is een interventie vaak een kleine schakel in een keten die nog moet groeien. De vraag is dus niet alleen of deze interventie (tussen)resultaat heeft, maar hoe op die eerste resultaten kan worden voortgebouwd. Met een beroep op de innovatietheorie van Rogers (2003) kan men stellen dat het winnen van de *pioniers* veelal eenvoudig is, maar dat het overreden van de *late majority* een voortdurende stroom van interventies over een langere tijd vraagt. Een goede interventie houdt rekening met zowel voorgeschiedenis als vervolg. Als de interventie zelf niet volgehouden wordt, als geen continuïteit en geen vorm van verankering in routines van organisaties plaatsvindt, dan is de kans dat het effect uitdooft reëel.

Op de tweede plaats zijn vormen van langlopend onderzoek dringend nodig. Zo kan men bijvoorbeeld een indicatie krijgen van de opkomst en neergang van het tabaksgebruik. Daarin was een geleidelijke trend te onderscheiden, die echter door gerichte maatregelen duidelijke impulsen kreeg. Historisch onderzoek naar gezondheidsbevordering is zeldzaam en ook onderzoek naar de continuïteit en duurzaamheid van interventies is weinig ontwikkeld. Misschien moet bij lot één op de tien promovendi in staat worden gesteld om na tien en twintig jaar terug te gaan naar het onderzoeksterrein om te zien wat er over is. Ook voor ZonMw zou een dergelijke 'project revisited' strategie leerzaam zijn. Op de derde plaats wordt duidelijk, dat interventies ook effecten hebben op de meewerkende partijen, op instellingen, op netwerken, op politieke waardering. Die effecten zijn te vinden in de factor sociaal draagvlak en geven weer input voor een volgende fase van organiseren. Dat wordt capaciteitsontwikkeling genoemd, een belangrijk effect dat bijdraagt zowel aan een duurzame verankering van de beoogde interventie, als aan de versterking van het public-health-systeem in zijn geheel.

> Capacity-building

Dit begrip is in 2000 geïntroduceerd op de WHO-conferentie over health promotion in Mexico. Het is vooral in Australië nader uitgewerkt. Het benadrukt dat eenmalige interventies weinig kans van slagen op de langere termijn hebben. Vandaar dat het inbouwen van gezondheidsbevordering in systemen, beleid en professioneel handelen veel meer aandacht moet krijgen.

Capacity-building is meer dan een middel om gedragsverandering te bestendigen. Het kan ook een zelfstandig parallel doel zijn van organisatie of community-ontwikkeling.

In het *Capacity-building Framework* (Hawe et al, 1997) worden dezelfde factoren opgesomd die straks in de kolom Organiseren van het Referentiekader voorkomen. Het resultaat van de vergroting van de capaciteit op deze factoren resulteert niet alleen in een versterking van de infrastructuur of een duurzaamheid van het programma, het vergroot ook de mogelijkheden van het betreffende systeem om nieuwe opgaven zelf aan te kunnen.

Een interventie is dus succesvol, als daardoor de capaciteit en bereidheid van de interventieorganisatie(s) versterkt wordt. Het is in organisatie- en netwerkontwikkeling een bekende vuistregel, dat het eerste kleine succes dikwijls vooral interessant is om de betrokkenheid en teamvorming te stimuleren. Pas dan is het netwerk klaar voor de moeilijkere opgaven.

- Hawe, P., Noort, M., King, L. & Jordens, C. (1997). Multiplying Health gains: the critical role of capacity-building within health promotion programs. *Health Policy* (39) 29-42
- Hawe, P., Noort, M., King, L., Jordens, C. & Lloyd, B. (2000). *Indicators to help with capacity-building in health promotion*. Sydney: NSW Health.

Het uitvoeren van projecten van gezondheidsbevordering is een proces dat lang moet worden volgehouden om succesvol te kunnen zijn. Subsidieregelingen moeten daarop afgestemd zijn, dat wil zeggen dat het voor de uitvoerders en onderzoekers duidelijk moet zijn dat er een lange termijn planning en uitwerking mogelijk is.

Tegenover zoveel zekerheid van de lange-termijn-financiering, staat de noodzaak van de financier om te bewaken dat het geld goed wordt besteed. Eigen monitoring-instrumenten, met aangepaste meetmethoden en checklists, zullen dus moeten worden ontwikkeld om dit mogelijk te maken. Het werken met het referentiekader en vooral het werken met tussenresultaten komt aan die sturingsbehoefte tegemoet. Er ligt nog een belangrijke uitnodiging aan onderzoekers om valide instrumenten te ontwikkelen die inzicht kunnen bieden in de

voortgang van het proces en het stap voor stap toegroeien naar het gewenste resultaat.

> *'Despite these advantages, achieving sustainable communitywide health impact remains an unrealistic expectation for time- and resource-limited interventions. The next generation of health promotion programs will continue to confront the challenge of demonstrating the value of incremental change. The most significant potential of public health programs to improve the quality of community life may perhaps emerge from the engagement with communities in an ongoing process of social change.'*

Merzel, C. & D'Affitti, J. (2003) Reconsidering community-based health promotion: Promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health* (93) 557-574.

2.2 De noodzaak van een referentiekader

2.2.1. *Veelvormigheid in praktijk, onderzoek en beleid*

De term 'gezondheidsbevordering' maakte in Nederland geleidelijk opgang. Maar wie als buitenstaander kennis maakt met het werk, treft een veelheid van begrippen en termen aan, alsof de bewoners van die wereld ieder in hun eigen taal over hun werk en bedoelingen praten. Na enige oriëntatie blijken er diverse redenen voor die verwarring te zijn. Gezondheidsbevordering is een jong vakgebied, waardoor uitgangspunten en begrippen nog volop in ontwikkeling zijn. Verder komen veel woorden uit landen die een voorbeeldfunctie hebben. Voor gezondheidsbevordering zijn dat Engelstalige landen, waardoor ook wij termen als public health, empowerment, social capital en community gebruiken. Bovendien is het werk veelvormig. Instellingen en de daar werkzame groepen professionals geven de voorkeur aan een eigen taal die aansluit op de context waarin ze werken. Activiteiten krijgen een naam die refereert aan een thema (aids-voorlichting), de doelgroep (patiëntenvoorlichting) of de setting (GVO op de werkplek, Gezonde School). Soms is de methodiek, bijvoorbeeld bij campagnes, doorslaggevend in de terminologie.

Maar ook strategische en financiële redenen veroorzaken de veelheid aan begrippen. Soms worden woorden gekozen als een middel om zich te profileren, zich af te zetten tegen anderen. Termen die corresponderen met de budgetpos-

ten van een financier hebben vaak een streepje voor. En voor ieder werkterrein geldt dat de voorhoede nieuwe woorden uitvindt om zich als pionier te profileren. Innovatieve projecten komen alleen al door die aanduiding eerder in aanmerking voor subsidie.

Dat kiezen van een unieke boven een generieke naam heeft ook met herkenbaarheid te maken. Politici, maar ook praktijkwerkers, willen graag scoren met een herkenbaar project, met een aansprekende naamgeving. Concrete projectnamen krijgen in de pers immers meer aandacht dan termen als 'integraal werken aan gezondheid'.

Die variatie aan termen en begrippen maakt dat de overeenkomsten in uitgangspunten en werkwijze, en dus de kenmerken van de discipline, slecht zichtbaar zijn. Pas als gezondheidsbevordering zichzelf als een coherente discipline opstelt, is het mogelijk om samenwerkend meer winst te boeken. Door een gemeenschappelijk referentiekader te gebruiken kan de sector ervaringen met interventies en onderzoek uitwisselen. Daarmee is een belangrijke bijdrage aan de 'evidence base' van het vak te leveren. En dat levert weer een goede basis voor samenhangend beleid.

> Terminologie

Het is in Nederland gebruikelijk het algemene volksgezondheidsbeleid te splitsen in gezondheidszorgbeleid (cure en care) en het *public health*-beleid. Onder public health verstaan we in de Angelsaksische landen: '*the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society*'. Daarbij ligt de nadruk op een collectieve aanpak.

Preventie is een onderdeel, volgens sommigen de kern, van public health. Het RIVM omschrijft preventie als volgt:

'In het veld wordt preventie meestal ingedeeld naar de fasen van het ziekteproces. Onderscheiden worden primaire, secundaire en tertiaire preventie:

Primaire preventie heeft als doel een ziekte te voorkomen door oorzaken weg te nemen. De doelgroep bij primaire preventie is de gezonde populatie. *Secundaire preventie* heeft als doel ziekten in een vroeg stadium op te sporen. Daardoor kan de ziekte eerder worden behandeld, zodat de zieke eerder geneest of de ziekte niet erger wordt. De doelgroep bestaat uit personen die ziek zijn, een verhoogd risico of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte is bij deze personen nog niet vastgesteld. *Tertiaire preventie* is een vorm van zorg. Hieronder vallen activiteiten die erop gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand op te heffen, te reduceren of te compenseren. Ook gaat het er hierbij om mensen bij wie de ziekte al is vastgesteld, zelfredzamer te maken. Complicaties voorkómen en

voorkómen dat de ziekte erger wordt, valt eveneens onder deze vorm van zorg. Preventie kent verschillende methoden.

Het preventieaanbod kan worden ingedeeld naar de methode die wordt gebruikt:

- *Ziektepreventie*: hieronder vallen methoden zoals vaccinatie, screening en gerichte medicatie of suppletie. Deze methoden zijn erop gericht ziekte bij een individu te voorkómen of vroeg te signaleren.
- *Gezondheidsbescherming*: houdt in dat mensen minder worden blootgesteld aan gezondheidsbedreigende aspecten, bijvoorbeeld door het maken van wet- en regelgeving en handhaving hiervan.
- *Gezondheidsbevordering*: richt zich erop een gezonde leefstijl en gezondheids-toestand te bevorderen. Veelgebruikte methoden daarbij zijn gezondheidsvoorlichting en advies op maat. Daar hoort ook bij dat een sociale en fysieke omgeving wordt gecreëerd die gezond gedrag en gezondheid stimuleert.

Welke methode wordt ingezet, is afhankelijk van het doel, de doelgroep en andere randvoorwaarden.'

http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o73n206.html

In de **GGZ-preventie** gebruikt men een iets andere indeling: *universele preventie* (interventies op de algemene bevolking), *selectieve preventie* (interventies gericht op individuen voor wie het risico op het ontwikkelen van psychische en psychosociale problematiek aanzienlijk groter is dan gemiddeld), *geïndiceerde preventie* (interventies gericht op individuen die niet voldoen aan diagnostische categorieën) en *zorgerichte preventie* (interventies gericht op mensen die een aandoening hebben volgens DSM III criteria) (Bohlmeijer en Cuijpers, 2001).

In dit boek omschrijven wij gezondheidsbevordering als volgt:

Gezondheidsbevordering is het organiseren van interventies – rekening houdend met de maatschappelijke context – die doorwerken op determinanten van gezondheid om zo de mogelijkheden voor en gelijke kansen op gezondheid te vergroten.

Gezondheidsbevordering kan ook preventief gericht zijn: de omschrijving laat open wanneer die interventie ingezet is. Gezondheidsbevordering is vooral binnen de GGD al een geaccepteerde term, die geleidelijk de aanduiding gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) vervangt.

BRONNEN

- Bohlmeijer, E. & Cuijpers, P. (2001) *Tweede gids preventie psychische stoornissen en verslavingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gunning-Schepers, L.J. & Jansen, J. (red.) (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. IV Effecten van preventie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

- Jansen, J., Schuit, A.J. & Lucht, F. van der (2002). *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Themaport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

2.2.2. Samenhang als synergie

Het principe van 'laat duizend bloemen bloeien' werkte prima in de innovatiefase van het werkveld. Via vallen en opstaan leerden praktijkwerkers omgaan met een veelheid aan problemen. Maar al dat werk leverde niet alleen veel creativiteit op; ook een grote diversiteit en versnippering was het gevolg. Vrijwel alle rapporten over GVO en preventie pleiten inmiddels voor meer samenhang: samenhang in informatie door consensus over begrippen en uitgangspunten en samenhang in de organisatie door betere coördinatie.

De actuele maatschappelijke situatie voert de druk naar consensus over de kern en het belang van het werk verder op. Minder geld of groei vraagt partijen om prioriteiten te herzien, om investeringen te verantwoorden en dus resultaten te tonen. Onderzoeksuitkomsten zouden die resultaten zichtbaar moeten maken. Deze roep om 'evidence' vraagt om meer en adequaat onderzoek.

Nu kan één onderzoek wel een aanwijzing geven, maar wanneer méér onderzoeken in dezelfde richting wijzen, is er over het algemeen sprake van overtuigend bewijs. Het is echter niet eenvoudig om uitkomsten van onderzoek te interpreteren en te combineren. Daarom zijn standaarden voor publicaties ontwikkeld (zie CONCORD Statement en TREND Statement). Maar bij het ontbreken van voldoende inhoudelijke gemeenschappelijke grond in theorie en uitgangspunten van onderzoek is een vergelijking van resultaten moeilijk. Dit hindert ook een goed gebruik van onderzoek en onderzoeksresultaten in beleid en praktijk.

De praktijk staat nogal eens voor de keuze tussen goed onderbouwd professioneel werken (en dat kost meestal tijd) of snel onder druk van politiek of beleid werken (met onvoldoende tijd om het professioneel perfect te doen).

Professionals willen werken met professionele uitgangspunten, met een degelijke programmering en goed overleg met betrokkenen. Politiek en subsidiegevers vragen echter vaak een snelle actie om in te kunnen spelen op maatschappelijke onrust. Kwaliteit en haast verdragen elkaar meestal slecht, maar het blijft de opgave om die te combineren. Om in het werk snel ervaringen en lessen van elders te kunnen betrekken, is een gemeenschappelijke taal noodzaak.

2.2.3. Een pleidooi voor eenheid

Dit boek wil een pleidooi houden om de ontwikkeling van gezondheidsbevordering richting te geven door meer eenheid te brengen in taal en denkwijze. Het is tijd voor een gedeeld kader, voor een gedeelde terminologie, waarmee de doelen en de werking van gezondheidsbevordering eenvoudig uit te leggen zijn, zonder de dynamiek en complexiteit van de werkelijkheid tekort te doen. Een gedeeld referentiekader kan alle partijen helpen om aan te geven waarom een bepaalde keuze of strategie de juiste is en welke resultaten redelijkerwijs op korte en lange termijn te verwachten zijn. Zo'n standaardisatie van de uitgangspunten en begrippen hoeft geen afbreuk te doen aan de gegroeide praktijk en de begrijpelijke behoefte aan variatie.

BRONNEN

Het begrip Gezondheidsbevordering

Basisdocument: Ottawa Charter (1986)

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Glossary met toelichting op de begrippen in het Ottawa Charter en termen gangbaar in de internationale literatuur rond health promotion (WHO 1998) door D. Nutbeam in vier talen

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

Rootman e.a. (2001) *A framework for health promotion evaluation*, EiHP, 7 – 38

http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_1

Toonaangevend conferenties over Health Promotion zijn gehouden in Ottawa (1986) en daarna in Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Djakarta (1997) en Mexico (2000). De volgende (6e) conferentie zal worden gehouden in Bangkok in 2005:

http://www.who.int/noncommunicable_diseases/6gchp/en/

Voor verdere documentatie zie:

- www.who.int
- www.iuhpe.nyu.edu
- www.nigz.nl

2.3 Wat is een referentiekader?

Het later in dit hoofdstuk in hoofdlijnen beschreven referentiekader (zie 2.4) is een model: een afbeelding waarin sleutelbegrippen op een overzichtelijke manier met elkaar in verband staan. Meestal wordt dat met behulp van een tekening zichtbaar gemaakt, maar er zijn ook conceptuele modellen die het bij woorden laten.

Disciplines zijn te herkennen aan een eigen (academische) opleiding en een afgeperkt werkdomein, maar vooral aan het gebruik van een dergelijk *kader* van wetenschappelijke begrippen en methoden. Gezondheidsbevordering is een open discipline, waarin mensen met een verschillende vooropleiding als professionals werken, die samen hun kennis en ervaring inbrengen om te bouwen aan een gedeelde kernvisie op problemen en oplossingen.

Handboeken en tijdschriften markeren deze eenheid van gedachtegoed. In sommige wetenschappen is die standaardisatie zeer sterk, in andere is er consensus op hoofdlijnen. Uit de handboeken en tijdschriften op bijgaande lijst blijkt dat er in de gezondheidsbevordering een grote mate van consensus bestaat over de hoofdlijnen en dat verschillen van inzicht zich veelal richten op details.

BRONNEN

Handboeken Gezondheidsbevordering

- Bartholomew L.K., Parcel G.S., Kok G.J. & Gottlieb N.H. (2001). *Intervention Mapping: Designing Theory- and Evidence Based Health Promotion Programs*. New York: McGraw Hill.
- Bosman, M. & Hosman, C. (1990). *Preventie op waarde geschat. Een studie naar de beïnvloedbaarheid van psychische gezondheid*. Nijmegen: Bureau Beta.
- Bracht, N. (1999). *Health Promotion at the Community Level: New Advances*. 2nd edition. Thousand Oakes: Sage.
- Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R. M. & Molen, H. T. v.d. (2000). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Green, L. & Kreuter, M. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th edition. New York: McGraw-Hill.
- Glanz, K. e.a. (1997). *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hommels, I. & Molleman, G. (2000). *Handleiding Preffi*. Woerden: NIGZ.
- Jansen, J. e.a. (1991). *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Bilthoven: RIVM.

- Moody, R. & Hulme, A. (2004). *Hands-on health promotion*. Australie: IP Communications.
- Nutbeam, D. & Harris, E. (2004) *Theory in a Nutshell. A Practitioner's Guide to Commonly Used Theories and Models in Health Promotion*. McGraw-Hill Education.
- Rootman e.a. (2001). *Evaluation in Health Promotion*. Regional Publications No 92. Copenhagen: WHO.
- Seedhouse, D. (1997). *Health Promotion: Philosophy, Prejudice and Practice*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Stel, J van der (2004). *Handboek preventie, voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid*. Assen: van Gorcum.
- Tones, K. & Tilford, S. (2001). *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*. 3rd edition. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Tones, K., & Green, J. (2004). *Health promotion: planning and strategies*. London: Sage.
- Verburg, H. & Lender, G. (1999). *Preventie in programma's*. Utrecht: GGZ Nederland.
- WHO (2004) *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victoria Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne.

Tijdschriften

- Health Promotion International: <http://heapro.oupjournals.org>
- Int J Health Promotion and Education: <http://www.ihpe.org.uk/journal/jhome.html>
- Health Education Research: <http://her.oupjournals.org>
- TSG (Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen): <http://home.wanadoo.nl/venw/tsg.htm>

Juist omdat er in de gezondheidsbevordering verschillende disciplines nodig zijn, is een wetenschappelijk Esperanto wenselijk. Het woord *referentiekader* geeft aan, dat het voor te stellen model vooral als toetssteen, als een interface, te zien is. Ieder kan zijn eigen werkmodel tegen dit referentiekader houden om na te gaan welke factoren overeenkomen en waar het verschil zit. Het wil daarmee dienen als bemiddelaar voor het gesprek tussen alle betrokkenen partijen en bovendien een impuls zijn naar een integrale aanpak van gezondheidsbevordering.

2.4 Kaders in soorten

Termen als model, theorie, raamwerk enzovoorts worden vaak als synoniemen gebruikt, ook in dit boek. Het loont de moeite om kort op de overeenkomsten en verschillen in te gaan.

In de wetenschap wordt de vorming van een *theorie* centraal gesteld. Een theorie is een samenhangend verhaal over de werkelijkheid, dat het doen van voorspellingen over die werkelijkheid mogelijk maakt.

Een *model* is een afbeelding van een proces, eventueel op kleinere schaal. Modellen kunnen in het verlengde van een theorie ook als computersimulaties ingezet worden om het stelsel van aannames in die theorie door te rekenen met gebruik van wiskundige formules. In de economie en in het bedrijfsleven zijn dergelijke rekenmodellen gangbaar. Beleidsmakers kunnen daarmee zien hoe hun besluiten doorwerken in de resultaten. Een praktijkwerker die zijn project illustreert met een projectschema met daarin een keten van doelen en middelen, maakt ook een model, al zal dat vaak zonder de mathematische doorrekening gebruikt worden. Een *schema* is de tekening van een model.

Uit het projectmanagement komt de term '*logisch model*'. Het woord 'logisch' staat hier voor 'de gebruikelijke gang van zaken'; het slaat niet op de formele logica. Een logisch model laat het verband zien tussen oorzaken en gevolgen in een bepaald gebied. Oorzaken van oorzaken en gevolgen van gevolgen komen ook in beeld. Daarbij past het gebruik van termen als missie, doel en subdoel in een vast onderling verband, in een hiërarchie. De projectleider moet aangeven wat resultaten per niveau zijn en hoe die zichtbaar gemaakt kunnen worden.

Gebeurtenissen die het project zouden kunnen beïnvloeden, zonder dat de projectleider daar iets aan kan doen (regeringscrisis, ruzie tussen organisaties, woede van bewoners over politieke plannen met hun gebied) vallen onder assumpties: dat zijn de te verwachten mee- en tegenvallers en hoe daarmee om te gaan. Het logisch model is een uitgeschreven ALS - DAN kaart: het geeft aan hoe de keten tot stand komt. Voor elke schakel uit de keten geldt de vraag: is die noodzakelijk en voldoende om de volgende schakel te beïnvloeden?

Ook het begrip *framework* (*raamwerk*) is in de gezondheidsbevordering een bekende, bijvoorbeeld in:

- A planning framework for public health practice (NPHP, 2000)
- Framework for Program Evaluation in Public Health (CDC, 1999)

Een framework is een stappenmodel, waarin in bepaalde stappen (onderdelen van de inhoud) aandacht krijgen.

Een model en schema op weg naar een theorie

Het referentiekader dat wij hierna zullen schetsen heeft de meeste kenmerken van een logisch model. Het wil de keten van oorzaken en gevolgen ordenen, wijzen op dwarsverbanden, de vraag naar indicatoren steeds beantwoorden en wijzen op de rol die de context als bron van assumpties heeft. Het is ook te gebruiken als een raamwerk, als stappenmodel voor analyse en voor planning. Het is een model, omdat het een gecondenseerde afbeelding is van werkprocessen en begrippen in de gezondheidsbevordering. Bij het kader hoort een tekening. Die tekening is een schema. Het referentiekader kan een theoretisch kader worden, maar dan moet aan de standaardisatie van begrippen en de onderbouwing ervan nog veel werk verricht worden.

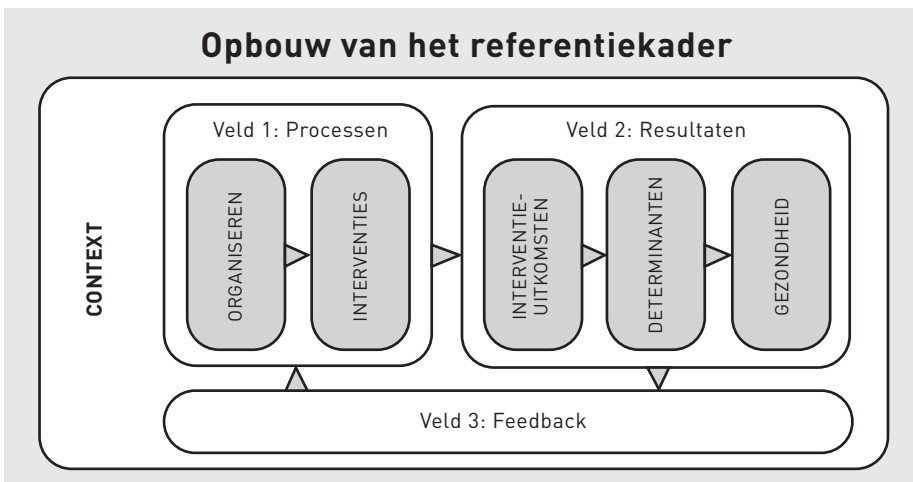
2.5 Het referentiekader in hoofdlijnen

Het referentiekader is een uitgetekend model (schema) van de eerder gegeven definitie van gezondheidsbevordering, die hier omwille van de duidelijkheid in een iets andere opbouw wordt weergegeven:

Gezondheidsbevordering is

- rekening houdend met de **maatschappelijke context**
- het **organiseren** van
- **interventies** die resulteren in
- **tussenresultaten/interventieuitkomsten**, die van invloed zijn op
- **determinanten** van gezondheid
- om zo **gezondheid** en **gelijke kansen op gezondheid** te vergroten.

Dat brengen we als volgt in beeld:



Deze voorstelling is in overeenstemming met het model dat het RIVM in de VTV hanteert (zie VTV 2002, pagina 26). Dat model spreekt in plaats van 'context' over 'autonome ontwikkelingen'.

Het model heeft een **achtergrond** (Context) en drie **velden** (Proces, Resultaat en Feedback).

De vijf **zones**, de verticale kolommen, zijn:

1. Organiseren
2. Interventies
3. Tussenresultaten/interventieuitkomsten
4. Determinanten
5. Gezondheid

Iedere zone krijgt in het volgende hoofdstuk meerdere **vakken** die gevuld zijn met **factoren**. De termen zone en factor zijn niet toevallig gekozen. Woorden als boxen of blokken geven teveel associaties met mechanische metaforen (dominostenen). Ook al kan de afbeelding dat vermoeden stimuleren, gezondheidsbevordering is niet goed met dat soort eenvoudige causaliteitsketens te beschrijven. Factoren in de zones oefenen invloed op elkaar uit en zones overlappen elkaar. Het referentiekader legt uiteen wat eigenlijk integraal begrepen moet worden.

De *analytische* route door het model loopt van rechts naar links, van 'resultaat' naar 'proces'. Stap voor stap is het de vraag welke resultaten (gezondheid) door welke processen zijn te realiseren. De planningsroute doorloopt het model van links naar rechts, van 'proces' naar 'resultaat'. Onderzoek naar resultaten en tevredenheid vormt de feedbackloop naar verdere investeringen en initiatieven. In de volgende hoofdstukken zal het hele model de revue passeren met daarbij een toelichting op ieder veld, op iedere zone en op iedere factor. In hoofdstuk 3 komt het veld met de processen aan de orde, daarna in hoofdstuk 4 het veld met de resultaten, in hoofdstuk 5 komt het gebruik van het referentiekader aan de orde en in hoofdstuk 6 staat het passend onderzoek centraal.

BRONNEN

Bronnen over kaders, theorieën en modellen

Theorie en model:

'Tegelijk met dit project werd voor ZonMw het project 'Onderzoeksdesigns voor het gezondheidszorgonderzoek, interdisciplinaire overeenstemming en beoordeling van passendheid' uitgevoerd. Dat project vertoont interessante raakvlakken met dit project. Ook daar gaat het om het oplossen van misverstanden, om samenhang tussen beleid, onderzoek en praktijk. Net als in dit boek geeft het rap-

port een beschrijving van het domein (zoals in dit boek het referentiekader) en geeft het daarna richtlijnen voor onderzoeksvorstellen waarbij rekening wordt gehouden met het methodologisch wenselijke, het ethisch en praktisch haalbare en de randvoorwaarden bij beleidsbepalers. Eén hoofdstuk heeft als titel: 'Een RCT, ja of nee'.

Het eindrapport van dit project is voor ons een belangrijke inspiratiebron en spiegel geweest.'

Juttman, R., Klazinga, N. & Mackenbach, J. (2004). *Wetenschappelijke kwaliteit van het gezondheidszorgonderzoek*. Rotterdam: Erasmus MC.

Het gebruik van het 'logisch model':

- *Community Tool Box*: http://ctb.ku.edu/tools/en/section_1877.htm
De Community Tool Box is een goed gevulde schatkist, een handboek met veel checklists en suggesties voor het plannen van verandering. Ter illustratie de inhoudsopgave die slaat op het onderdeel Logic model:
Part A. Models for Promoting Community Health and Develop... >
Chapter 2. Some Other Models for Promoting Community Health ... >
Section 1. Developing a Logic Model or Theory of Change >
- W.K. Kellogg Foundation Logic model development guide (2001)
<http://www.wkkf.org/Pubs/Tools/Evaluation/Pub3669.pdf>
- CDC bibliography on logic models (1999)
<http://www.cdc.gov/eval/logic%20model%20bibliography.PDF>

Theorie in gezondheidsbevordering: gebruik en overzicht:

Ons referentiekader is een uitbreiding van het model van Nutbeam, die op zijn beurt weer voortbouwt op het Precede-Proceed model van Green en Kreuter.

- Nutbeam, D. (2001). *Oxford handbook of public health practice*. Hoofdstuk x .
- Green, L. & Kreuter, M. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th edition. New York: McGraw-Hill.

Samenwerking:

The Communication Initiative is een samenwerkingsverband van veel internationale organisaties op het gebied van public health, educatie en ontwikkelingshulp. Het biedt een goede toegang tot allerlei instanties en documenten op dit gebied.

Een sectie is gewijd aan 'Change Models': <http://www.comminit.com/change-theories.html>
<http://www.comminit.com/changetheories.html>



Samenvatting en conclusies hoofdstuk 2

> Algemeen

1. Gezondheidsbevordering is een geaccepteerd concept, maar wordt als een samenhangend geheel in praktijk gebracht.
2. De kenmerken van gezondheidsbevordering zijn, dat het participatie en communicatie centraal stelt met een groot respect voor de eigen mogelijkheden van mensen. In de aanpak zijn naast effecten op gezondheid ook effecten als waardering oogsten, draagvlak verbreden en het versterken van sociale netwerken van belang. Daarmee is het mogelijk om de continuïteit van de gezondheidsbevordering te verzekeren.
3. Gezondheidsbevordering is een complex werkterrein: er leiden veel wegen naar gezondheid en er zijn veel invloeden naast de geplande interventies.
4. Een referentiekader is een hulpmiddel om de gedachten te ordenen, het gesprek tussen partijen te vereenvoudigen en om rekenschap te geven van de keuzes.

> Beleid

5. Het referentiekader kan bijdragen aan een systematische beleidsontwikkeling, omdat het:
 - de doelen in kaart brengt,
 - strategische mogelijkheden ordent,
 - de benodigde investeringen in systemen en mensen ordent,
 - en daarbij aansluit op de bekende INK systematiek.
6. Het kan in registratie en rapportage helpen om sturingsinformatie te ordenen.

> Onderzoek

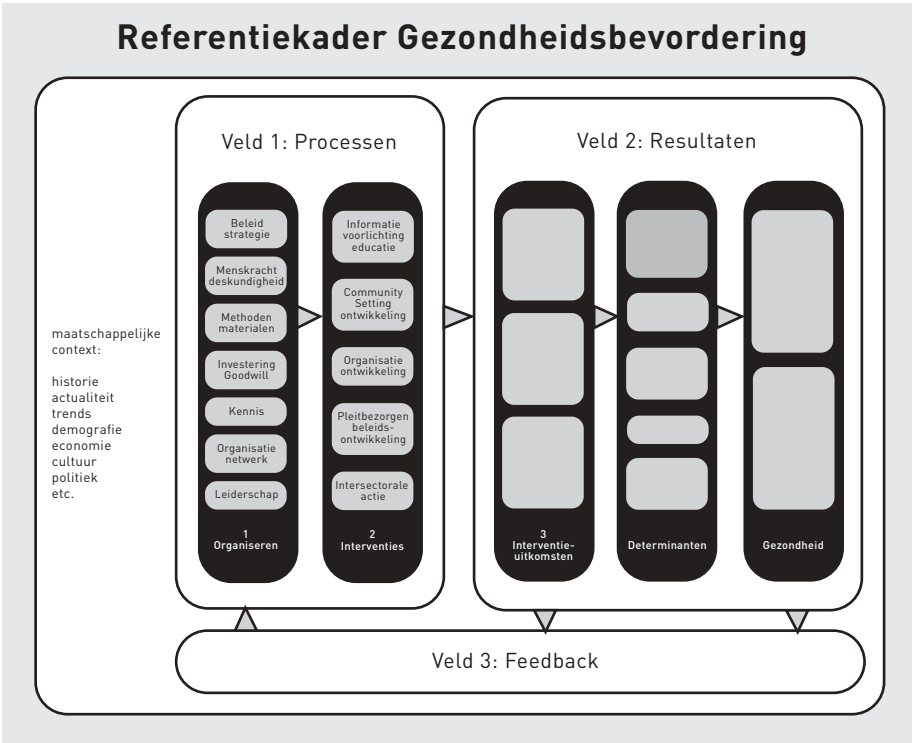
7. De onderzoeksvraagstelling kan in het referentiekader geplaatst worden.
8. Naast onderzoek naar beoogde resultaten is onderzoek naar capacity building van belang.
9. Gezien de kenmerken van gezondheidsbevordering zou meer, en vaker, actiebegeleidend onderzoek moeten worden uitgevoerd. Ook kleinschaliger onderzoek is gewenst, vooral in de vorm van participatief onderzoek.

> Praktijk

10. Om de plaats van een project te bepalen is het referentiekader behulpzaam.
11. Belangrijk is na te gaan of de organisatievoorwaarden wel sporen met de schaal van de ambitie.
12. In rapportages zijn categorieën van het referentiekader te gebruiken, om de uitwisseling met ervaringen uit andere projecten mogelijk te maken.

Hoofdstuk 3 Processen

Het eerste veld van het referentiekader beschrijft de processen voor gezondheidsbevordering. Het gaat in op de omstandigheden waaronder gezondheidsbevordering werkt. Het hoofdstuk beschrijft wat er onder de variabelen in de context en in ieder van de twee zones van het veld te verstaan is en geeft aan hoe die variabelen te onderzoeken zijn. De beschrijving streeft niet naar volledigheid: sommige variabelen zijn goed bekend in de gangbare literatuur en het meten ervan wordt tot de routines van het onderzoek of de registratie gerekend. Daar zijn handboeken de beste bronnen. Op onderdelen die in gezondheidsbevordering nieuwe accenten leggen, is de toelichting uitgebreider en geeft dit boek een bredere variatie aan bronnen. Het hoofdstuk eindigt met een aantal aanwijzingen over hoe het procesveld van het referentiekader gebruikt kan worden in praktijk, in onderzoek en in beleid. Het besluit met een paar conclusies, die enkele centrale thema's nogmaals belichten.



3.1 Maatschappelijke context

It is no measure of health to be well adjusted to a profoundly sick society.

– *Krishnamurti*

maatschappelijke
context:

historie
actualiteit
trends
demografie
economie
cultuur
politiek
etc.

De maatschappelijke context in het referentiekader omvat alle maatschappelijke omstandigheden waaronder de interventie plaatsvindt, voor zover die niet zijn meegenomen in de lijst van organisatorische voorwaarden. Het gaat om processen met een sterke tijdsdimensie: historie, actualiteit en trends, met name in macroprocessen als demografie, economie, cultuur, politiek enzovoorts. Deze contextuele variabelen zijn in evaluaties vaak terug te vinden bij de discussie achteraf van de interventieprocessen en -resultaten. Zij dienen dan als verklaring voor een vertraging (en soms versnelling) of het gedeeltelijk (mis)lukken van een project. Veelal gaat het dan om onverwachte dingen die met enige extra inspanning wel te voorzien waren, maar die desondanks in de planning niet zwaar zijn gewogen. Ervaren professionals, door schade en schande wijs geworden, hebben dikwijls een eigen antenne voor dergelijke contextuele variabelen.

In de beschrijving van onderzoeken is de context tot nu toe een verwaarloosde factor. Ook reviewprotocols schenken er nauwelijks aandacht aan (Rychetnik, 2002). Het gevolg daarvan is weer dat zolang de context niet gespecificeerd is, eigenlijk de vraag 'werkt het' met de randomised controlled trial of reviewtraditie niet beantwoord kan worden. Hooguit zou de conclusie mogen zijn: 'het blijkt te kunnen werken'. Zolang niet duidelijk beschreven is binnen welke context een interventie werkt, kan hij wel succesvol zijn, maar daarmee is hij nog niet overdraagbaar naar andere contexten. Dit heeft gevolgen voor de verdere disseminatie en implementatie van zogenaamde voorbeeldprogramma's of 'best practices'. Omdat niet na te gaan is of de context van de ontwikkelaars en de toepassers gelijk is, is het niet verbazend dat veel implementatieprojecten spaak lopen. De oorzaken in de organisatiefactoren worden meestal wel onderkend, de context is helaas nog vaak een blinde vlek.

Wat valt er onder de context? Welke gebeurtenissen en krachten moeten in kaart worden gebracht? In het schema zijn bij wijze van suggestie een aantal trefwoorden opgenomen. Minimaal moet aan de orde worden gesteld:

- Het tijdsperspectief: welke relevante lijnen zijn er met het verleden, wat gebeurt er gelijktijdig, waar is in de toekomst rekening mee te houden.
- De politieke context: welke politieke processen rivaliseren of ondersteunen het proces? Een campagne 'stoppen met roken' heeft meer effect als dit gepaard gaat met een politiek besluit voor accijnsverhoging.
- De machtsfactoren: welke machtsverhoudingen kunnen in het proces doorwerken? Zo kan voor een bepaalde doelgroep het advies van een arts effectiever zijn dan het advies van een voorlichter.
- De economische context: een interventie zet direct of indirect kapitaal om in diensten en die zijn weer waar voor hun geld. Hoe voegt het project zich in dit krachtenveld? Als veel mensen dankzij stoppen-met-roken-begeleiding echt met roken stoppen, dan ontnemt dit zowel de overheid (accijnzen) als de fabrikanten inkomsten.
- De culturele gegevens, waaronder culturele diversiteit: etnische verschillen, maar ook professionele werkculturen kunnen invloed hebben op betrokkenheid, op beeldvorming, op waardering, enzovoorts. Zo kan een bepaalde interventie wel werken in een Surinaams/Antilliaanse context, maar niet in een gemeenschap van Marokkanen.

De opgave is om uit de chaotische context de factor te isoleren die er meer toe doet dan andere en de overige variabelen als ruis te hanteren. Ook gedurende het proces blijft de context een variabele om rekening mee te houden. Zo kan een politieke machtswisseling in bijvoorbeeld de gemeente lokale interventies beïnvloeden. Uitspraken van een nieuwe en gezaghebbende wethouder kunnen lopende interventies ineens in een ander daglicht stellen of – niet ongebruikelijk – de continuering van subsidies kan door andere prioriteiten van het college in het gedrang komen.

Maatschappelijke processen hebben een eigen dynamiek. Individuen, groepen en samenlevingen leven in een krachtenveld, dat gezondheid óf begunstigt óf benadeelt. Met het ontwikkelen van een interventie proberen gezondheidsbevorderaars dat krachtenveld te wijzigen, ten gunste van de gezondheid van een bepaalde doelgroep. Wie geen aandacht heeft voor die context en zich alleen concentreert op de eigen inzet kan twee fouten maken. Op de eerste plaats kunnen de krachten van elders worden onderschat, waardoor de interventie te weinig invloed kan uitoefenen. Met te weinig kritieke massa doet een interventie er niet toe. Op de tweede plaats kunnen kansen onbenut blijven: de mogelijkheden in de context om de eigen bedoelingen te versterken blijven buiten beeld.

Onderzoek naar de context

Onderzoek dat geen rekening houdt met het krachtenveld waarbinnen een interventie wordt ingezet en dat geen rekening houdt met mee- en/of tegenwind, geeft een beperkt beeld van de werkelijkheid. Bij hergebruik van dergelijke interventies zal pas blijken welke verborgen assumpties over de context gemaakt zijn. Dit gegeven heeft twee gevolgen: minimaal moeten onderzoekers beter rapporteren wat de omstandigheden zijn waaronder een interventie is uitgevoerd en welke elementen in de situatie wellicht bevorderend en remmend waren. Nog beter is het die elementen in de context apart object van onderzoek te maken: door te spreken van een krachtenveld waarin de interventie zich mengt, wordt duidelijk wat de redelijke veranderingspotentie van een interventie is onder die omstandigheden. De verwachtingen van een publiekscampagne van €3 miljoen om drankgebruik te minderen, worden in perspectief geplaatst als er rekening wordt gehouden met het gegeven dat de industrie in dezelfde periode €200 miljoen aan marketingmiddelen gebruikt om mensen juist aan te zetten tot het kopen van drank (*NIGZ, KPMG, GGZ Nederland - 2001*). Wil de context in het onderzoek de juiste plaats krijgen, dan is de vraag hoe uit die chaotische context de factor te isoleren is die er meer toe doet dan anderen. Een systematische manier om deze verkenning gericht uit te voeren staat in onderstaand voorbeeld.

> **Voorbeeld van een contextanalyse**

In Victoria, Australië liep van 1998 tot 2004 een interventieprogramma om postnatale depressies te verminderen en de gezondheid van moeders te bevorderen. In het hoofdproject zijn effectmeting en traditionele procesevaluatie (bereik, tevredenheid en implementatiegraad) opgenomen. Daarnaast werd een apart project gestart genaamd Eco-Prism om de economische en ecologische evaluatie uit te voeren. Verwacht werd dat kenmerken van de context de impact zouden bevorderen, maar ook dat een dergelijk onderzoek de spin-off bijvoorbeeld op intersectorale samenwerking aan het licht zou kunnen brengen.

Vier methoden werden toegepast:

1. Interorganisatorische netwerkanalyse om de dichtheid en centraliteit in het netwerk van samenwerkende organisaties te volgen
2. Gedurende twee jaar hielden de lokale projectleiders dagboeken bij, met een open opdracht om alles wat hen in- of opviel te registreren. Dit resulteerde in rond 40.000 woorden per persoon. Die werden thematisch, semiotisch en via narratieve analyse onderzocht.

3. Er werden ook 'Impact logs' bijgehouden, een gestructureerd protocol om de voortgang in het project te registreren.
4. Met sleutelfiguren werd na afloop een interview gehouden. Daarin konden ook thema's die in de dagboeken naar voren kwamen nader besproken worden.

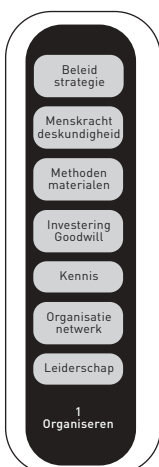
In de discussie signaleren de auteurs dat wat er in die analyse naar voren komt duidelijk kan maken wat in een volgende fase meer aandacht verdient. Zij noemen als voorbeeld knelpunten in de werksituatie van de projectmedewerkers (in het referentiekader in de organisatiekolom verwerkt). De auteurs realiseren zich dat deze wijze van extra onderzoek de interventie mee aanstuurt, maar de projectmedewerkers vonden dat bijvoorbeeld het bijhouden van het dagboek een positieve invloed had.

Onderzoekers die dit soort onderzoek doen, moeten open-minded zijn. Ze vinden verklaringen en bewegingen die niet altijd vooraf voorzien of bedacht zijn. Ze kunnen lokale variatie opsporen die de opzet van het hoofdonderzoek danig kan verstoren: veronderstellingen over bereidheid tot deelname kunnen bijvoorbeeld verschillen van de officiële toezeggingen.

Het is nodig om naast theoriegebaseerde logisch ontworpen interventies een open oog te houden voor de onvermijdelijke impact van de context. In de evaluaties moet die niet buiten haakjes worden gezet, maar juist meegenomen worden.

Hawe, P. et al (2003). Methods for exploring implementation variation and local context in a cluster randomised community intervention trial. *J Epidem Comm Health* 2004 , 58: 788-793.

3.2 Organiseren



De effectiviteit van interventies is mede afhankelijk van de mate waarin aan de randvoorwaarden is voldaan. De term *randvoorwaarden* is enigszins ongelukkig: het zou de suggestie kunnen wekken dat 'context' en 'organiseren' in tegenstelling tot het echte werk ('de interventies') een marginale rol hebben. Maar dat is niet zo. Ze staan nadrukkelijk in het referentiekader, omdat het inrichten van deze *voorwaarden* eigen werkprocessen met zich meebrengt, niet alleen voor de start van de activiteiten, maar ook tijdens het verloop van een project (Saan e.a., 2004). In de zone 'organiseren' is het nationale, lokale of instellingsbeleid het kader voor het werk. Binnen deze zone onderscheiden we professionele (1) en managerial (2) variabelen.

1. De professionele variabelen

Deze zijn weer onder te verdelen in:

- strategiebepaling in het verlengde van bovenstaand beleid,
- de benodigde menskracht en deskundigheid (competenties),
- de beschikbaarheid van methoden en materialen (bijvoorbeeld best practices, draaiboeken).
- kennis (bijv. beschikbaarheid van reviews),

2. De managerial variabelen

Deze zijn voor een deel aan het INK-model ontleend (www.ink.nl):

- investering en goodwill (budget),
- organisatie en netwerk (de eigen organisatie en samenwerkingsverbanden),
- leiderschap (benodigde kwaliteiten van bijvoorbeeld projectleiders).

Deze variabelen verwijzen onderling weer naar elkaar. Zo is 'kennis' niet alleen kennis over het inrichten van de interventie zelf, maar ook over aansturen en samenwerken; bij het inrichten van een organisatie of netwerk komen vragen van personeelsbeleid en competenties om de hoek.

De invulling van deze variabelen legt het fundament voor de interventies. Zo is het verwerven van politiek draagvlak bij de lokale politici ('netwerken') voor financiering van activiteiten ('investering') een essentiële stap voor het bereiken van een geslaagde interventie. Het behoort bij 'het echte werk' voordat de uitvoering van een project kan starten. Voor deze werkprocessen dient apart tijd en geld geïnvesteerd te worden.

3.2.1. Beleid en strategie

Beleid
strategie

Beleid is het kiezen van prioriteiten, van een strategie en het toewijzen van middelen op hoofdlijnen. Er zijn vier soorten beleid: inhoudelijk beleid (gericht op een gezondheidsthema), onderzoekbeleid (bijvoorbeeld van ZonMw), kennis- en kwaliteitsbeleid (dat efficiëntie en doeltreffendheid bewaakt) en voorwaardenscheppend beleid (wetgeving en het inrichten van systemen en onderdelen daarvan). Het beleid wordt mede bepaald en is vaak een uitvloeisel van de factor politiek, zoals beschreven bij de maatschappelijke context van het referentiekader (zie 3.1).

Voor gezondheidsbevordering zijn vier beleidskaders van belang:

- Internationaal beleid zoals dat via de UN, de WTO, WHO en EU wordt vormgegeven

- Nationaal beleid op het gebied van gezondheid (bijvoorbeeld de nota *Langer Gezond Leven* van het ministerie van VWS, 2003) en in direct betrokken sectoren als welzijn en onderwijs
- Lokaal gezondheidsbeleid
- Instellingsbeleid

Geldstromen bepalen vaak de wijze waarop de overheid regie voert: via nationale kanalen en koepels (zoals tot nu toe binnen de geestelijke gezondheidszorg) of via de lokale overheid (via de GGD) in afstemming met de nationale beleidsvoornemens. Op overheidsbeleid is controle via parlement of gemeenteraad mogelijk, wat weer mogelijkheden voor beleidsbeïnvloeding geeft.

Beleidsvoornemens en de daarbij vigerende strategieën bepalen voor een groot deel de mogelijkheden van gezondheidsbevordering. Meestal geven ze het raamwerk waarbinnen de professional zijn of haar eigen verantwoordelijkheid neemt. Ervaringen met en onderzoek naar (de resultaten van) gezondheidsbevordering zijn impulsen voor het beleid.

Het beleid dat in deze zone aan de orde is, heeft betrekking op de te organiseren interventies: het biedt het kader en de mogelijkheden daarvoor. Later komt beleid aan de orde als interventie-uitkomst, wanneer via het beleid kansen op gezondheid vergroot kunnen worden.

Het INK-model omschrijft deze factor als volgt:

‘De manier waarop de onderneming haar missie implementeert door een heldere, voor alle stakeholders uitgewerkte strategie en hoe deze wordt vertaald in concreet beleid, plannen en budget. Het gaat ook over informatiebronnen die aan de strategie ten grondslag liggen en de wijze waarop intern en extern wordt gecommuniceerd.’ (<http://www.ink.nl/public/?dirID=23>)

Onderzoek en beleid

Onderzoek speelt in de beleidscyclus twee rollen: als onderbouwing van beleidsvoornemens en als evaluatie van het gevoerde beleid. Er is een toenemende interesse voor het onderbouwen, voor de mogelijkheden van een ‘evidence based policy’ (Lin & Gibson, 2003). Daarbij zouden de principes van ‘evidence-based medicine’ uitgangspunt kunnen zijn. ‘Evidence’ zou een rationeel tegengif tegen politieke willekeur zijn. In de politieke besluitvorming is echter een veelvoud van bronnen relevant, veldspecifieke evidence is er daar één van. Bovendien is politieke besluitvorming niet irrationeel, maar ‘anders rationeel’. Naast inhoudelijke overwegingen spelen namelijk bij alle politieke processen ook overwegingen van macht, van draagvlak, van public relations. In de onderlinge verhoudingen van die afwegingen ontstaat geleidelijk meer inzicht (Stone, 1988: Kingdon, 1984).

In Nederland zijn de VTV-studies en de Brancherapporten (m.i.v. 2006 de Zorgbalans) de basis voor het inhoudelijke nationaal gezondheidsbeleid. De lokale nota's en lokale VTV's zijn gezondheidsprofielen gebaseerd op lokale epidemiologische onderzoeken naar lokale problemen. In de bestaande registraties ligt de nadruk vooral op determinanten en gezondheid. Kennis over organiseren en interventies (het proces) komt pas sinds kort geleidelijk aan in beeld. Toch is ook deze kennis onontbeerlijk voor een goed lokaal en nationaal gezondheidsbeleid en voor het juist toekennen van middelen.

Beleidsbeoordeling gebeurt veelal via het politieke debat, soms via onderzoek. Een interessante ontwikkeling is de Health Impact Assessment (Gezondheidseffectscreening). De checklist daarvoor is via het RIVM in digitale vorm beschikbaar ([www.cges.nl/cges/\(adm5s55ufpwagmzmtmnt0p55\)/default.aspx](http://www.cges.nl/cges/(adm5s55ufpwagmzmtmnt0p55)/default.aspx)).

Onderzoeken naar de resultaten van beleid zouden meer als een nuttige terugkoppeling moeten worden ingezet. Het goed betrekken van de context in het onderzoek biedt bij het interpreteren van de uitkomsten meer mogelijkheden, en het geeft een betere basis om het beleid te adviseren over toekomstige bijsturing.

BRONNEN

Beleid

- Burg, M. vd, Heijkoop, C. (2004) *Voortgangsmeter Lokaal Gezondheidsbeleid*. SGBO/VNG
- Davies, P. (2004). *Is evidence-based government possible?* Jerry Lee Lecture 2004.
<http://www.policyhub.gov.uk/home/JerryLeeLecture1202041.pdf>
- Kingdon, J. (1984). *Agendas, alternatives and public policies*. Boston: Little Brown & Co.
- Lin, V. & Gibson, B. (ed.) (2003). *Evidence-based health policy: Problems and possibilities*. Oxford University Press.
- Stone, D. (1988). *Policy paradox and political reasoning*. Scott Foreman.

Health impact assessment:

- Frankish, C.J. and Green, L. Health impact assessment as a tool for health promotion and population health. *EiHP*, chapter 18.
- Roskam Abbing, e.a. (1995). *Gezondheidseffectscreening*. Verkennend rapport en verslag van een workshop. Den Haag: VWS.

Relevante websites:

- www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HPA/HealthImpact/20020319_1
- www.ihia.org.uk/document/ephia.pdf
- [www.cges.nl/cges/\(f31r5waggltwj355wp0rkxyr\)/default.aspx](http://www.cges.nl/cges/(f31r5waggltwj355wp0rkxyr)/default.aspx)
- www.phforum.nl/artikelen.php4?artikel_id=142

3.2.2. Menskracht en deskundigheid

Menskracht
deskundigheid

Bij de regie, planning en uitvoering van gezondheidsbevordering zijn veelal hoogopgeleide professionals betrokken. Het beroepsprofiel van de NVPG (2002) geeft aan welke competenties vereist zijn. Ook de functiedifferentiaties die recent in beeld gebracht zijn (Taskforce GGD, 2003) zijn daarbij een hulpmiddel. Voor de voorlichters in eigen taal en cultuur heeft het NIGZ een apart functieprofiel ontwikkeld (NIGZ, 2004).

Omdat vooropleiding geen garantie voor kwaliteit van werken op de lange termijn biedt, is de NVPG een registratietraject gestart. Het bijhouden van vakliteratuur, het volgen van bij- en nascholing en het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten horen daarbij.

Vaak doen specialisten bij de planning en uitvoering van interventies een beroep op de medewerking van andere professionals en vrijwilligers. Hoeveel mensen er nodig zijn en over welke competenties ze moeten beschikken, verschilt per project. Het rekruteren, inwerken, zonnodig trainen en coachen van die mensen valt onder deze factor.

Het INK-model omschrijft deze factor als volgt:

‘De manier waarop de kennis en inzet van de medewerkers maximaal wordt benut. Hierbij spelen een rol:

- het personeelsbeleid dat hieraan ten grondslag ligt;
- de investering in kennis en vaardigheden van medewerkers;
- de waardering en het respect voor de inspanningen van medewerkers;
- de zorg voor het welzijn van medewerkers.’

(<http://www.ink.nl/public/?dirID=23>)

Onderzoek naar ‘menskracht en deskundigheid’

Onderzoek naar de factor ‘menskracht en deskundigheid’ vindt incidenteel plaats op nationaal niveau door de beroepsverenigingen (zie box). In de beleidsbepaling speelt het slechts zijdelings een rol. De Nederlandse Public Health Federatie startte in 2004 een project menskrachtplanning, dat ook op gezond-

heidsbevordering betrekking heeft. Maar nog steeds geldt dat voor beroepsgroepen als artsen en verpleegkundigen veel meer aandacht is.

Het werken met en door andere gezondheidsprofessionals en vrijwilligers komt in gezondheidsbevordering vaak voor. Die staf moet zonodig worden getraind. Het is ook mogelijk gebruik te maken van informele leersituaties, leren door te zien en na te doen. Om die personen te werven en op informele wijze in te werken geeft de Australische Capacity Checklist de volgende items:

1. There are opportunities in the workplace for the person you wish to influence to come across health promotion staff informally, and have interpersonal contact eg. in the tea room, library, car park
2. There are opportunities in the workplace for the person you wish to influence to meet health promotion staff formally (eg. meetings, clinics, seminars)
3. The work role of the person you wish to influence is sufficiently broad for them to be often thrown into new situations, or be asked to carry out different tasks from normal
4. The person you wish to influence is often placed in a situation where they can directly observe the skills and behaviours that you wish them to acquire
5. There is a sufficient diversity of contact between health promotion staff and the person you wish to influence for the full range of health promotion skills to be shown to advantage

Onderzoek naar competenties is een gebruikelijke procedure in het moderne onderwijs en personeelsbeleid (Berkel e.a., 2003). Capaciteit en competentie zijn belangrijke succes- of faalfactoren, maar helaas besteden rapportages van projecten aan deze factoren onvoldoende aandacht. Daardoor is het vrijwel onmogelijk om een realistische inschatting te maken van wat er met een beschikbaar team in een gegeven tijd redelijkerwijs voor verandering gerealiseerd kan worden.

BRONNEN

Menskracht en deskundigheid:

- Delden, P.J. van (1991). *Professionals, kwaliteit van het beroep*. Amsterdam: Veen/Contact.
- Poel, F. van der, Waisvisz, F. & Molleman, G. (2004). *Trendonderzoek gezondheidsbevordering en preventie 2004, Gezondheidsbevorderaars en preventie*

werkers en de uitoefening van hun vak. Woerden: NIGZ.

- Albada, A. (2002). *Patiëntenvoorlichting onder de loep: een inventariserend onderzoek naar de stand van zaken van patiëntenvoorlichting anno 2002*.
- GGD Nederland (2003). *Functiedifferentiatie gezondheidsbevordering bij GGD'en*.
www.ggd Kennisnet.nl/kennisnet/uploaddb/download_object.asp?atoom=20521&VolgNr=1
- Landelijk Steunpunt Vetc/NIGZ (2004). *Functieprofiel Voorlicht(st)er Eigen Taal en Cultuur (Vetc)*.
- Zie de website van de Nederlandse Public Health Federatie voor het project *Beroepskrachtenplanning* (www.nphf.nl)
- Berkel, A. van, Hofman, K. e.a. (2003). *Competentie-assessment*. Utrecht: Lemma.

3.2.3. Methoden en materialen

Methoden
materialen

Methoden en materialen zijn de bouwstenen van de interventie-strategie. Termen als methode, aanpak, strategie of interventie-proces worden vaak door elkaar gebruikt. In dit onderdeel ligt de nadruk op de logistieke beschikbaarheid van methoden (draaiboeken, checklists, trainershandleidingen, protocollen) en materialen (hulpmiddelen als folders, lesmateriaal, websites et cetera). Het plannen van de strategie komt in de volgende zone ('interventies') aan de orde. Het is gebruikelijk methoden onder te verdelen in individuele, groepgerichte en totale-samenleving-gerichte methoden, al naar gelang de schaal van werken.

Het INK-model combineert deze factor met investeringen en omschrijft het management van middelen als volgt:

'De manier waarop vanuit de strategie en het beleid de beschikbare middelen (geld, kennis, technologie, materialen en faciliteiten) worden aangewend om de activiteiten van de onderneming efficiënt en effectief uit te voeren. Ook de manier waarop samengewerkt wordt met leveranciers en partners om de toegevoegde waarde in de keten te vergroten, valt onder management van middelen.' (<http://www.ink.nl/public/?dirID=23>)

Onderzoek van methoden en materialen

Naar methoden en materialen is vooral in de individuele voorlichting veel onderzoek gedaan. Waar mogelijk en nodig is inmiddels pretesten en achteraf evalueren van aanpak en hulpmiddelen routine. Met onderzoek naar de methoden

van werken op groeps- en samenlevingsniveau is vooralsnog minder ervaring opgedaan.

BRONNEN

Bronnen, methoden en materialen

- Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. & Molen, H.T. v.d. (2000). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Freimuth, V. e.a. (2001). Issues in Evaluating Mass-Media Health Communication Campaigns. In Rootman, I., Goodstadt, M. e.a. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO. 475 – 492.
- Kanters, H.W. & Wieberdink, L.A.M. (1990). *Pretesten van schriftelijk voorlichtingsmateriaal: een handleiding voor de praktijk*. [Landelijk Centrum GVO.] Assen: Van Gorcum/Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering.
- Stronks, K. & Hulshof, J. (2001). *De kloof verkleinen: theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Assen: Van Gorcum.
- Tones, K. & Tilford, S. (2001). *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*. 3rd edition. Cheltenham: Nelson Thornes

3.2.4. Investing en goodwill

Investering
Goodwill

Geld ('investering') speelt ook bij het organiseren van gezondheidsbevordering een belangrijke rol. 'Goodwill' is de steun van bijvoorbeeld politici en van andere organisaties. Ook vrijwilligerswerk door leken of professionals is vaak – ook al wordt dat niet gekapitaliseerd – een investering in gezondheidsbevordering.

Van een volledige budgettering per project is meestal geen sprake omdat gebouwen, professionals en overhead vaak al beschikbaar zijn. In die gevallen zijn het alleen de activiteitsgebonden kosten voor materialen en transport die uitgewerkt moeten worden. Ook de inzet van derden wordt zelden gekapitaliseerd. De geringe aandacht voor deze factor draagt niet bij aan een zakelijke beoordeling van de benodigde investeringen per project. De middelen die nodig zijn om een gegeven doel te bereiken blijven vaag. En andersom is het onduidelijk welke veranderingen met de bestaande investering en goodwill redelijkerwijs te verwachten zijn.

Onderzoek naar investeren en goodwill

De registratie van de financiële aspecten laat nog te wensen over. In de QUI-database, die het NIGZ in samenwerking met andere instituten onderhoudt, komen de volgende vragen aan de orde:

> Bedrag dat op jaarbasis is begroot voor het project of de activiteit, inclusief het materiaal:

Dit bedrag is:

- o exclusief menskracht/formatie/fte
- o inclusief menskracht/formatie/fte

(Schatting) totaal aantal uren dat op jaarbasis beschikbaar is voor het project of de activiteit, inclusief de uren voor het inhuren van derden:

Financieringsbron(nen)

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Eigen instellingsmiddelen
- Gemeenten
- Provinciale overheid
- Nationale overheid
- Europese Unie
- Zorgverzekeraar
- Bijdrage van de deelnemers
- Fondsen, nl.:.....
- Sponsoring, bijv. door bedrijfsleven, nl.:.....
- Anders, nl.:.....

In het brancherapport *Preventie* staan hooguit globale cijfers: 'Meer dan 940 miljoen euro voor preventieactiviteiten: In 2002 is volgens het Jaarbeeld zorg in totaal 42,5 miljard euro uitgegeven voor de volksgezondheid. Hiervan ging 938,5 miljoen euro, ofwel 2 procent van deze uitgaven, naar de gezondheidsbevordering en -bescherming. VWS heeft de preventieve activiteiten die binnen andere sectoren van de volksgezondheid vallen, hierin niet meegerekend.' (http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o108n212.html). Het ligt wel in de bedoeling deze geleidelijk te verfijnen.

Het RIVM beschikt wel over een database over kosten van ziekten, maar dat is iets anders dan een database over de investeringen voor gezondheidsbevordering

gerelateerd aan de effecten ervan. Economische analyses naar gezondheidsbevordering komen wel voor, maar dan bijvoorbeeld in termen van formele kostenbaten-analyses, met gebruik van principes die ook elders in de gezondheidseconomie gebruikelijk zijn (Drummond e.a., 2002). Op kleinere projectschaal wordt zelden kritisch naar de economische kant van de zaak gekeken, mede omdat een deel van de investeringen niet doorgerekend wordt.

Onderzoek naar goodwill krijgt veelal een plaats in de onderzoeken naar samenwerking en netwerken (zie aldaar).

Evaluaties naar GVO zijn wel getypeerd als 'belangrijk, lastig en te weinig gedaan' (Wit & Brouwer, 2004). Dat geldt nog meer voor gezondheidsbevordering.

BRONNEN

Bronnen over investeren en goodwill

- Godfrey, C. (2001). *Economic evaluation in health promotion*. EiHP chapter 7.
- Rush, B. Shiell, A. Hawe, P. (2004) A census of economic evaluations in health promotion. *Health education research* (19) 707
- Wit, A. de & Brouwer, W. (2004). Economische evaluaties van GVO programma's. *TSG* (82) 120-123.
- www.quidatabank.nl/kr_nigz
- www.brancherapporten.minvws.nl
- www.rivm.nl/kostenvanziekten/downloads/kvzrapport/kvz_folder.pdf

3.2.5. Kennis

Kennis

Door vooropleiding en ervaring beschikken alle professionals, onderzoekers en beleidsmakers over parate kennis. Die kennis is niet altijd even actueel. Het gaat vaak om kennis die uit eerdere onderzoeken en ervaringen beschikbaar is. Hoewel de toegankelijkheid van actuele kennis de laatste jaren fors is toegenomen (onder andere door internet), lijkt van een goed, breed en kritisch gebruik van actuele kennisinzichten nog onvoldoende sprake te zijn. Zoals nationale instituten werken aan reviews om inzichten uit diverse onderzoeken en praktijksettings samen te vatten, zo zouden professionals minstens bij de start van activiteiten desk research moeten uitvoeren die de basis van hun activiteiten kan versterken. Geld om vooronderzoek te doen kan daarbij noodzakelijk zijn. Zonder actuele gegevens is het moeilijk beleidsbeslissingen te nemen, de strategie te onderbouwen, de logistiek op orde te krijgen en het potentiële resultaat vast te stellen.

Dit boek laat zien dat voor veel delen van het referentiekader een beroep moet worden gedaan op algemene beschrijvingen of op handboeken uit andere sectoren, omdat eigen publicaties gericht op gezondheidsbevordering nog niet beschikbaar zijn.

Onderzoek naar kennis

De laatste jaren is de interesse voor de competenties en daarmee voor het kennisgebruik door de professionals sterk toegenomen. Met name in het kader van onderzoek naar de implementatie van richtlijnen (onder andere door ZonMw) is de verandercapaciteit van de professionals zelf in de schijnwerper komen te staan (Grol en Wensing, 2001, Molleman, 2005, congressen *Kennis beter delen* van ZonMw). Te verwachten is dat deze studies verder gestimuleerd zullen worden door het registratiebeleid van de NVPG en het kwaliteitsbeleid van de overheid en van instellingen.

Naar het gebruik van kennis door beleidsmakers is recent een onderzoek afgerond (Keijsers e.a., 2005). Het gebruik van kennis door onderzoekers blijkt veelal uit het notenapparaat en de lijst van publicaties bij hun rapportages. In hoofdstuk 7 komt het belang van systematisch kennismanagement uitgebreid aan de orde.

BRONNEN

Bronnen over kennis

- Weggeman, M. (1997). Kennismanagement, inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties. Schiedam: Scriptum.
- Rondeel, M. & Wagenaar, S. (2002) *Kennis maken: leren in gezelschap*. Schiedam: Scriptum.

Voor een verdere bespreking van deze factor zie Hoofdstuk 7 over kennismanagement.

3.2.6. Organisatie en netwerk

Organisatie
netwerk

De eigen organisatie is de eerste omgeving voor de professional en bepaalt zijn of haar mogelijkheden en het werkklimaat. Heelaas geldt vaak de organisatiecapaciteit als de grens van de mogelijkheden en dus van de ambitie. In een projectmatige afweziging van ambitie en capaciteit kan het echter nodig en mogelijk blijken die capaciteit te vergroten, bijvoorbeeld via fondsenwerving en/of samenwerking. De term 'netwerk' is toegevoegd omdat de uitvoering van veel projecten binnen

(intersectorale) samenwerkingsverbanden plaatsvindt. Dan gelden niet de regels van één organisatie, maar moeten op grond van de doelen (en meestal: de belangen van de partijen) voor het netwerk nieuwe regels en structuren worden gedefinieerd. Het is meestal zo dat er geen 'beloning' staat op samenwerking. Een van de partners heeft subsidie gekregen en de anderen zijn dan 'ingehuurd' en daarmee niet gelijkwaardig. Dat onderhandelen vergt tijd en zal op bepaalde momenten in het proces terugkomen.

Een apart terrein in de samenwerking is het zogenaamde 'public-private partnership': de samenwerking tussen publieke organisaties en het bedrijfsleven. Gezien het gevoelige terrein en de ervaringen met multinationals in de derde wereld zijn daarvoor in de loop van de tijd een aantal spelregels geformuleerd, ook wel als 'code of ethical practice' aangeduid (Hancock, 2001).

Onderzoek naar organisaties en netwerken

Onderzoek naar bestaande organisaties zijn het werkterrein van de organisatie-sociologie en van de bedrijfskunde. Kwaliteitssystemen als het INK-model beoordelen organisaties min of meer systematisch op een aantal kenmerken, om daarmee de verbetermogelijkheden en resultaten vast te stellen.

Binnen de gezondheidsbevordering is veel onderzoek naar netwerken beschikbaar.

BRONNEN

Organisatie en netwerk:

- Bruijn, H. de, Ten Heuvelhof, E.F. & In 't Veld, R. *Procesmanagement*. 2e druk. Schoonhoven: Academic Service.
- Leeuw, A.C.J. de (2000). *Bedrijfskundig management*. Assen: Van Gorcum.
- Mintzberg, H. (2003). *Organisatiestructuren*. Schoonhoven: Academic Service.

Actuele literatuur over management wordt onder meer signaleerd door:

- <http://management-literatuur.startkabel.nl>
- www.managementsite.net/content/html/56.asp

Netwerken zijn zowel een conditie als een strategisch middel. Ook de uitkomst 'netwerk' wordt met hetzelfde woord aangeduid. Zie verder pagina x.

Voor onderzoek naar netwerken en communities in gezondheidsbevordering zie:

- Fawcett, S.B., Paine-Andrews, A., Francisco, V.T. e.a. (2001). Evaluating Community Initiatives for Health and Development. In Rootman, I., Goodstadt, M. e.a. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Kopenhagen: WHO 241-270.
- Harber Singer, H., Crozier Kegler M., (2004) Assessing Interorganizational Networks as a Dimension of Community Capacity: Illustrations From a Community Intervention to Prevent Lead Poisoning *Health Education & Behavior*, (31) 808-821
- Peters, L. (2001). *De Netwerkbenadering*. Review. Woerden: NIGZ-Centrum voor Review & Implementatie.

3.2.7. Leiderschap

When the effective leader is finished with his work, the people say it happened naturally.

– Lao Tse

Leiderschap

Leiderschap is een begrip met een lange historie (Grace, 2003). Deze factor is cruciaal en toch onderbelicht. Pas de laatste jaren begint in de 'health promotion literatuur' aandacht te ontstaan voor de betekenis van deze factor (Catford, 1997). De leider is naar buiten het gezicht en daarmee het aanspreekpunt voor de activiteiten. Hij/zij is degene die pleitbezorging doet en de PR verzorgt voor het project. Naar binnen is de leider de spil in het netwerk; hij/zij mobiliseert fondsen, kennis en mensen. Leiderschap is een soort capaciteit, manager meer een rol. Ze kunnen samenvallen, maar dat hoeft niet. De algemene literatuur over leiderschap is zeer omvangrijk en geeft een aantal globale principes voor een goed leider: een zorg voor duurzaamheid van de samenleving als geheel, voor het leren van de organisatie, voor synergie in het team en meesterschap over zichzelf (Bennis, 1989, Benne e.a., 1997). Over leiderschap in de gezondheidsbevordering is weinig bekend. Projectleiders wijden in rapporten zelden een paragraaf aan hun eigen rol. Het vormen en inzetten van leidinggevend kader voor gezondheidsbevordering is een belangrijk aandachtspunt.

Het INK-model omschrijft deze factor als volgt:

De manier waarop de leiding de onderneming inspireert tot voortdurende verbetering.

Hierbij spelen een rol:

- de visie van de leiding op de toekomstige ontwikkeling;
- de structuur en cultuur van de onderneming om de visie te kunnen realiseren;
- welke faciliteiten en ondersteuning worden verleend en hoe de leiding op alle niveaus daadwerkelijk het goede voorbeeld geeft (www.ink.nl/public/?dirID=23).

Onderzoek naar leiderschap

Over algemeen leiderschap in het bedrijfsleven is veel, over leiderschap in public health en gezondheidsbevordering bijna niets onderzocht. Catford (1997) suggereert onder meer de volgende onderwerpen voor een research-agenda:

- 'What are the characteristics of a successful leader in public health in terms of styles, personality, attitudes, and beliefs?
- What processes do public health leaders adopt in achieving change?
- What factors seem important in creating and sustaining leadership qualities in terms of their professional life, learning life and personal life? What critical life influences have been important?
- Are there differences between leadership styles in terms of the stage of development of the public health challenge (for example, pioneers versus settlers)?
- Can a theory of public health leadership be developed? How does this compare and contrast with other leadership theories? Can the theory be used to distinguish between management leaders and management administrators?
- Can public health leadership potential be identified early on in an individual's career to assist fast tracking of potential individuals? How could public health leadership potential be identified at mid-career stage and fostered as part of professional development?
- What training approaches should be offered to short-circuit on-the-job learning in public health leadership? What supportmechanisms should be developed for public health leaders to maintain performance and avoid burn out?

BRONNEN

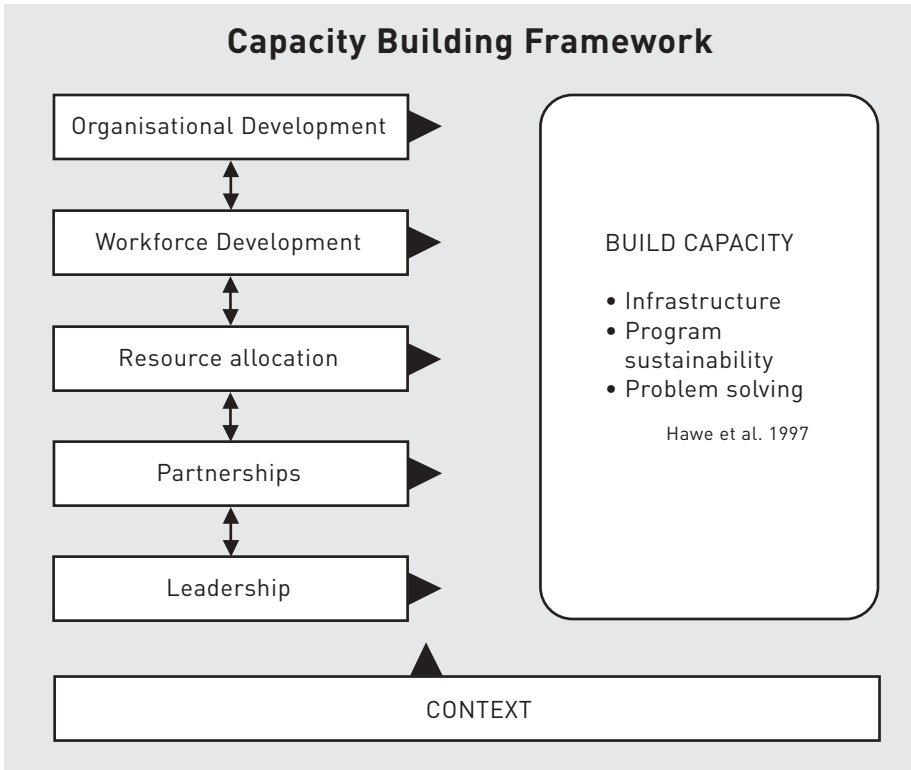
Bronnen over leiderschap

- Bennis, W. e.a. (1996). *Beyond Leadership: Balancing Economics, Ethics and Ecology*
- Catford, J. (1997). Developing leadership for health: our biggest blindspot. *Health Promotion International* (12), No. 1.
- Grace, M. (2003). *The etymology of leadership*.
www.ila-net.org/Publications/proceedings/2003/mgrace.pdf
- St Leger, L. (2001). Building and finding the new leaders in health promotion: where is the next wave of health promotion leaders and thinkers? Are they emerging from particular regions, and are they less than 40 years old? *Health Promotion International* (16) 301-303.
- Weggeman, M. (2004). *Leidinggeven aan professionals*. Kluwer Bedrijfsinformatie

Naar elk van de in de vorige paragrafen genoemde factoren doen gespecialiseerde wetenschappers in aparte disciplines onderzoek. In bedrijfs- en organisatie-wetenschappen is veel relevant voor deze zone te vinden.

3.2.8. Het gebruik van het referentiekader: de capaciteitscheck

In health promotion krijgt het begrip 'capacity-building' steeds meer aandacht. Daarbij is het volgende schema (NSW-Health 1999) uit Australië vaak geciteerd:



Het vertoont (niet toevallig) grote overeenkomst met de factoren in de zone organiseren. De vijf factoren dragen bij aan het probleemoplossend vermogen, aan de duurzaamheid van de interventies en aan een sterkere infrastructuur. Ook kwaliteitsbeleid is een bijdrage aan de werkcapaciteit van organisaties. Het INK- model, bestemd voor het doorlichten en verbeteren van de bedrijfskwaliteit, gebruikt als uitgangspunt een gewogen zelfbeoordeling door diverse interne partijen op veel variabelen zoals in deze zone van het referentiekader genoemd zijn. De resultaten worden in een spinnenwebdiagram uitgezet en vormen het startpunt voor overleg over verbeterstrategieën. De schalen die het INK-model daarvoor gebruikt, zijn vrij eenvoudig samengesteld.

Eén van de sterke punten van het INK-model is het onderscheiden van vijf fasen van kwaliteitsontwikkeling. In de eerste fase werkt een bedrijf onsamen-

hangend reactief, in de laatste fase zijn de in- en externe bedrijfsprocessen op orde en is er sprake van een goed contact met klanten, met toeleveranciers en met maatschappelijke ontwikkelingen (context!). Gezondheidsbevorderaars in Australië ontwikkelden een capaciteitsindex, die overeenkomsten vertoont met de INK-indeling, nu in vier ontwikkelfasen. Toegepast op de factoren uit het referentiekader resulteert dat in de volgende tabel:

Ontwikkelfasen in de organisatiekolom				
	Pril Niet geregeld	Per project Incidenteel	Programma Systematisch	Beleid Volledig/Ideaal
Beleid Strategie	Vage intenties	Globaal plan	Prefi verantwoord Ingebouwd onderzoek	Onderbouwd Cyclisch
Menskracht	Beschikbaar	Competenties	Geregistreerd	Kennis en kwaliteit in personeelsbeleid
Materialen Methoden	Zelf doen	Gebruik goede principes	Onderbouwd gebruik	Monitor op werking
Investering	Sprokkelen	Stimulerings- geld	Voldoende	Gerichte fondsen- werving als ontwikkeling van capaciteit
Kennis	Incidenteel	Basisgebruik	Gebruik en bijdrage	Aparte manage- ment-paragraaf
Organisatie	Ad hoc	Duidelijk wie erbij moet zijn	Bereidheid tot samen uitvoeren	Garanderen samen continuïteit en duurzaamheid
Leiderschap	Toeval	Competent	Assessment	Carrièreplan

(Bron: NSW-Health: a framework for building capacity to improve health, 2001)

Bij een organisatiescore 'pril' zijn de voorwaarden om tot een langdurige samenhangende interventie te komen vrijwel volledig afwezig. Hooguit worden routineactiviteiten uitgevoerd, mits rendement en kwaliteit niet te zwaar tellen. Een organisatie die een 'volledig ideaalbeeld' laat zien, zal zelden voorkomen, maar geeft wel de juiste richting aan. Voor de duidelijkheid: het gaat hier niet alleen om de beoordeling van een zelfstandige organisatie: deze kolom en de daarin opgenomen variabelen kunnen ook toegepast worden op een samenwerkingsverband van organisaties. Het gaat hier om de kwaliteit en de organisatiegraad. Het gebruik van een dergelijke tabel helpt de randvoorwaarden systematisch te inventariseren en maakt duidelijk waar de zwakke plekken zitten. Daarop moet het capacity-building dan aandacht richten. Daarnaast kan de tabel voor het management de richting aangeven waarop de organisatie zich verder kan ontwikkelen. De overheid kan hiermee een brancherapport inrichten: zo kan de organisatorische kwaliteit van gezondheidsbevordering in Nederland worden beoordeeld en aangestuurd.

De nationale capacity check

Met het in kaart brengen van de capaciteit op nationaal niveau is een begin gemaakt met de Brancherapporten. In het *Brancherapport Preventie* zijn de volgende variabelen opgenomen:

Informatie categorie	Toepassing voor preventie
Vraag	De nog te behalen gezondheidswinst
Doelpopulatie (leeftijd)	Omvang van het gezondheidsprobleem
Aanbod en capaciteit	Interventies en preventiemethoden
Gebruik en productie	Bereik van interventies
Financiering	Budget
	Financier(s)
Kwaliteit en effectiviteit	Gegevens over de effectiviteit van de interventie (doeltreffendheid, doelmatigheid en cliënttevredenheid)

www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o904n212.html

Vergeleken met het referentiekader valt op:

- het ontbreken van een analyse naar determinanten;
- het ontbreken van tussenresultaten;
- het ontbreken van gegevens over menskracht, organisatie/netwerk en leiderschap.

Aangezien de brancherapporten (m.i.v. 2006 de Zorgbalans) een flexibele opzet hebben, kunnen dergelijke factoren ingebouwd worden zodra er over indicatoren en registratie consensus bestaat. Verwerking van aanvullende indicatoren in brancherapporten van het RIVM en in de veldnormen van de beroepsverenigingen kan het werk van de inspectie op kwaliteit relevanter maken.

Lokale capacity check

Op lokaal niveau is het gebruik van een capaciteitscheck om drie redenen nodig. Op de eerste plaats maakt het duidelijk hoe de organisatie de zorg voor elk van de benoemde factoren geregeld heeft. Gewoonlijk zal dit in een kwaliteitsbeleid meegenomen zijn. Op de tweede plaats biedt deze opsomming een checklist die per project gebruikt kan worden. De Preffi heeft een aantal indicatoren die vergelijkbaar zijn. Op de derde plaats kan uit de twee voorgaande controles blijken dat in bepaalde factoren geïnvesteerd moet worden. Dat kan per situatie gebeuren, maar een organisatie kan ook besluiten om per project 10% van de tijd en het geld te oormerken voor kennisgebruik, deskundigheid en het uitvoeren en publiceren van onderzoek.

Om een lokale organisatie door te lichten zijn voorbeelden van checklists beschikbaar (Bell Woodard e.a., 2004). Aan de hand van de factoren in het referentiekader is de volgende checklist opgesteld:

Checklist capaciteit	
Volgens de zone 'organiseren' in het referentiekader gezondheidsbevordering	
Beleid en strategie	<p>Hoe past dit project in het beleid voor volksgezondheid en andere sectoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in internationaal beleid (WHO, EU); - in nationaal beleid; - in lokaal beleid; - in sector- en instellingsbeleid? <p>Zijn er specifieke politieke, maatschappelijke of strategische uitgangspunten?</p>
Menskracht en deskundigheid	<p>Wie voert het project uit?</p> <p>Hoeveel uren zijn er beschikbaar/nodig per fase?</p> <p>Welke competenties zijn er nodig, welke zijn beschikbaar?</p> <p>Benodigde opleiding, coaching, intervisie</p> <p>Mobiliseren van vrijwilligers</p>

Methoden en materialen	Reeds bekend en beschikbaar en onderzocht Te ontwikkelen, pretest Kosten en andere logistiek
Kennis	Benodigde informatie Lijst met beste bronnen Taakverdeling desk research Formuleren en uitwisselen conclusies Inbouwen onderzoek
Investeren en goodwill	Benodigde en beschikbare investering Steun en weerstand bij partners Bronnen in natura Fondsenwerving
Organisatie Netwerk	Binnen de eigen organisatie - verantwoordelijkheden - communicatielijnen Samenwerking in netwerk - afspraken - verantwoordelijkheden - communicatie
Leiderschap	Formeel leiderschap berust bij... Informeel leiderschap bij... Woordvoerder is... Coaching door...

Het is aan te raden deze lijst door meer partijen tegelijk te laten invullen en dan de uitkomsten te vergelijken. Daarbij is het van belang na te gaan in welke fase van een project of samenwerkingsactiviteit de invulling plaatsvindt. Indien dat tijdig gebeurt kan in de projectplanning het mobiliseren van middelen worden opgenomen, maar dat heeft weer gevolgen voor timing en ambitie. Voor verder beschrijving van het sturen op deze factoren is de Preffi 2.0, projectmanagement of organisatieleer van belang (bijvoorbeeld Molleman e.a., 2004; Saan e.a., 2004, Scheerder ea , 2003).



3.2.9 Samenvatting en conclusies over de zone 'organiseren'



Algemeen

1. Het organiseren van de voorwaarden voor interventies is een belangrijk, maar verwaarloosd onderdeel in praktijk, beleid en onderzoek.
2. De factoren in deze zone zijn deels vooral door professionals, deels vooral door managers aan te sturen.
3. Het doorlichten, ontwikkelen en behouden van capaciteit is zwak ontwikkeld op projectniveau. Daarom is het moeilijk vast te stellen wat een adequate projectportefeuille is, bijvoorbeeld op lokaal niveau.



Beleid

4. Gebrek aan gegevens over het verband tussen benodigde capaciteit en de ambitie – het te verwachten (tussen)resultaat – maakt het aansturen en beoordelen van gezondheidsbevordering voor alle betrokkenen moeilijk.
5. Er is een makkelijke koppeling te maken tussen de factoren in het referentiekader en het INK-model. Ook de werkwijze met 5 niveaus voor de zelfbeoordeling is toe te passen.



Onderzoek

6. Voor de bestudering van de factoren in deze zone zijn voldoende voorbeelden in bedrijfswetenschap en organisatieleer beschikbaar. Samenwerking met vakgroepen op dat gebied ligt dus voor de hand.
7. Onderzoek naar deze factoren moet afzonderlijk gestimuleerd worden, mede gezien de achterstand in kennis op dit gebied. Tegelijk moet bij te starten en lopende (onderzoeks)projecten aan deze factor systematisch aandacht gegeven worden.
8. Over indicatoren en instrumenten moet overeenstemming bereikt worden.



Praktijk


9. Professionals zijn primair verantwoordelijk voor hun eigen competenties en kennisgebruik en -productie.
10. In de werkzaamheden dient routinematige registratie en monitoring van logistieke en financiële cijfers een vaste plaats te krijgen. Rapportage daarover kan een beter beeld van de relatie tussen capaciteit en redelijke resultaten bieden.

3.3 Interventies

In de tweede zone van links, genaamd 'Interventies', staan activiteiten die de determinanten kunnen veranderen en daarmee op termijn kunnen doorwerken op gezondheid. Deze paragraaf geeft allereerst een indeling van die zone en beschrijft daarna elk van de vakken afzonderlijk.

Indeling

De indeling in vijf vakken correspondeert met drie interventieniveaus: individuele of micro-interventies, groeps- of meso-interventies en maatschappelijke of macro-interventies.

Referentiekader		Toelichting
	micro	Hieronder vallen alle activiteiten die op de kennis, houding, vaardigheden, het gedrag en het zelfbeeld van het individu invloed willen uitoefenen.
	meso	Dit zijn ontwikkelprocessen in groepen, die speciaal voor dat doel gevormd worden of die in een setting als wijk, school of werkplek al bestaan. Bij organisatieontwikkeling gaat het om allerlei instellingen: bedrijven, gemeentelijke organisaties, ministeries, et cetera.
	macro	Pleitbezorging is een activiteit die invloed wil uitoefenen op beleidsbeslissingen in management of politiek. Binnen de gezondheidszorg staat dit ook bekend als integraal gezondheidsbeleid of intersectorale actie.

De verschillende niveaus staan niet los van elkaar, want individuen zijn nu eenmaal deel van een groep en van een samenleving. In feite is er dus sprake van een glijdende schaal van micro- naar macro-interventies. Belangrijk is bij de interventiekeuze naar meerdere mogelijkheden tegelijk te zoeken. Dat betekent zowel binnen één interventie een mix van methoden gebruiken, als interventies

op verschillende niveaus combineren. Wie zich tot één interventieniveau beperkt, zal de andere niveaus net als de overige contextvariabelen moeten behandelen: helpt het of hindert het en hoe kunnen die krachten benut worden?

Terminologie

Vooraf een opmerking over de terminologie. Het begrip ‘interventie’ klinkt alsof het een goed afgebakend concreet object is. Dat geldt ook voor soortgelijke termen als programma, project, activiteit, of acties die naar thema en aanpak zijn genoemd, zoals bij voedingsvoorlichting. Al deze begrippen zijn eigenlijk ‘fuzzy’ aanduidingen. Het gaat immers om meer dan het draaiboek, de folder, de cursus, de wet, de richtlijn. Eigenlijk zijn dat alleen maar hulpmiddelen in het beoogde veranderproces. Daarom moet een interventie allerlei aspecten omvatten zoals:

- een doel (een bepaald beoogd resultaat)
- bij een bepaalde groep (leeftijdscategorie, risicodragers of andere segmentatie);
- een strategie (het proces om het doel bij die doelgroep te bereiken);
- hulpmiddelen (het draaiboek, de folder, de cursus, de wet, et cetera).

Het referentiekader maakt verschil gemaakt tussen de interventies en de randvoorwaarden om de interventie te organiseren (paragraaf 3.2), maar samen zijn ze de invulling van veld 1: het proces.

3.3.1. Informatie, voorlichting en educatie

Informatie
voorlichting
educatie

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht is er nog steeds ruimte voor gezondheidsbevordering door het vergroten van kennis.

– *Stelling bij het proefschrift van Gitte Kloek: Improving health-related behaviour in deprived neighbourhoods, Erasmus MC. 2004*

In de traditie van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding lag het accent lange tijd op kennisoverdracht (informatie) door voorlichting in combinatie met het leren gebruiken van die kennis door opvoeding. De ervaringen met de rol van propaganda in en de groei aan communicatiemiddelen na de Tweede Wereldoorlog droegen daaraan bij. Binnen het onderwijs, de marketing en de public relations werkten mensen met dezelfde principes en processen als binnen de gezondheidsvoorlichting, waardoor een goede uitwisseling van theorie en onderzoek mogelijk was. Dit leidde al snel tot beter inzicht in de mogelijkheden en vooral de beperkingen van deze interventiestrategie. De ontzuivering ont-

stond door een aantal inzichten:

- aan het veranderen en dan behouden van gedrag gaan veel stappen vooraf,
- voorlichting dringt mensen iets op wat ze misschien helemaal niet willen,
- mensen zijn geen passieve ontvangers maar actieve informatieconsumenten,
- in iedere doelgroep zijn snelle en trage veranderaars,
- de 'beste manier' om gedrag te veranderen bestaat niet: veel verschillende interventies, liefst in combinatie maken de beste kans,
- er zijn grote investeringen nodig om tussen de communicatieconcurrenten (zoals nieuws en commerciële reclame) op te vallen.

Om die redenen ontstonden alternatieven zoals participatie via groepswork of het werken met maatregelen en regels, die niet afhankelijk zijn van de betrokkenheid van het individu. Inmiddels is de of-of-positie verlaten: in groepen en communities heeft gezondheidsvoorlichting een duidelijke rol. Om wetgeving te realiseren is pleitbezorging en advisering bij beleidsontwikkeling nodig en dat is eigenlijk niets anders dan voorlichting aan een andere doelgroep met een specifieke inhoud.

Inmiddels is er sprake van een herstel van vertrouwen in de betekenis van informatie en kennis, waarbij de ontwikkeling van het Internet als informatiekanaal belangrijk is geweest. Dat blijkt ook uit de introductie van de term *health literacy* (Nutbeam, 2000). Ook het politieke klimaat is aanleiding tot een herwaardering van voorlichting, zeker nu in Nederland de burger op tal van terreinen weer verantwoordelijk wordt gemaakt voor (de consequenties van) zijn of haar eigen keuzes. Toch blijft de overheid ook vertrouwen op maatregelen om de omgeving van burgers te wijzigen (bijvoorbeeld het rookverbod in openbare gebouwen), omdat het niet altijd lukt om de vrijwillige instemming van de burger te verwerven.

Het begrip 'kennis' of 'informatie' vormt nog altijd de basis van voorlichting, maar krijgt tegenwoordig wel een andere betekenis dan dertig jaar geleden. Er bestaat meer inzicht in de rol die attitudes en vaardigheden spelen bij de toepassing van kennis. Kennis is daarmee vooral bruikbare kennis geworden. Het gaat niet alleen meer om de kennis over de nadelen van roken, het gaat ook om kennis over wat je kunt *doen* om daadwerkelijk te stoppen met roken.

Een andere belangrijke les van de afgelopen decennia is dat gezondheidsvoorlichting meer kans maakt als de relatie tussen 'zender' en 'ontvanger' goed is. Relatievorming is daarmee een belangrijk aspect van voorlichting geworden. Als de doelgroep bij de start van een interventie een negatief beeld heeft van de zender ('daar heb je de gemeente weer', 'komen zij ook weer zeuren' of: 'ze hebben

wachlijsten, maar besteden wel tijd aan deze onzin'), dan is de kans op verder contact gering. Dat ligt dan niet aan de voorlichtingsinspanning zelf, maar aan de voorgeschiedenis, aan de context. Als er daarentegen sympathie, vertrouwen en respect bestaat en dit ook wederzijds toeneemt, dan groeit de kans op een grotere effectiviteit van de interventie. Vandaar dat er geleidelijk meer aandacht is ontstaan voor de waardering en de betekenis die de gebruiker aan de bron toekent. De relatie tussen 'zender' en 'ontvanger' heeft invloed op het interventie-effect, en vice versa heeft de interventie effect op de relatie. Dit geeft goed aan hoe binnen het referentiekader variabelen uit de zones 'Organiseren' en 'Interventies' samenhangen. Als de afzender deskundig, zorgvuldig, geloofwaardig en betrouwbaar lijkt, als de organisatie een goede pers heeft, als de leider als competent bekend staat, dan vergroot dit weer de kans op succes.

De rol van onderzoek bij informatie, voorlichting en educatie

Voorlichtingsinterventies gebruiken drie kanalen met elk eigen instrumenten en kenmerken: massamedia, groepswerk en individuele counselling.

		instrumenten	kenmerkend
1	massamedia	TV, radio, internet, dvd, cd(-rom), posters, direct mail	groter bereik, geringer effect
2	groepswerk	cursussen, gespreksgroep, chatroom	redelijk bereik, redelijke impact
3	individuele counselling	tweegesprek, instructie per computer, advies op maat	klein bereik, kans op groter resultaat

Bij de ontwikkeling van elke interventie is gebruik van eerder onderzoek noodzakelijk. Daarnaast is actiebegeleidend onderzoek naar de werking van de te gebruiken instrumenten en naar het resultaat van de interventie nodig.

Op de eerste plaats is communicatieonderzoek gewenst naar het bereik, dat wil zeggen naar het aantal mensen dat een interventie heeft waargenomen en/of gebruikt. Het is van belang dit over een langere periode te meten. Zo onderscheidt Rogers de innovatoren, de early adopters, de early en late majority en de laggards. Innovatoren zijn de mensen die snel bereikt worden en de voorhoede van de gedragsverandering vormen. In de volgende fase (het 'implementeren'), kunnen door het verankeren van de interventie geleidelijk steeds meer

mensen beter worden bereikt, de late majority. Ten slotte zijn er altijd laggards die van niks (willen) weten. Deze indeling geldt niet alleen voor interventies die zich richten op het grote publiek. Een soortgelijke redenering is toe te passen voor interventies bestemd voor intermediairen (huisartsen, docenten, enzovoorts), beleidsmakers of financiers.

Op de tweede plaats is onderzoek naar de intensiteit van de verandering die door de interventie is bewerkstelligd interessant. Dan is er sprake van leren, van gedragsverandering. Verschillende modellen gebruiken daarvoor een schaal van intentie naar gedragsverandering, veelal omschreven als het 'stages of change'-model.

Op de derde plaats is onderzoek van belang naar de waardering voor de afzender, de boodschap, het gebruik van kanalen, et cetera. In public relations en kwaliteitsonderzoek is hiermee veel ervaring opgedaan. Het gaat hierbij dus om meer dan het meten van de effecten op (determinanten van) gezondheid. De vraag is welke aspecten van de interventie (inclusief de afzender) welke directe effecten heeft op de doelgroep.

Wat wanneer onderzoeken?

Een interventieproces strekt zich meestal uit over een langere periode. Dat is nodig om de gehele doelgroep te bereiken, om tussen alle andere gebeurtenissen te blijven opvallen en om voldoende effect te krijgen. De interventie zal voortdurend van gedaante moeten veranderen om mensen langs de gedragsveranderingsfasen te loodsen en om rekening te houden met de redenen die verschillende segmenten van de doelgroep hebben om wel of niet mee te doen.

Onderzoek kan de inzet, de voortgang en de effecten van interventies op diverse punten meten. Op dit gebied is veel ervaring opgedaan, ook in onderzoek naar communicatie, leren en sociale marketing.

Samenvatting van de metingen bij Informatie, voorlichting, educatie	
1. Monitoren van de communicatie-inzet	<ul style="list-style-type: none"> - ontwerpproces - productie hulpmiddelen - pretests - monitoren distributie volgens plan
2. Bepalen van bereik in verschillende segmenten	<ul style="list-style-type: none"> - contactmomenten - spontane en geholpen herinnering - retourneren van antwoordkaarten - e-mailreacties

3. Verandering in gedrag indeling afhankelijk van gedragsmodel	<ul style="list-style-type: none"> - bewustwording - intentie - experimenteren - behoud
4. Gevolgen voor de relatie	<ul style="list-style-type: none"> - vertrouwen in de partners - waardering - tevredenheid

In de beschrijving van deze zone is al gesproken over de directe resultaten van de interventie, namelijk gedragsverandering. In de volgende zone komt dit begrip terug. Daaruit blijkt dat de indeling in zones kunstmatig is. In plaats van breuklijnen aan te brengen, geven wij er de voorkeur aan om overlap te laten bestaan en deze zonodig te signaleren.

BRONNEN

Bronnen over educatie etc.

- Bouman, M. (1999). *The turtle and the peacock: collaboration for prosocial change: the entertainment strategy on television*. Academisch Proefschrift, Landbouw Universiteit Wageningen
- Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R. M. & Molen, H.T. v.d. (2000). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Freimuth, V., Cole, G. & Kirby, S.D. *Issues in evaluating mass-media health communication campaigns*. In chapter 21 .
- Hogendoorn, M. (2003). *Communicatieonderzoek, een strategisch instrument*. Bussum: Coutinho.
- Koelen MA. Vaandrager L. (1999) Communicatieve veranderingsprocessen en onderzoek. In Woerkum C, Meegeren P van (red.) Basisboek communicatie en verandering. Amsterdam: Boom
- Kok, G. (1992). *Gezondheidsvoorlichting*: Coutinho
- Michels, W. (2002). *Communicatie handboek*. Groningen: Wolters-Noordhoff
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* (15) 259-267.
- Prochaska, J. e.a. (1997). The transtheoretical Model and Stages of Change. In Glanz, K. e.a., *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*.

Zie ook: www.communicatieonderzoek.nl

3.3.2. Community- en/of settingsontwikkeling

Community is samen in actie zijn, zonder dat geen community.

– Maurice Mittelmark 2001



Het tweede vak binnen de zone 'Interventies' bestaat uit 'Community- en/of settingsontwikkeling'. Dit zijn van het Engels afgeleide begrippen die inmiddels in Nederland zijn ingeburgerd. De vakliteratuur spreekt ook wel van 'community development', 'involvement', of kortweg van 'participation'. Deze aanpak gaat uit van groepen mensen (communities) in de werk-, school-, recreatie-, wijk- of zorgsituatie.

De benadering ontstond vanuit ervaringen in de ontwikkelingshulp: daar bleek het aansluiten op cultureel bepaalde verhoudingen in de lokale samenleving een belangrijke voorwaarde te zijn voor een duurzaam resultaat. Een andere impuls kwam van het maatschappelijk werk en het opbouwwerk, waarbij inzichten uit antropologie, sociologie en sociale wetenschappen gebruikt werden. Niet de som van de individuen, maar juist het hele sociale krachtenveld waarin mensen leven vormt hier het uitgangspunt. De benadering wordt ook wel aangeduid met termen als integraal, holistisch of ecologisch.

Onder de community- of settingsbenadering vallen heel veel verschillende soorten interventies. Gemeenschappelijk is de afperking van de doelgroep, een zekere mate van participatie van de doelgroep en het uitgangspunt dat gezondheid gerelateerd is aan een veelheid van sociale factoren. Het is daarom van belang om bij het lezen van de literatuur over dit onderwerp na te gaan waarover het gaat: wat is de afgrenzing, het doel, wie nemen actief deel, hoe intensief is de betrokkenheid en wat gebeurt er op langere termijn? De settingsbenadering gaat er dan wel van uit dat mensen op eenzelfde plek samenkomen, maar dat zegt nog niets over hun onderlinge relatie. Is een wijk een gedeelde postcode of bestaat er echt een onderling verband?

Van inspraak naar sociale actie

Er zijn, uitgaande van de mate van participatie, globaal drie accenten in de community of settingsbenadering te onderscheiden.

De eerste community-projecten – bijvoorbeeld op het terrein van hart- en vaatziekten (North Karelia Project, the Stanford Three- and Five-City Studies, the Minnesota Heart Health Project, the Pawtucket Heart Health Project, Heart-beat Wales) – leunden dicht tegen de gebruikelijke voorlichting aan: communi-

ty is een manier om veel mensen op één plek makkelijk te bereiken (*catchment area*). Hooguit nam een publieksvertegenwoordiger deel aan commissievergaderingen en werden communityleden ingeschakeld bij de uitvoering. Mensen treden dan als vrijwilliger of eventueel als model op, om de top-down geplande voorlichting te ondersteunen. Een theorie als *social learning* (Bandura, 1986) sluit hierbij aan. Ook de term *social planning* typeert dit proces, waarbij van een beperkte tijdelijke betrokkenheid sprake is. Bij veel hedendaagse themagerichte programma's is dit een gebruikelijke invalshoek. De aanpak is te herkennen aan checklists, die beginnen met de (expert)probleemanalyse en niet met betrokkenheid van de doelgroep.

In een later stadium kwamen er community-initiatieven die meer de nadruk leggen op de bestaande sociale patronen. De interventies zijn niet zozeer gericht op de individuen maar juist op de sociale factoren (*locality development*). De ideeën over sociaal kapitaal (zie 4.2.3) sluiten hierbij aan. Die zienswijze schrijft aan de community een eigen positieve kracht toe, die door participatie versterkt wordt. De betrokkenheid van de doelgroep is in alle fasen van de interventie van belang. Dat geldt ook voor het bepalen van de doelen. De groep zelf bepaalt deze, wat eventueel kan leiden tot een werkagenda waarop het woord gezondheid als zodanig niet voorkomt. Interventies zijn erop gericht normen, regels en structuren bij te sturen. Checklists voor deze aanpak beginnen met het inventariseren van de partijen en met manieren om ze bij de interventie te betrekken.

> **Community development programming** is 'the process of supporting community groups in their identification of important concerns and issues, and in their ability to plan and implement strategies to mitigate their concerns and resolve their issues' (Labonte, 1994a, p.255)

Labonte, R. (1994). Health Promotion and empowerment: Reflections on professional practice. *Health Education Quarterly* [21] 253-268.

Het derde type communitybenadering gaat uit van een meer militante opvatting van sociale actie, van *community mobilisation*. Het gaat er hierbij om burgers tot partij in politieke besluitvorming te maken. In checklists voor deze invalshoek krijgt de analyse van machtsverhoudingen en beïnvloedingsnetwerken een grotere rol. Zeker bij dit derde type, maar ook in het vorige, is met checklists goed na te gaan hoe de groep die voor de community spreekt, is samengesteld. Hoeveel leden van het publiek doen mee? Hebben ze een erkende rol als vrijwilliger of als woordvoerder? Zijn er een soort afgevaardigden? Welke ach-

terban hebben ze dan en hoe verloopt de onderlinge communicatie?

Veel zogenoemde communityprojecten blijken vooral gebaseerd op samenwerking tussen organisaties en hun professionele of bestuurlijke vertegenwoordigers, al gebruikt men daar ook termen als 'collaboration' of 'cooperation' voor. (In het referentiekader komen deze vormen van samenwerking aan de orde bij organisatie en netwerken, bij organisatieontwikkeling en intersectorale actie, resulterend in sociaal draagvlak en het bijsturen van voorzieningen.)

De gebruikelijke indeling in graden van participatie wordt weergegeven door Arnstein (zie tabel). Een NIGZ-publicatie vereenvoudigde dit tot 'meedoen, meewerken en meebeslissen' (Hekkink en Nijboer, 2004). Volgens deze indeling zaten de eerste grootschalige interventiestudies hooguit op meedoen. Hedendaagse gezondheidsbevordering heeft vaak ook het meebeslissen op het oog; op de schaal van Arnstein is dat niveau 6, 7 of zelfs 8.

Arnstein's ladder of participation, 1969		
Level 1	Manipulation	These levels assume a passive audience, which is given information which may be partial or constructed.
Level 2	Education	
Level 3	Information	People are told what is going to happen, is happening or has happened.
Level 4	Consultation	People are given a voice, but no power to ensure their views are heeded.
Level 5	Involvement	People's views have some influence, but traditional power holders still make the decisions.
Level 6	Partnership	People can begin to negotiate with traditional power holders, including agreeing roles, responsibilities and levels of control.
Level 7	Delegated power	Some power is delegated.
Level 8	Citizen control	Full delegation of all decision-making and action.

Een andere manier om community-interventies te ordenen is naar onderscheid tussen 'community-wide' en 'interventions-in-community'. De eerste variant

richt zich op de hele bevolking en op kleine veranderingen bij veel leden. De tweede probeert op een klein segment een intensiever effect te realiseren.

> Kenmerken van grootschalige community-interventies

Bij wijze van samenvatting van recente inzichten geven Louise Potvin en Lucie Richard de volgende opsomming:

- 1) Broad in scope and magnitude seeking small but pervasive changes across the population and requiring considerable resources.
- 2) Complex, involving multiple strategies at multiple levels that aim to change the social environment and context to influence health directly, or through changes in health behaviour. Such interventions often take place across multiple settings, involving many organizations and partners (horizontal complexity) while targeting individuals, families, organizations and communities (vertical complexity).
- 3) Participation is a critical element of the change process at both the individual and community level and community organization is a key strategy. The theory behind this is that the involvement of community members generates interest and buy-in from community members, ensures local relevance, promotes sustainability, and enhances community problem solving and competence thus building capacity.
- 4) Longevity of the programs is also an important feature because a great deal of time and energy is necessary to create readiness for change in the community and to provide a sufficient duration and intensity of strategies to promote the change.
- 5) Flexibility and adaptability are essential. Rigid adherence to protocols and plans decrease community relevance and does not allow for the consideration of unforeseen circumstances and changes in the context.

Potvin, L. & Richard, L. (2001). Evaluating community health promotion programmes. In Rootman, I., Goodstadt, M. e.a. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO. 213 – 240.

Het accent in de communitybenadering is de afgelopen decennia geleidelijk verschoven van communityleden als vrijwillige medewerkers binnen een topdown georganiseerd voorlichtingsprogramma, naar meer aandacht voor de community als een systeem op zich, waarin zowel individuele als politieke veranderingen via bij voorkeur bottom-up initiatieven mogelijk gemaakt worden. Samenlevingsopbouw, want daar gaat het hier in feite over, heeft echter een lange tijdshorizon. In alle

community- en settingsactiviteiten krijgt de vraag naar duurzaamheid steeds meer aandacht: te veel projecten vlammen kort op en gaan uit als een nachtkaaars. Deze nadruk op het samenwerken heeft ook gevolgen voor de keuze van de praktijkwerkers: als zij zich niet in een bepaalde sociale omgeving thuis voelen, zullen ze moeite hebben zich te voegen naar de lokale cultuur, wat consequenties heeft voor de effectiviteit van de interventie. Vandaar de voorkeur voor het werken met sleutelfiguren of peers. Ook zal er tijd nodig zijn voor het leggen en onderhouden van de relaties. Lokale gebeurtenissen kunnen tijdelijk voorrang krijgen en soms moeten praktijkwerkers als externe experts onderhandelen om gezondheid op de agenda te krijgen bij het publiek, de intermediairen en beleidsmakers. Dat geldt zeker als thema en aanpak eigenlijk al zijn vastgelegd (Haes, W.F.M. de e.a., 2002). Al deze onderhandelingsprocessen vergen veel aandacht voor het onderhouden van een goede relatie met de stakeholders.

De rol van onderzoek bij community- en settingsinterventies

Om community-interventies goed te kunnen onderzoeken zijn twee soorten publicaties van belang: frameworks voor het hele proces en onderzoek naar bepaalde fasen in het werkproces. Frameworks zijn veelal stappenplannen die aangeven hoe het onderzoek stapsgewijs kan worden opgezet. Daarbij is het verschil tussen onderzoek naar en onderzoek door en met van belang. In community-interventies kan een onderzoeker zich als een onafhankelijke externe observator opstellen en via vragenlijsten en observaties informatie verzamelen (onderzoek naar). Israel en collega's (1998) leggen de nadruk veel meer op de samenwerking tussen onderzoeker en onderzochten (onderzoek door en met) en gaven voor 'participative community-based research' de volgende principes:

> **Principes van participative community-based research**

- 1) Recognizes community as a unit of identity.
- 2) Builds on the strengths and resources of the community.
- 3) Facilitates collaborative partnerships in all phases of research.
- 4) Integrates knowledge and action for mutual benefit of all partners.
- 5) Promotes co-learning and empowering processes that attends to social inequalities.
- 6) Involves a cyclical and interactive process.
- 7) Addresses health from both positive and ecological perspectives.
- 8) Disseminates findings and knowledge gained to all partners.

Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, E.A. & Becker, A.B. (1998). Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*. [19] 173-202.

Omdat onderzoek zelf kan leiden tot bewustwording en een impuls tot verandering kan zijn, is er tegenwoordig steeds vaker sprake van onderzoek mét en dóór de doelgroep. Deze zogenaamde 'participatory research' legt, zoals in bovenstaande lijst te zien is, de nadruk op het delen en gebruiken van kennis.

Bij het community-onderzoek zijn drie fasen te onderscheiden:

- vooraf: vaststellen van noden, behoeften en bereidheid
- tijdens de interventie: voortgang bewaken en bijsturen
- achteraf: vaststellen van de resultaten op doelindicatoren zoals sociaal kapitaal of waardering

Voor een adequate voortgangsbewaking is het gebruik van een aantal vooraf overeen gekomen indicatoren van belang. Het is daarbij niet ongebruikelijk, dat de financiers andere criteria gebruiken dan bijvoorbeeld de bevolking.

In diverse communityprojecten is ervaring opgedaan met verschillende graden van participatie, zowel bij de interventie (zie eerder in deze paragraaf) als bij het onderzoek (zie hoofdstuk 6) (Ronda ea 2004, Naylor ea 2002).

BRONNEN

Community- en settingsinterventies:

- Alting, D.E.M., Bouwens, J.G.M. & Keijsers, J.F.E.M. (2003). Adviesdocument in het kader van het project *Overzicht en advisering over onderzoeksmethoden en meetinstrumenten voor evaluatie van interventies die zijn opgezet vanuit de principes van de community-benadering*. Woerden: NIGZ
- Fawcett e.a. *Evaluating community initiatives for health and development*, EiHP, chapter 11
- Hills, D. (2004) *Evaluation of community-level interventions for health improvement: a review of experience in the UK*, Tavistock Institute
- Hills, M., O'Neill, M., Carroll, S. & MacDonald, M. (2004). *Canadian Consortium for Health Promotion Research: Effectiveness of Community Initiatives to Promote Health: An Assessment Tool, Final Report March 31*.
- Kwan, B., Frankish, J., Quantz, D., Flores, J. (2003) A Synthesis Paper on the Conceptualization and Measurement of Community Capacity, Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia, <http://www.ihpr.ubc.ca/pdfs/SynthesisPaper.pdf>
- Koelen, M. & Ban, A. van den (2004). *Health Education and Health Promotion*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers.
- Minkler, M. & Wallerstein, N. (red) (2003). *Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Potvin, L. & Richard, L. *Evaluating community health promotion programs, EiHP*, chapter 10.
- Rootman e.a. *Evaluation in Health Promotion*. Part 3: Settings bevat hoofdstukken over de settings school, werkplek en stad.
- Voorham, T. (2003). *Gezondheidsbevordering voor-en-door de doelgroep*. Academisch Proefschrift, Universiteit Maastricht.

Onderzoek naar onderdelen:

- Maltrud, K., Polacsek, M. & Wallerstein, N. (1997). *Participatory Evaluation Workbook for Community Initiatives: Healthier Communities in New Mexico*. Self-published.
- Duigan, P. e.a. (2003). *Community Project Indicators Framework*. New Zealand: Ministry of Health
([www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/48f14012c1e6f9facc256ccd00083dd8/\\$FILE/CPIF0203.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/48f14012c1e6f9facc256ccd00083dd8/$FILE/CPIF0203.pdf)).

Gezonde steden

- Ashton, J. (ed.) (1992) *Healthy cities*. Open University Press, Milton Keynes
- Davies, J.K. & Kelly, M.P. (1993) *Healthy cities. Research and practice*. London: Routledge
- Lucht F. van der, Verkleij, H. (2002) *Gezondheid in de grote steden*, Bohn Stafleu Van Loghum
- Wagemakers MAE. (2000) *Samenwerken aan gezondheid in de buurt. Actiebegeleidend onderzoek in Eindhoven*. Wageningen: Leerstoelgroep Communicatie en Innovatie Studies Wageningen Universiteit.
- Wagemakers MAE, Koelen MA. (2001) *Samenwerken aan gezondheid in de buurt. Een jaar verder. Actiebegeleidend onderzoek in Eindhoven. Verslag van de tweede evaluatieronde*. Wageningen: Leerstoelgroep Communicatie en Innovatie Studies Wageningen Universiteit, 2001.
- www.netwerkgezondegemeenten.nl/
- www.slag.nu/default.cfm
- helpdesk@nigz.nl

Gezonde bedrijven

- Dugdill, L. & Springett, J. (2001) *Evaluating Health Promotion Programmes in the Workplace*. In *EiHP* chapter 13
- Chapman, L.S (2003) *Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. The Art of Health Promotion (6)* 1-10.
- <http://www.nigz.nl/sites/index.cfm?action=sites&rubriek=6>

Gezonde scholen

- Stewart-Brown, S. (2001) Evaluating Health Promotion in Schools: Reflections In EiHP, Chapter 12
- St Leger, L. (2001) Schools, Health Literacy and Public Health: Possibilities and Challenges. *Health Promotion International*. (16) 197-205.
- <http://www.gezondopschool.nl/>

3.3.3. Organisatieontwikkeling

Organisatie
ontwikkeling

Dit vak staat in de zone 'interventies', om erop te attenderen dat organisaties of instellingen meer dan een contactpunt voor voorlichting zijn. Een bedrijf of instelling is ook een setting.

Interventies kunnen gericht zijn op de organisatie als zodanig:

het bijstellen van de normen, regels en structuren kan een relevante bijdrage aan gezondheid leveren.

Een samenwerkingsverband tussen organisaties, vaak aangeduid als netwerk of coalitie, kan als interventie-instrument dienen. Zij kunnen als een 'partnership' opereren of op grond van afspraken (convenant, contract) de inspanningen bundelen. Bij deze vormen van organisatieontwikkeling krijgen gezondheidsbevorderaars onder andere te maken met machts- en gezagsverhoudingen binnen en tussen organisaties. Meestal is het mobiliseren van de beslissers, de politiek verantwoordelijken en de managers de eerste stap in de contactopbouw; zij zijn immers de poortwachters van de instellingen en organisaties.

De rol van onderzoek bij organisatieontwikkeling

Voor onderzoek binnen organisaties geeft de managements- en bedrijfsliteratuur voldoende houvast. In de gezondheidsbevordering is extra aandacht voor het werk van coalities of netwerken onmisbaar. Een recent overzicht van meetinstrumenten is te vinden bij Graner en Sharpe (2004).

BRONNEN

Organisatie-ontwikkeling:

- Grossman, R. & Scala, K. (1993). *Health promotion and organisational development: developing settings for health*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Graner, M.L. & Sharpe, P.A. (2004). Evaluating community coalition characteristics and functioning: a summary of measurement tools. *Health Educ. Res.* (19) 514 - 532.

- Hardjono, T. & Bakker, R. (2003). *Managen van processen: Identificeren, besturen, beheersen en vernieuwen*. Deventer: Kluwer.
- Mastenbroek, W. (1997). *Verandermanagement*. Holland Business Publications.

3.3.4. Pleitbezorging, beleidsontwikkeling

Macht doet nooit een stap terug, behalve voor een grotere macht.

– *Malcolm X*

Pleitbezorgen
beleids-
ontwikkeling

Het *Ottawa Charter 1986* benoemde drie mechanismen voor gezondheidsbevordering: ‘enabling’, ‘mediating’ en ‘advocacy’, te vertalen als ‘facilitering’, ‘bemiddeling’ en ‘pleitbezorging’. Dit laatste is van belang wanneer het beleid, en dus vaak ‘de politiek’, beïnvloed moet worden ten gunste van de gezondheid van mensen. Beleid beïnvloeden is te zien als een vorm van beleidsontwikkeling; vandaar dat de term aan deze factor is toegevoegd.

Bij pleitbezorging spelen voorlichtingsprocessen een rol en is te spreken van een vorm van samenlevingsopbouw. Het is echter juist de eigen dynamiek van macht en gezag bij politici en ambtenaren die deze interventie een aparte kleur geven.

Pleitbezorging veronderstelt dat de uitvoerders op de hoogte zijn van de formele gang van zaken bij een overheid of in de top van een organisatie. Zaken als plannings- en begrotingscycli, wet- en regelgeving, uitvoeringsbesluiten etcetera zijn de formele instrumenten, meestal beschikbaar via officiële documenten, waarmee beleidsmakers de wereld willen inrichten. In deze documenten overheerst het rationele, de gefaseerde aanpak, de weloverwogen besluitvorming.

Tegelijk moet de pleitbezorger zich realiseren dat in politiek en beleid een spel met de macht gespeeld wordt, waarin zaken als relaties, reputatie en aanzien van groot belang zijn. De emoties en opwinding die daarmee gepaard kunnen gaan, bereiken vaak eerder de voorpagina dan de zakelijk-rationele kant van politiek en beleid. Omdat het hier om belangen gaat, is een lobbyist zelden alleen: gevestigde maatschappelijke partijen hebben vaak meer mensen uit eigen kring in de circuits van de macht en hebben daarom daar ook makkelijk toegang tot beleidsvormers. Pleitbezorgers spelen eigenlijk een dubbelspel: ze gebruiken de formele regels, maar benutten tegelijk informele en relationele dwang- en verleidingsmiddelen. Gesteund door een achterban en de pers helpen zij de machthebbers aan gezondere besluiten, of dagen hen daartoe uit.

> **Pleitbezorging kost tijd, veel tijd soms.**

As you know from my last email, Health Promotion Advocates has made some great progress in the last few months with the introduction of Health Promotion FIRST (S2798) by Senator Lugar and HeLP America Act (S2558) by Senator Harkin. If these bills are passed, we expect the health promotion science base to solidify, the quality of programs to improve and the field to grow by a factor of 10.

Composing these bills and building the support necessary to get them introduced was a great milestone, and our grass roots advocates played a huge role in this process. Now the real work begins. Only 5% of bills that are introduced are ever passed, and the average time required to pass them is 6 years. To pass these bills, we need to establish and maintain a visible presence on Capitol Hill. To do this we have decided to create a new non profit organization, build a coalition of organizations committed to supporting these bills, and hire a professional staff to coordinate these efforts.'

Health Promotion Advocates Update, 2 november 2004

Beleidsvorming, zowel in de politiek als binnen grote organisaties, is meestal in fasen als ideevorming, voorbereiding, formulering en vaststelling, uitvoering en verankering te omschrijven. In de verschillende fasen zijn dikwijls verschillende partijen actief. Pleitbezorging richt zich soms op de machtigen, maar vaker op de macht achter de troon. Het mobiliseren van de publieke opinie en daarvoor het opbouwen van goede relaties met de pers, behoort tot de basiscompetenties van de lobbyist.

Vaak is het de rol van de projectleider of manager om het spel op politiek niveau te spelen. Leiderschapsvaardigheden omvatten dan ook de capaciteit om een sterke lobby neer te zetten. In bepaalde omstandigheden worden leiders wel aangeduid als 'social entrepreneurs':

'Social entrepreneurs are not content just to give a fish, or teach how to fish. They will not rest until they have revolutionized the fishing industry.' (Bill Drayton, zie Bronnen)

Sociale entrepreneurs hebben drie kenmerken: het vermogen om positieve mogelijkheden te zien, een gevoel van sterke betrokkenheid en bereidheid om kritisch naar hun resultaten te kijken.

> **Direct betrokkenen zijn de beste pleitbezorgers.**

Journalists will do all they can to seek these people (=injured survivors and those who lost loved ones). As one said, 'Experts are fine, but they 're not actually a living thing.' Gun control advocates should seek to contact survivors of shootings and relatives and friends of those who died. Through their personal tragedies, many of these people become passionate advocates for gun control.

Simon Chapman in Over our dead bodies

De rol van onderzoek bij pleitbezorging en beleidsontwikkeling

Pleitbezorging (lobbyen) is vaak in cases beschreven, maar is binnen de gezondheidsbevordering nog zelden object van meer systematisch onderzoek geweest. De reden is deels dat het vaak om discrete processen gaat, waarbij een externe onderzoeker niet zo welkom is.

Beleidsontwikkeling is in de beleids- en bedrijfsliteratuur uitgebreid onderzocht.

BRONNEN

Pleitbezorging en beleidsontwikkeling:

- Allinsky, S. D. (1971, herziene druk 1989). *Rules for Radicals: A Pragmatic Primer for Realistic Radicals*. New York: Vintage Books.
- Chapman, S. (1998). *Over our dead bodies* (over de gun lobby in Australië). Australië: Pluto Press.
- Green, R. (1998). *De 48 wetten van de macht*. Meulenhoff/Kritak.
- Leeuw, E. de. *Investigating policy networks for health: theory and method in a larger organisational perspective, EiHP, chapter 9*.
- Mensah GA, Goodman RA, Zaza S, Moulton AD, Kocher PL, Dietz WH, et al. (2004) Law as a tool for preventing chronic diseases: expanding the spectrum of effective public health strategies. *Prev Chronic Dis* [serial online]
- www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03_0033.htm
- Milio, N. (2001) Evaluation of Health Promotion Policies: Tracking a Moving Target. In EiHP chapter 16
- Rütten, A. (2001) Evaluating Healthy Public Policies in Community and Regional Contexts. In EiHP chapter 15.
- Schrijvers, J. (2002). *Hoe word ik een rat*. Scriptum.
- Winsemius, P. (2004). *Je gaat het pas zien als je het doorhebt. Johan Cruyff en leiderschap*. Amsterdam: Balans

Pleitbezorging en de rol van een sociaal entrepreneur:

- Zie het Community Action Network (CAN) in de UK: www.caction.org
- Zie de speech van een van de oprichters van CAN, Andrew Mawson, op: www.fdc.org.au/events/bscmawson.html
- Het citaat van Bill Drayton is afkomstig van www.ashoka.org/fellows/social_entrepreneur.cfm
- Barendsen, L. & Gardner, H. (2004). Is the Social Entrepreneur a New Type of Leader? *Leader to Leader* 34. www.pfd.org/leaderbooks/l2l/fall2004/gardner.html

3.3.5. Intersectorale actie

Intersectorale
actie

Eigenlijk is dit een verbijzondering van pleitbezorgers en beleid. Het wordt apart benoemd, om te accentueren dat gezondheid een resultante is van een maatschappelijk krachtenveld, waarvan maar een deel zich op het gezondheidsdomein zelf bevindt.

Intersectorale actie is omschreven als

strategisch probleemoplossen, ook voor gezondheid, dat door onderhandelen tot stand komt tussen partners zoals het publiek, de professionals, de politiek en de pers, waarbij traditionele grenzen tussen sectoren, organisaties, disciplines en groepen worden overschreden. (Saan e.a., 1994).

Juist omdat het tussen sectoren plaatsvindt, hoeft 'gezondheid' niet als zodanig op de agenda te staan, mits wat er gebeurt ook aan gezondheid ten goede komt (niet *health directed*, wel *health related*). Zo hebben discussies over uitbreiding van het wegennet consequenties voor de gezondheid van omwonenden. De omschrijving gebruikt het woord 'onderhandelen', omdat het veelal om zaken gaat waarin niet slechts één partij zijn gezag of macht kan doen gelden. Het proces en de resultaten daarvan zijn dus afhankelijk van betrokkenheid, van goodwill en van samenwerking. Vaak zijn het langdurige onderhandelingsituaties. Soms kan een schandaal, een ramp of druk vanuit pers en publiek een resultaat 'afdwingen'.

De rol van onderzoek bij intersectorale actie

De invloed van andere sectoren op gezondheid wordt in de *Health Impact Assessment (Gezondheidseffectstudies)* onderzocht (zie hiervoor pag. X). Onderzoek naar het verloop van onderhandelingen tussen de gezondheidssector en andere sectoren is arbeidsintensief, maar wel goed mogelijk. Het is een gebruikelijke strategie van onderzoekers om daarbij de verschillende actoren over het

proces aan het woord te laten, eventueel gevolgd door een reactie van de anderen op die uitspraken (hoor en wederhoor). Ook instrumenten uit de netwerk-analyse zijn bruikbaar (communicatiepatronen, interactieanalyse). Het inzetten van dit type onderzoek volgens lijnen van participerende research kan de onderhandelingen vervolgens weer stimuleren.

BRONNEN

Bronnen over Intersectorale Actie

- Ruland e.a. (2003). Managing new public health. TSG 52-55.
- Saan, H., Ellenkamp, J. & Van den Bogaard, J. (1994). *Intersectorale Actie*. Deel 4 van de Gezonde Steden Reeks. Den Haag: VNG.
- Ziglio, E. e.a. (2001). *Investment for health: developing a multifaceted appraisal approach*, In EiHP, chapter 22.

3.3.6. Het gebruik van de zone 'interventies'

De interventiezone van het referentiekader geeft een overzicht van de verschillende interventies die de gezondheidsbevordering ter beschikking staan. Steeds is benadrukt dat de micro-, meso- en macro-interventies bij voorkeur in combinatie over een langere tijdsperiode moeten worden uitgevoerd. Dat gaat de keuze van een individuele professional te boven en is dus meer een verantwoordelijkheid van een team of organisatie. Beleid en strategische overwegingen kunnen zorgen voor een accent op één bepaalde interventie, maar dat wil niet zeggen dat een combinatie met andere interventies buiten beschouwing moet blijven. Bovendien spelen er in de praktijk (context) naast de interventie, veel meer processen. Maatschappelijke gebeurtenissen, instellingen, groepen en mensen onder elkaar beïnvloeden elkaar op allerlei manieren. Niet of eenzijdig interveniëren betekent dat met dit krachtenspel onvoldoende rekening wordt gehouden. En: omdat een interventie ook altijd uitstraling en doorwerking heeft op andere terreinen, heeft het de voorkeur een interventie (of beter: interventies) altijd in de context te zien.

De omschrijvingen van de interventiemogelijkheden in dit boek zijn globaal: elk type interventie vraagt een uitwerking in verschillende vormen en activiteiten. Ook interventies hebben weer dwarsverbanden. Zo is voorlichting ook te gebruiken om mensen te stimuleren om als steun voor anderen te fungeren. En pleitbezorging kan stimuleringsgeld voor burgerinitiatieven in de wijk opleveren.

Gebruik van \ Teneinde ook	Educatie Voorlichting Informatie	Community Setting Organisatie	Pleitbezorging Beleidsontwikkeling Intersectoraal
Educatie Voorlichting Informatie		Peer education Healthy choice easy choice	Informatiebeleid Bibliotheek, internet Onderwijsbeleid
Community Setting Organisatie	Model voor anderen Steun en mantelzorg Vrijwilligersrol		Buurtwerk Locale autonomie Zelforganisatie steunen Stimuleringsfondsen
Pleitbezorging Beleidsontwikkeling Intersectoraal	Politieke vorming Kritische literacy	Lobbygroep Politieke partij	

Voor de nadere uitwerking per interventie zijn twee stappen nodig:

1. Theoretische onderbouwing

Voor ieder interventietype bestaat een ruim aanbod van specifieke theoretische modellen. Zo zijn educatieve interventies te bekijken als communicatie en als leerproces. Elke theorie belicht andere mogelijkheden en aandachtspunten van een interventie. Voorbeelden van het gebruik van de interventie elders en gegevens uit onderzoek naar soortgelijke interventies, verfijnen het beeld over de mogelijkheden van de interventie.

2. Planning

Nadat een interventie nader is ingevuld, is een uiteenrafeling in opeenvolgende activiteiten nodig, inclusief kostenberekening en tijdschema (zie Saan e.a., 2004). In die projectplanning kan ook het onderzoek een plaats krijgen bij de voorbereiding, situatieanalyse, interventieplanning, pretesten van (deel)interventies en het bewaken van de gemobiliseerde en beschikbare middelen. Vaak is onderzoek met een korte looptijd bruikbaar als feedback op het organiseren en op de interventieontwikkeling zelf. Dergelijk actiebegeleidend onderzoek kan sterk participatief worden ingezet, zodat het projectteam kan werken als 'een lerend systeem'.



Checklist Interventiemogelijkheden In het referentiekader Gezondheidsbevordering

Factor	Vragen	Voorbeelden van aandachtspunten
1. Informatie Voorlichting Educatie <i>Individuegerichte interventies</i>	1. Welke individuele gedragingen?	Gedragsanalyse: Kennis, Attitude, vaardigheden Fase gedragsontwikkeling, gedragsbehoud
	2. Wie is de primaire doelgroep?	Kenmerken, segmenten Communicatievoorkeur Kanalen
	3. Welke methoden en technieken?	Schriftelijk / Mondeling Individueel, massamediaal Maatwerk
	4. Wie zijn significante anderen?	Model, voorbeeld Sociale normen, steun en druk
2. Community Setting Ontwikkeling <i>Groepsgerichte interventie</i>	1. Welke sociale patronen?	Contactnetwerken Subgroepen, Partijen, Sleutelfiguren, Achterban Ervaring met samenwerken
	2. Welke methoden en technieken?	Werving, kennismaking, overeenkomst/contract, evaluatie Klein beginnen Aansluiten bij ervaringen Gedeeld leiderschap
3. Organisatie-ontwikkeling <i>Systeem en structuurgerichte interventie</i>	1. Hoe is de organisatie ingericht?	Harde structuren: organisatie opzet, taken, verantwoordelijkheden Zachte structuren: klimaat, rolopvattingen, communicatiepatronen
	2. Welke methoden en technieken?	Gedeelde diagnose Sterkte Zwakte analyse Kwaliteitsprofiel Herstructurering Actiebegeleidend onderzoek

<p>4. Pleitbezorgen Beleids- ontwikkeling</p>	<p>1. Welk beleid, wie zijn kritieke actoren?</p>	<p>Analyse documenten Inventarisatie actoren Inschatten machtsverhoudingen</p>
<p><i>Systeem en structuurgerichte interventie</i></p>	<p>2. Welke methoden en technieken?</p>	<p>Agendasetting of concrete oplossing Voegen naar formele procedures of juist niet Publiciteit zoeken, mobiliseren opinie Gesprekken voeren Naast winst en waardering ook kosten en schade uitwerken</p>
<p>5. Intersectorale actie</p>	<p>1. Welke andere sectoren zijn relevant, wie zijn daar kritieke actoren?</p>	<p>Trends, Kennisbronnen in die sectoren Gezondheidseffectstudies Relevante actoren, Opinieleiders</p>
<p><i>Systeem en structuurgerichte interventie</i></p>	<p>2. Welke methoden en technieken?</p>	<p>Aansluiten bij eigen beleid en taal van de sector Combineer technieken uit bovenstaande mogelijkheden</p>



3.3.7 Samenvatting en conclusies over de zone 'interventies'

> Algemeen

1. Er zijn 3 interventieniveaus (micro, meso en macro) met 5 soorten interventies.
2. Interventies kunnen het beste in combinatie worden ingezet; voorwaarde voor enkelvoudige interventies is dat de andere factoren een geringe invloed hebben.
4. Interventies zijn doel- en doelgroepgericht en geven een beschrijving van het proces dat nodig is om resultaten te boeken.
5. Elk soort interventie is uit te werken met behulp van beschikbare theorie en voorbeelden.
6. Om de planning en uitvoering van interventies te sturen is systematisch en projectmatig werken noodzakelijk.

> Beleid

7. Beleidsmakers beoordelen de keuze voor interventies ook op het effect ervan op de publieke opinie en het maatschappelijk draagvlak. De voorkeur voor voorlichting heeft soms meer te maken met publicitaire zaken dan met het gezondheidseffect.
8. Het vragen naar de beste, eenvoudige en liefst goedkope interventie miskent de samenhang van maatschappelijke en persoonlijke processen.
9. De interventiekeuze dient te worden gestuurd door het potentieel effect en de match met de randvoorwaarden.

> Onderzoek

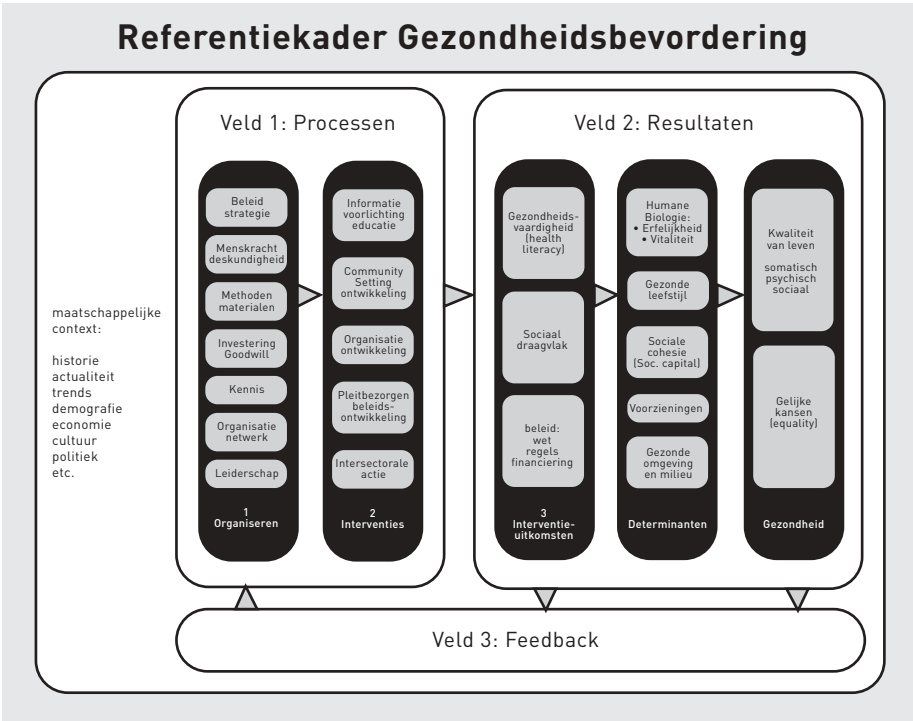
10. Elke interventieoptie vraagt om nadere uitwerking: operationalisatie van interventievarianten, indicatoren voor resultaat en voor adequaat functioneren.
11. De combinatie en koppeling van interventieniveaus is een wetenschappelijke onderzoeksuitdaging: zowel het vaststellen van effecten per interventie, maar vooral ook het optimaliseren van het interventiepatroon, vraagt nadere studie.
12. Bij onderzoek naar het plannen en uitvoeren van interventies moet zowel naar de gemobiliseerde organisatiecapaciteit als naar de resultaten gekeken worden.

> Praktijk

13. Professionals zijn vaak gespecialiseerd in een bepaald type interventie, meestal voorlichting. Het referentiekader toont de noodzaak aan van een repertoireverbreding.
14. Voor ieder type interventie dient naast de verdere ontwikkeling van consensus een koppeling met kwaliteitssystemen gelegd te worden.
15. Beleidskeuzes waarin een disbalans tussen capaciteit en ambitie aanwijsbaar is, moeten teruggegeven worden aan het beleid/de directie, bij voorkeur met een voorstel voor realistische alternatieven.

Hoofdstuk 4 Resultaten

Het tweede veld in het referentiekader beschrijft de resultaten van gezondheidsbevordering. Dit hoofdstuk beschrijft wat er onder de variabelen in ieder van de drie zones van het veld met resultaten te verstaan is en geeft aan hoe die variabelen gemeten kunnen worden. De beschrijving streeft niet naar volledigheid: sommige variabelen zijn goed bekend in de gangbare literatuur en het meten ervan wordt tot de routines van het onderzoek of de registratie gerekend: daar zijn handboeken de beste bronnen. Op onderdelen die in de gezondheidsbevordering nieuwe accenten leggen is de toelichting uitgebreider en geeft het boek een bredere variatie aan bronnen. Het hoofdstuk eindigt met een aantal aanwijzingen over hoe het resultaatveld van het referentiekader gebruikt kan worden in praktijk, onderzoek en beleid. Het besluit met een paar conclusies die enkele centrale thema's nogmaals belichten.

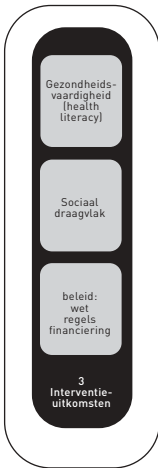


De 'beschrijfrichting' in dit hoofdstuk loopt in het referentiekader van links naar rechts. De interventieuitkomsten staan het dichtst bij de interventieprocessen. Effecten op determinanten kunnen daarop volgen. Pas daarna (en dat kan in de tijd soms erg lang daarna zijn) volgen de effecten op gezondheid.

4.1 Interventieuitkomsten

Results! Why, man, I have gotten a lot of results. I know several thousand things that won't work.

– *Thomas A. Edison*



In het gehele referentiekader is dit de derde zone, binnen het resultatenveld de eerste. Interventieuitkomsten zijn de directe uitkomsten van de interventies uit de vorige zone ('Interventies'). De zone 'Interventieuitkomsten' is verdeeld in drie vakken: gezondheidsvaardigheid, sociaal draagvlak en beleid. Deze vakken sluiten aan op de vakken uit de zone 'Interventies'. Ook hier bestaat een onderscheid op drie systeemniveaus: individueel-micro, sociaal-meso en maatschappelijk-macro.

Het idee voor de zone 'Interventieuitkomsten' is ontleend aan het model van Nutbeam (2004). Hij geeft onder meer de volgende redenen om die zone te gebruiken. Op de eerste plaats maakt het de directe resultaten van de interventies zichtbaar en vaak meetbaar, wat van belang is voor het afleggen van verantwoording. Op de tweede plaats is het in dit stadium nog goed mogelijk een onderscheid te maken tussen de resultaten van de interventie en resultaten die door vele andere processen beïnvloed zijn. De derde, meer strategische reden om met deze interventieuitkomsten te werken is dat het bij integrale gezondheidsbevordering, waarbij meerdere sectoren een rol spelen, de ruimte geeft om niet strak vast te houden aan specifieke gezondheidsuitkomsten. Andere sectoren als onderwijs, opbouwwerk of milieu hebben eigen doelen die weliswaar makkelijk samen vloeien met gezondheidsbevordering, maar niet direct in termen van gezondheidswinst te beschrijven zijn. Bij milieueducatie en milieubeleid staat het milieu centraal, maar dit heeft absoluut gevolgen voor onze gezondheid. Minder uitstoot van uitlaatgassen in een bepaalde wijk kan een interventieuitkomst zijn van een interventie die op termijn ook grote gezondheidswinst zal opleveren. Voor het milieubeleid is de verlaging van uitlaatgassen eindresultaat; in het licht van gezondheid is het een interventieuitkomst.

> Scholen geven onderwijs

Lawrence St Leger van Deakin University in Australië benadrukte in zijn inleiding op de derde conferentie dat scholen vooral educatieve doelen hebben. Ze zijn geen gezondheidsinstellingen. Ze willen wel meewerken aan gezondheid als het in hun schoolcultuur en zelfbeeld past. Dan is er ook ruimte voor evaluatie, mits dat ook weer in goed overleg met de school plaatsvindt. Vertel ze, als gezondheids-bevorderaar, wat je vindt en gebruik dat voor overleg, niet als beoordeling.

Zie het verslag van de speech van Lawrence St Leger op www.newhealthpromotion.nl bij het verslag van de derde conferentie.

4.1.1. Gezondheidsvaardigheid (health literacy) als resultaat

Gezondheids-
vaardigheid
(health
literacy)

De meer traditionele gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) omschrijft de uitkomsten van een micro-interventie vaak in termen van kennis, attitude en vaardigheden (KAV). De internationale literatuur hanteert tegenwoordig vaker het begrip 'health literacy', naar analogie van het algemene begrip 'literacy' (alfabetisering) ontstaan in het ontwikkelingswerk voor gezondheid (Nutbeam 2000). 'Literacy' is bijvoorbeeld gedefinieerd als: *'an individual's ability to read, write, and speak [...] and compute and solve problems at levels of proficiency necessary to function on the job and in society, to achieve one's goals, and to develop one's knowledge and potential.'* (National Literacy Act in de Verenigde Staten, 1991). Het gebruik van dit woord legt ook een brug naar het algemene basisonderwijs: indien daar voldoende aandacht voor gezondheid is, legt dat een basis voor later gebruik van gezondheidsinformatie (Kickbusch, 2001).

Er worden drie niveaus onderscheiden, waarin steeds cognitieve en sociale skills (vaardigheden) gecombineerd worden:

1. Basale of functionele 'literacy' omvat voldoende begrip van hoe het lichaam en de psyche in relatie tot gezondheid werken om in het dagelijks leven te kunnen functioneren.
2. Communicatieve of interactieve 'literacy' is het in staat zijn informatie te vinden en te gebruiken voor bestaande en nieuwe vragen over de eigen gezondheid en die van anderen.
3. Kritische 'literacy' is het kunnen vergelijken en toetsen van informatie en daarin kritisch zijn, ook als het gaat om de bijdrage van professionals en instellingen.

'Literacy' is hier een interventieuitkomst, maar kan ook op een eerder moment in de planning van interventies een rol spelen. Bij de keuze van voorlichtingsmateriaal en het formuleren van teksten is het gebruikelijk rekening te houden met het opleidingsniveau en de leesvaardigheid van de doelgroep. De interventie moet daarbij aansluiten om er iets aan te kunnen toevoegen.

'Empowerment' en 'literacy' zijn nauw verwant. Over 'empowerment' (zie pag xxx)

Onderzoek naar gezondheidsvaardigheid/health literacy als resultaat

Het meten van leesvaardigheid is in het onderwijs routine, zoals het meten van kennis, attitude en vaardigheden voor gezondheid in GVO routine is. Voor de meting daarvan verwijzen we naar de handboeken op dat gebied (pag. xxx).

BRONNEN

Bronnen over gezondheidsvaardigheid (literacy)

- Kickbusch, I. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot. Int.* (16) 289-297.
- Levin-Zamir, D. & Peterburg, Y. (2001). Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. *Health Promot. Int.* (16) 87-94
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as public health goal: challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* (15) 259-267.
- St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promot. Int.* (16) 197-205.
- RTI International (2004). *Literacy and Health Outcomes*. AHQR publication. Zie www.ahrq.gov/clinic/epcsums/litsum.htm

Voor een overzicht van Amerikaanse bronnen zie:

- http://cahealthliteracy.org/hlrc_generalhlnfo.html

4.1.2. Sociaal draagvlak

Sociaal
draagvlak

De tweede interventieuitkomst, op mesoniveau, is het verkrijgen van sociaal draagvlak. Draagvlak slaat ook op de acceptatie (passief) en de steun (actief). Het gaat daarbij zowel om het sociale draagvlak voor individuele beslissingen als om het maatschappelijk draagvlak voor veranderingen in beleid. Het persoonlijke

draagvlak wordt behandeld bij sociaal kapitaal (zie paragraaf 4.2.3).

Onder maatschappelijk draagvlak valt veelal een mengsel van politieke bereidheid, steun uit instellingen en geledingen, een goede pers en steun in de publieke opinie. Er is geen duidelijke afscheiding tussen deze twee aspecten van het draagvlak: vrijwilligers in de interventieorganisatie leren daarvan voor hun eigen leven, staan voor elkaar model en zijn deel van de groep mensen die samen maatschappelijke druk uitoefenen. Dit draagvlak is het resultaat van het werken met coalities, samenwerkingsverbanden, partnerships, et cetera. Bij samenwerkingsprocessen is een aantal fasen te onderscheiden:

- ideeontwikkeling,
- contact leggen,
- afspraken maken,
- planning en organisatie van de interventies,
- evaluatie van de samenwerking en verbetering van de afspraken,
- verankering en/of volgende cyclus.

Indien de samenwerking in opbouw is, is er sprake van een interventie. Hier gaat het om de evaluatie, de afspraken en de eventuele verankering met het oog op continuïteit.

Het meten van sociaal draagvlak

Het onderzoek naar deze samenwerkingsvormen komt echter pas geleidelijk op gang. In de grotere interventiestudies in Eindhoven en Zuid-Limburg is aan dit onderwerp apart aandacht geschonken (Wagenaars, xxxx; Ruland 2003).

Hoe complex dit onderzoek wordt, hangt af van het onderwerp, de belangen, het aantal partijen, de beschikbare middelen en de tijdsdruk. Het is gebruikelijk om te werken met respondenten uit de verschillende partijen, om een variatie van onderzoeksinstrumenten in te zetten, om per fase verschillende indicatoren en meetmomenten te kiezen en dan via triangulatie de conclusies te optimaliseren.

Uit een recent overzicht (Granner en Sharpe, 2004) komen de volgende factoren die bij samenwerkingsprocessen een rol spelen, naar voren. Ze geven een aanzet tot het formuleren van indicatoren voor deze factor.

Factoren in het samenwerkingsproces	
Kenmerken en percepties van de deelnemers	<ul style="list-style-type: none"> - voordelen - deelname - tevredenheid - betrokkenheid - vaardigheden en scholing - representativiteit van de groep - werving - verwachtingen - gevoel van 'ownership'
Organisatorische en groepskenmerken en klimaat	<ul style="list-style-type: none"> - maatschappelijke situatie - bereidheid - relaties en communicatie in de groep, communicatiepatronen - leiderschap
Processen	<ul style="list-style-type: none"> - conflictoplossing - besluitvorming - heldere missie - kwaliteit van plan en planning - duidelijke rolverdeling - heldere procedures - ondersteuning - beschikbare middelen
Impact	<ul style="list-style-type: none"> - relaties naar andere groeperingen - pleitbezorgen en beleidsverandering - empowerment en sociaal kapitaal - capaciteit vergroten - institutionalisering

Het genoemde artikel geeft een overzicht van de beschikbare instrumenten, maar tekent daarbij aan, dat er van veel verschillende concepten wordt uitgegaan, dat er steeds meer aan instrumentontwikkeling (validiteit en betrouwbaarheid) gedaan is, maar dat de koppeling tussen die samenwerkingsprocessen en andere uitkomsten nog niet goed in kaart te brengen is.

BRONNEN

Bronnen over sociaal draagvlak

- Bracht, N. (.) (1999) Health Promotion at the Community Level. New Advances . 2nd edition. Thousand Oaks CA: Sage.
- Granner, M.L. and Sharpe, P.A.. (2004). Evaluating community coalitions characteristics and functioning, a summary of measurement tools. HEReserch, (19) 514-532,
- Markwell, S., Watson, J., Speller, V., Platt, S. & Younger, T. (2003). *The working partnership*. Health Development Agency, London.
www.hdaonline.org.uk/documents/working_partnership_1.pdf
- The Community toolbox: <http://www.communitytoolbox.org/>

4.1.3. *Beleid: wetten, regels, financiering*

Beleid:
wet
regels
financiering

De voorwaarden waaronder mensen leven, de beschikbaarheid van voorzieningen, de inrichting van de woonomgeving, transport, werkgelegenheid, cultuur etc. staan allemaal onder directe invloed van politieke, ambtelijke en bestuurlijke processen.

Paragraaf 3.3.4 beschreef dat het beïnvloeden van deze beleidsprocessen interventies zijn, die uiteindelijk kunnen leiden tot meer of minder gezondheid van mensen. Het beleid zelf is dan de interventieuitkomst van de beleidsbeïnvloeding (pleitbezorging).

De uitvoering van beleid heeft invloed op de determinanten van gezondheid en, op langere termijn, op de gezondheid zelf. Om het beleid uit te voeren zijn verschillende beleidsinstrumenten beschikbaar. Deze instrumenten zijn zowel resultaat van beleidsbeïnvloeding als interventies voor gezondheidsbevordering. Van der Doelen (1993) onderscheidt zes beleidsinstrumenten:

	Stimulerend	Repressief
Communicatief	Voorlichting (campagnes)	Propaganda (waarschuwings tekst op tabaksartikelen)
Economisch	Subsidie (aan bijv. een gezondheidsproject)	Heffing (bijv. accijns op drank, sigaretten)
Juridisch	Overeenkomst (met bijv. fabrikanten van (on)gezonde waren)	Gebod, verbod (rookverbod in openbare gebouwen)

(overgenomen uit *Tijd voor Gezond Gedrag* (RIVM 2002, pag. 30)

Onderzoek naar beleidsfactoren

Het meten van de interventieuitkomst 'beleid' als gevolg van 'pleitbezorging' gaat verder dan vaststellen of er een beleidsnota is verschenen of dat een maatregel is genomen. Een nota zonder draagvlak of een maatregel zonder goede implementatie is nauwelijks een positief resultaat te noemen. Het is daarom van belang niet alleen het vaststellen van beleid als indicator te nemen, maar ook de implementatie van de gekozen instrumenten te volgen. Veel overheidsinstellingen besteden aandacht aan rekenschap en transparantie; vaak zijn prestatie-indicatoren beschikbaar of in ontwikkeling.

BRONNEN

Bronnen over beleidsonderzoek

- Abma, T. (1996). *Responsief evalueren*. Delft.
- Abma, T. & In het Veld, R. (2001). *Handboek beleidswetenschap: Perspectieven, thema's, praktijkvoorbeelden*. Meppel: Boom.
- Blommenstein et al. (1984). *Handboek beleidsevaluatie, een multidisciplinaire benadering*. Alpen aan de Rijn: Samson.
- Garretsen, H., Haes, W. de & Schrijver, M. (red.) (1994). *Lokaal gezondheidsbeleid*. Reeks Gezondheidsbeleid, Houten: Bohn Stafleu Van Lochem.
- Mootz, M. & Gunning-Schepers, L. (red.) (1992). *Gezondheidsmeting*. Reeks Gezondheidsbeleid. Houten: Bohn Stafleu Van Lochem.

- www.rekenschap.nl
- www.bestuurskunde.nl

4.2 Determinanten

There is occasions and causes why and wherefore in all things.

– *William Shakespeare*

Het woord 'determinant' betekent letterlijk: bepalende factor. Determinanten van gezondheid zijn dus de factoren die de gezondheid bepalen. Gezondheidsbevordering richt zich op het beïnvloeden van de determinanten van gezondheid. Die determinanten staan niet los van elkaar; het voorbeeld hieronder laat zien dat er sprake is van ketens, van netwerken van oorzaken.

> Why is Jason in the hospital?

'Why is Jason in the hospital?

Because he has a bad infection in his leg.

But why does he have an infection?

Because he has a cut on his leg and it got infected.

But why does he have a cut on his leg?

Because he was playing in the junk yard next to his apartment building and there was some sharp, jagged steel there that he fell on.

But why was he playing in a junk yard?

Because his neighbourhood is kind of run down. A lot of kids play there and there is no one to supervise them.

But why does he live in that neighbourhood?

Because his parents can't afford a nicer place to live.

But why can't his parents afford a nicer place to live?

Because his Dad is unemployed and his Mom is sick.

But why is his Dad unemployed?

Because he doesn't have much education and he can't find a job.

But why ...?'

uit *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*

In deze zone van het referentiekader staan vijf verschillende determinanten. Deze indeling is algemeen gangbaar en komt vrijwel overeen met die van Lalonde (1974) en de VTV (2000).

Lalonde	VTV	Referentiekader Gezondheidsbevordering
Biologie (constitutie)	Erfelijke aanleg (bijv. bloeddruk of psychische kenmerken)	Humane biologie: - erfelijkheid - vitaliteit
Leefstijl	Leefstijlfactoren	Leefstijl
Omgeving	(Fysieke en) sociale omgeving	Sociale cohesie (social capital)
Voorzieningen	Systeem van zorg en preventie	Voorzieningen
Omgeving	Fysieke (en sociale) omgeving	Omgeving en milieu



Er zijn verschillende lijsten van determinanten in omloop. Zo hanteert Health Canada de volgende lijst:

- Income and Social Status
- Social Support Networks
- Education and Literacy
- Employment/Working Conditions
- Social Environments
- Physical Environments
- Personal Health Practices and Coping Skills
- Healthy Child Development
- Biology and Genetic Endowment
- Health Services
- Gender
- Culture

Zie www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/determinants/index.html#determinants

Een groot deel van deze Canadese determinanten krijgt ook in het referentiekader een plaats in de zone determinanten; andere komen in de context van het referentiekader (paragraaf 3.1) terug.

Het begrip ‘determinant’:

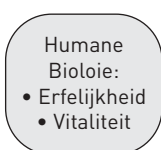
Het woord ‘determinant’ slaat in dit boek alleen op ‘determinanten van gezondheid’. Maar het kan net als het woord ‘factor’ voor iedere andere verklaring

gebruikt worden. Zo is er – verwarrend genoeg – in de gezondheidsbevordering ook vaak sprake van determinanten van gezondheidsgedrag, bijvoorbeeld:

... 'hoe kan het gewenste gedrag worden bevorderd?' Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het goed te weten waarom mensen zich gedragen zoals ze zich gedragen. Met andere woorden, inzicht in de achtergronden of determinanten van het gedrag – de factoren die het gedrag bepalen – is belangrijk als men dat gedrag wil veranderen.' (Brug e.a., 2000, p. 55)

De komende paragrafen geven per determinant een beschrijving, mogelijkheden voor onderzoek en bronnen voor verdere studie. De beschrijving van de determinanten kan in dit bestek niet volledig zijn. Daarover bestaan boekenkasten vol. Ook is het onvermijdelijk dat er raakvlakken en soms overlap bestaat tussen de verschillende determinanten.

4.2.1. Humane biologie: erfelijkheid en vitaliteit



Dit is de somatische en psychische basis voor gezondheid. Het is de door erfelijkheid doorgegeven lichamelijke en psychische constitutie. Het gebruik van zowel het begrip 'erfelijkheid' als het begrip 'vitaliteit' benadrukt dat de somatische basis in de loop van de hele levensloop verandert en doorwerkt in de gezondheid en ook in de werking van de andere determinanten.

Dit boek legt weinig nadruk op deze factor, dus staat dit vak apart in een eigen kleur. Door de bestudering van het menselijk genoom zal de rol van gezondheidsbevordering via preconceptuele en ook prenatale voorlichting en screening alleen maar toenemen.

In de toekomst kan genetische variatie effecten hebben op leefstijladviezen, waarbij onderstaande tekst een commentaar en een waarschuwing bevat.

> It is unclear how successful companies have been in marketing genomic profiling to consumers and health professionals; thus, our concerns may be premature. But the predictive power and mystique associated with genetics, consumers' desire to take control of their health and be proactive, and the ease of advertising and ordering tests on the Internet combine to create a powerful incentive for companies to continue developing and promoting genomic profiling regardless of whether the tests have been validated and proven useful. The popularity of dietary supplements and whole-body scans is proof that the public is willing to invest in products whose safety, validity or utility are unproven if the

possibility exists of improving health or preventing disease.' (onderstreping door ons)

Haga, B. e.a. (2003). *Genomic profiling to promote a healthy lifestyle: not ready for prime time.*

Ook curatieve activiteiten en secundaire preventie, die sterk aangrijpen op ziekteprocessen, komen als zodanig niet apart in het model voor: hooguit spelen ze door in de determinant 'voorzieningen', waar gezondheidsbevordering invloed op heeft. Het meten van deze factor komt hier dan ook verder niet aan de orde.

4.2.2. Leefstijl

Keeping your body healthy is an expression of gratitude to the whole cosmos – the trees, the clouds, everything.

– *Thich Nhat Hanh*

Gezonde
leefstijl

De eerste definitie van 'lifestyle' werd door Lalonde (1974) gegeven:

'The aggregation of decisions by individuals which affect their health, and over which they more or less have control. ... Personal decisions and habits that are bad, from a health point of view, create self-imposed risks. When those risks result in illness or death, the victim's lifestyle can be said to have contributed to, or caused, his own illness or death.' (p. 32)

Deze definitie legt een eenzijdige nadruk op de individuele verantwoordelijkheid die aan de kaak is gesteld met de term 'victim blaming' (Crawford, 1977). Tegenwoordig is het inzicht algemeen dat persoonlijke keuzes ook ontstaan onder invloed van de sociale omgeving en leefomstandigheden. Daarvoor zijn mensen in veel mindere mate zelf verantwoordelijk (zie *The Solid Facts* van Wilkinson & Marmot, WHO, 2003). Onder de determinant leefstijl valt onder andere: persoonlijke kennis, inzichten en vaardigheden om gezonde voeding te bereiden, voldoende te bewegen, het omgaan met stress, het hanteren van relaties met anderen en de wijze waarop mensen persoonlijke zingeving realiseren.

> What Constitutes a Healthy Lifestyle?

Recent perspectives on the determinants of population health have broadened our understanding of the **elements that constitute a healthy lifestyle**, for example:

- **Effective coping** is now widely recognized as an important determinant of health. Coping behaviours help people deal with the challenges and stresses of life without recourse to risk behaviours.
- **Lifelong learning** is part of a healthy lifestyle.
- **Safety and security precautions** in the home, school, and workplace are part of healthy lifestyles.
- **Social activity and volunteering** are now considered important components of healthy lifestyles, in recognition of the influence of social relationships on health.
- Sense of **purpose and meaning, spirituality, and hope** are key elements in lifestyle. These concepts involve efforts to make sense of and find one's place in the world (Ansbacher, 1959; Bhatti, 1999).

Two other factors which have been taken into account when defining a healthy lifestyle are **life stage** and **perception of risk**. Research on human development throughout the life cycle suggests that individual perceptions of a healthy lifestyle may change with life stage. For example, research in gerontology has shown that healthy aging is associated with lifestyles that include social interaction, multiple roles, leisure activities, and an internal locus of control (Rowe & Kahn, 1997).

Health Canada 2004: www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/docs/healthy/chap1.html

Leefstijl omvat in deze omschrijving, naast het gezondheidsgedrag ook de psychische aspecten van persoonlijke gezondheid zoals zingeving, zelfvertrouwen en sociale weerbaarheid. Er bestaat een brede culturele diversiteit aan leefstijlen, elk met eigen sterke en riskante kenmerken.

Empowerment

Tot de determinant 'leefstijl' behoort ook het begrip 'empowerment', een veelgebruikte term, die in het Nederlands vaak onvertaald wordt overgenomen (zie ook paragraaf 4.1.1 en 4.2.3). 'Empowerment' betekent 'zelfbeschikking', of 'macht over het eigen leven en leefsituatie'. Het staat voor het besef dat mensen zelf sturing kunnen geven aan hun lot, aan hun gezondheid, aan hun omgeving.

> What is empowerment?

Empowerment means increased opportunity for women and men to control their life:

It gives:

- *power to make decisions*
- *power to have your voice heard*
- *power to put things on the agenda*
- *power to negotiate on something that is not negotiable*
- *power within yourself to challenge past customs*

[Norad 1999]

Gaby Jacobs en Janneke van Mens-Verhulst, van de Universiteit voor Humanistiek, beschreven 'empowerment' op de tweede conferentie als een brug tussen twee basisbegrippen uit de humanistiek: zingeving (het streven naar ordening en betekenis in het leven) en humanisering (het streven naar een goed en menswaardig leven en een goede samenleving). In de hierna volgende tabel is het begrip op drie niveaus uitgewerkt: persoonlijk, interpersoonlijk/collectief en maatschappelijk/politiek. Die laatste categorie sluit aan bij de kritische variant van 'health literacy' en bij de sociale actie van de 'community intervention'.
tabel

Dimensies	Persoonlijk	Interpersoonlijk/ collectief	Maatschappelijk/ politiek
Kernbegrippen			
Kennis/Inzicht	<i>Zelfinzicht, zelfkennis</i> Incl. bewustzijn van verinnerlijkte maatschappelijke beelden en opvattingen	<i>Collectieve kennis en inzicht</i> Delen van verhalen; 'eigen stem' ontwikkelen als groep	<i>Politiek inzicht</i> Inzicht in maatsch. besluitvormingsprocessen; inzicht in de werking van culturele beelden, waarden en normen

Zeggenschap/ Autonomie	<i>Persoonlijk effectief handelen</i> (Gevoel van) controle en zeggenschap over eigen leven	<i>Collectief en responsief handelen</i> Verantwoordelijk en betrokken handelen samen met anderen	<i>Politiek handelen</i> Participatie in maatschappelijke besluitvormingsprocessen; invloed op culturele beelden, waarden en normen
Erkenning	<i>Zelf-erkenning</i> Gevoel van eigenwaarde, zelfvertrouwen en zelfrespect	<i>Erkenning door anderen</i> Zich gezien weten	<i>Maatschappelijke erkenning</i> Wetgeving die sociale uitsluiting en discriminatie tegengaat; Volwaardig burgerschap en recht op verschil

Het tegendeel van het begrip ‘empowerment’ is ‘powerlessness’ (machteloosheid). ‘Power’ in ‘empowerment’ slaat zowel op de macht of controle over het eigen leven, als op de kracht in de zin van geestkracht, vitaliteit en levenslust (zie ook paragraaf 4.2.2). De term ‘empowerment’ kan ook op communities van toepassing zijn (Laverack, G. & Labonte, R., 2000; www.scn.org/ip/cds/cmp/modules/mea-ovr.htm).

De relatie tussen ‘empowerment’ en ‘gezondheid’ is op veel manieren aangetoond en bekend. In de gezondheidswereld is ‘empowerment’ vaker gekoppeld aan ‘self-efficacy’ (individuele competenties) dan aan sociale participatie. Toch wordt de term niet alleen voor individuen gebruikt, maar ook als aanduiding van de zelfbeschikking van vaste sociale verbanden. In dat geval is er sprake van ‘community empowerment’ of ‘organisatie-empowerment’. De Braziliaanse pedagoog Paolo Freire (1972) is bekend geworden als voorvechter van een dergelijke benadering. Hij vindt bewustwording, zowel van zichzelf als van de situatie in de directe sociale omgeving, maar ook van het grotere maatschappelijke en politieke geheel, het startpunt van ‘empowerment’. Op basis van die bewustwording kunnen mensen worden aangemoedigd en ondersteund in het verbeteren van hun situatie.

Het begrip ‘empowerment’ is niet alleen te koppelen aan de factor ‘leefstijl’, maar ook aan ‘sociale cohesie’ (zie paragraaf 4.2.3).

Onderzoek naar leefstijl

Op het gebied van persoonlijke gezondheidsopvattingen en -gedrag bestaat een aantal gestandaardiseerde schalen voor deelgebieden als voedingsgedrag, beweeggedrag, seksueel gedrag, et cetera. Dat maakt een onderlinge vergelijking van resultaten mogelijk. Nieuwe doelgroepen met verschillen in culturele achtergrond maken een verdere uitwerking van de bestaande en nieuwe instrumenten steeds noodzakelijk.

Het meten van empowerment kan individueel, net als bij iedere andere psychologische variabele, maar dat laat maar één kant van de medaille zien. Bij 'empowerment' horen ook de sociale en politieke omstandigheden. Bij het meten op groepsniveau is het altijd de vraag in hoeverre de community inderdaad een voldoende herkenbare en stabiele factor is. Bij het onderzoek naar bedrijven of naar teams in scholen is dat makkelijker vast te stellen dan bijvoorbeeld in een buurt met een sterk verloop van de bevolking.

Het proces van bewustwording is bij 'empowerment' zowel middel als doel. 'Empowerment' is dan ook niet te zien als een examen dat het individu kan afleggen, of als een kwaliteitscertificaat dat de gemeenschap of organisatie kan verwerven. Het is een proces met open einde waarin echter wel indicatoren zijn te onderscheiden die de tussentijdse voortgang aangeven. Deze indicatoren moeten daarbij aan drie zaken aandacht besteden. Ten eerste de mate van individuele eigenwaarde, ten tweede de mate van mobilisatie van groepen in de gemeenschap, en ten derde de uit die mobilisatie resulterende verandering in maatschappelijke omgevingsfactoren. Daarbij zijn stadia te onderscheiden als bewustwording, passief toegang hebben tot, actieve deelname aan, invloed hebben op en volledige controle over (World Bank, 2004). Dat hier een duidelijke parallel te trekken is met de participatieladder van Arnstein (paragraaf 3.3.2) mag duidelijk zijn.

Bovenstaand onderzoek vraagt een langer tijdspectief en een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden om recht te kunnen doen aan de verschillende meetniveau's in combinatie met het procesmatige karakter van deze processen.

Voor een concrete invulling van het begrip 'empowerment' is nog veel werk nodig. In Nederland vindt in dit opzicht nog onvoldoende standaardisatie van concepten en instrumenten plaats (zie Oakley, 2001).

BRONNEN

Bronnen over leefstijl en empowerment

- Jansen, J. e.a. (2003). *Tijd voor gezond gedrag*. RIVM.
- Meertens, R. e.a. (2000). Determinanten van gedrag. Hoofdstuk 3. In: Brug e.a.

Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak.
Assen: Van Gorcum.

- Healthy Lifestyle: Strengthening the Effectiveness of Lifestyle Approaches to Improve Health
- *Is 'Healthy Lifestyle' a Useful Concept?*
- www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/docs/healthy/chap1.html

Speciaal over empowerment:

- Norad (1999). *Handbook in Gender and Empowerment Assessment*. Norwegian Agency for Development Cooperation.
www.norad.no/items/1638/108/8846971695/handbook%20in%20gender%20and%20empowerment%20assessment.doc
- Oakley, P. (2001). *Evaluating empowerment. Reviewing the concept and practice*. Oxford: Intrac.
- Tones, K.& Green, J. (2004). *Health promotion*. Hoofdstuk over Empowerment, p. 92-104.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 2 (6) 197-205.
- World Bank empowerment website op www.worldbank.org/empowerment

Er zijn over empowerment reeds vele studies verschenen en er zijn schalen geconstrueerd en uitgetest. Een voorbeeld van een studie is die van Barrington (1999). Zij gebruikt de theoretische visie van Conger en Kanungo (1988) beschreven in hun artikel *The empowerment proces* en het werk van Fetterman (1996) over 'empowerment evaluation'.

De toename van 'power', de toename van self-efficacy, loopt volgens Conger en Kanungo via vijf fasen:

- 1) Identification of conditions that foster a sense of powerlessness
- 2) Use of empowerment strategies to remove conditions responsible for powerlessness
- 3) Provision of efficiency information to participants
- 4) Strengthened performance and beliefs in efficacy resulting from information provided
- 5) Persistence of behaviour to achieve objectives

Op basis van dit 'stappenplan' ontwierp Barrington haar programma en rapporteert zij over de effecten die bij alle betrokken stakeholders bereikt worden.

- Barrington, G.V. (1999) *Empowerment goes large scale: the Canada prenatal nutrition experience*. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, Special Issue 1999, 179-192.

- Conger, J.A. & Kanungo, R.N. (1988). The empowerment process: integrating theory and practice. *Academy of Management Review* (13) 471-482.
- Fetterman, D.M. (1996). Empowerment evaluation: an introduction to theory and practice. In Fetterman, D.M., Kaftarian, S. & Wandersman, A. (red.) *Empowerment evaluation: knowledge and tools for self-assessment and accountability* (pp. 3-46) Thousand Oaks: Sage.

4.2.3. Sociale cohesie (social capital)

Sociale
cohesie
(Soc. capital)

De sociale determinant heeft twee kanten die in elkaars verlengde liggen. Op de eerste plaats is er het sociaal-psychologisch perspectief, waarin de sociale omgeving, het sociale netwerk van familie, vrienden en collega's een rol speelt bij de meningsvorming en gedragskeuzen van het individu. In die benadering is er sprake van 'sociale steun' indien de inhoud en richting van de invloed overeenkomt met de wensen van de experts. Er is sprake van 'sociale druk' als dat niet het geval is. Sociale weerbaarheid of assertiviteit (en dus: 'empowerment') helpt om te gaan met die druk.

In deze invalshoek zijn de medemensen in een setting ook te zien als verlengstuk, als vrijwilligers van het interventieteam. Bij peer-to-peer education is dat het geval, maar ook bij ouderavonden in het kader van een 'gezonde-school-project' heeft het die functie: de ouders aanspreken op hun rol in de opvoeding. Het betrekken van sleutelfiguren uit de politiek of uit het management bij een project door hen in een stuurgroep te vragen heeft ook vaak als doel daarmee een betere toegang te krijgen tot een setting of doelgroep: het moet de communicatiemogelijkheden verbeteren.

De tweede invalshoek heeft een breder sociologisch perspectief en gaat uit van sociale netwerken. Een sterke sociale cohesie (netwerken) heeft een directe invloed op (dat wil zeggen: is determinant van) gezondheid. In dat kader is ook het begrip 'social capital' (sociaal kapitaal) van belang, dat aan de bovengenoemde vormen van sociale steun nog andere aspecten toevoegt. Een van de pioniers op dit gebied, Putnam, definieert 'sociaal kapitaal' als *'de kenmerken van de sociale organisatie – bijvoorbeeld netwerken, normen en sociaal vertrouwen – die samenwerking en coördinatie voor wederzijds belang mogelijk maakt.'* 'Sociaal kapitaal' is wel omschreven als de lijm tussen instituten en mensen: het houdt de gemeenschap bij elkaar. Het werkt door in welbevinden, maar ook in economische productiviteit, in misdaadcijfers en in armoedecijfers.

‘Sociaal kapitaal’ en ‘empowerment’ zijn twee begrippen die naar elkaar verwijzen: ‘empowerment’ helpt mensen hun rol in de samenleving op zich te nemen en zo hun bijdrage aan ‘sociaal kapitaal’ te leveren. Andersom bepaalt het aanwezige ‘sociaal kapitaal’ ook de kans op ‘empowerment’.

Samenlevingsontwikkeling en opbouwwerk in Nederland staat in het verlengde van bovenstaande opvattingen. Daarin komen zaken als maatschappelijke ondersteuning, vrijwilligerswerk, mantelzorg, interculturalisatie aan de orde (www.x-s2.nl/cgi-bin/xs2.cgi). Ook de sociocratische methode van overleg en organisatie, geïntroduceerd door G. Endenburg (<http://sociocratie.pagina.nl>) past in deze traditie.

> The Gatehouse project: klas, school, community

Bij dit programma waren 26 scholen voor voortgezet onderwijs in Australië betrokken. De nadruk lag op de onderlinge betrokkenheid, veiligheid en vertrouwen, communicatie en een positief zelfbeeld. De interventies werden in overleg ontwikkeld om het sociale klimaat op de school te verbeteren. Ook lesmateriaal dat nauw aansluit bij de ontwikkelfase van de jongeren werd gebruikt. Bovendien was de relatie tussen de school en de community een aandachtspunt.

De evaluatie volgde een cluster randomised evaluation design. Opvallend waren de uitkomsten voor roken en drinken: op de interventiescholen lagen die beduidend lager, zonder dat ze als thema in het project centraal hadden gestaan.

- www.gatehouseproject.com
- Bond, L. e.a. (2004). *The Gatehouse Project: can a multilevel school intervention affect emotional wellbeing and health risk behaviours?* J Epidemiol Community Health 58: 997-1003.
- Bond, L. e.a. (2004). *Long-term impact of the Gatehouse Project on cannabis use of 16-year-olds in Australia.* Journal of School Health. 74(1):23-29

Onderzoek naar sociale cohesie, sociaal kapitaal

Op dit gebied is in korte tijd veel onderzoek gedaan, vaak met vergelijkbare indicatoren zoals wederzijds vertrouwen, het deelnemen aan maatschappelijke activiteiten (verticaal) en de aard en omvang van het eigen netwerk (horizontaal). De schaal van meten, de indicatoren en de interpretatie van de resultaten zijn nog volop onderwerp van discussie. Concepten als vertrouwen en netwerken zijn wel in cijfers te vangen, maar dat doet onvoldoende recht aan de kwaliteitsbeleving van betrokkenen. Inmiddels ontstaan er lijsten voor gericht onderzoek. De in de bronnen genoemde overzichtsstudies uit Canada en UK ein-

digen met het voorstel om het volgende soort indicatoren te gebruiken:

Voorbeelden van indicatoren voor sociaal kapitaal (Health Canada, HDA UK)	
Trust	<p>Length of residence in area, perceived structure of area, feeling part of community</p> <p>People getting along, looking out for each other, caring about each other</p> <p>Borrowing, lending, doing favours</p> <p>Trusting people, trust in institutions</p> <p>Perception of local crime, violence, etc., feeling safe</p> <p>Generalised local tolerance, fairness, neighbourliness</p>
Social cohesion	<p>Respect for diversity,</p> <p>Goals for the country (within 10 years),</p> <p>Values and society model</p>
Social support and immediate networks	<p>Family, friends, neighbours – how many, frequency of contact, type of contact</p> <p>Who receives support from (emotional, instrumental), who is close to, who relies on, who would help</p> <p>How many people known in neighbourhood</p> <p>Rating of local reputation, whether one wants to move</p> <p>Perceived problems – amenities, e.g. crime, housing, transport, access, traffic, police, schools, facilities etc.</p> <p>Perceived level of community activities</p>
Civic participation and social engagement	<p>Number of groups belonged to, nature and level of activity</p> <p>Specific involvements, e.g. religious, political, voluntary groups, community affairs</p> <p>Attending meetings, taking action, voting, protesting, volunteering, etc.</p> <p>Interest in/knowledge about local affairs</p>
Control, self-efficacy	<p>Perceived control over own life, own health, community affairs</p> <p>Satisfaction with amount of control, influence over local decisions</p> <p>Standard measures of psychological control and empowerment</p>

Income Distribution	Gini coefficient http://en.wikipedia.org/wiki/Gini_coefficient
Health	Self-rated health status

De laatste indicator laat zien hoe persoonlijke gezondheidsopvattingen een deel zijn van sociaal kapitaal. Interessant is ook dat hier de nadruk meer ligt op aspecten van geestelijke en sociale gezondheid. In Nederland is het Sociaal Cultureel Planbureau een belangrijke bron van informatie over diverse facetten van sociaal kapitaal.

BRONNEN

Bronnen over sociale cohesie (social capital)

Social Capital

Klassieken

- Bracht, N. (1999). *Health Promotion at the Community Level: New Advances*. 2nd edition.
- Coleman, J. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge, Mass.: Belknap Press of Harvard University Press.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London, New York: Routledge.

Overzichtsstudies en websites

- Health Canada: www.hc-sc.gc.ca
- Human Resources and Development Canada, Applied Research Branch, *Prevention of Exclusion and Poverty Reduction*: www.hrdc-drhc.gc.ca/arb/publications/research/exclusion_e.shtml
- NIGZ-Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen: www.slag.nu
- Social Capital Initiative: www.iris.umd.edu/research/USAID.asp#capital
- Sociaal Cultureel planbureau: www.scp.nl
- Swann, C. & Morgan, A. (2002). *Social capital for health, Insights from qualitative research*. London: Health Development Agency. www.hda-online.org.uk/downloads/pdfs/social_capital_complete_jul02.pdf
- World Bank, PovertyNet, site dedicated to social capital: worldbank.org/poverty/scapital/index.htm

Relatie sociale cohesie en empowerment

- Berry, H. & Rickwood, D. (2000). Measuring social capital at the individual level: personal social capital, values and psychological distress. *Int. J. of Mental health promotion* (2) 35-44.
- Bussemaker, J. (2002). Individualisering en sociale cohesie: een fundament voor sociale steun. WR-lezing. TSG (80) 417-423.
- Speer, W. e.a. (2001). The relationship between social cohesion and empowerment: Support and new implications for theory. *Health Education and Behavior* (28) 716-732.

4.2.4. Voorzieningen

Voorzieningen

Gezondheid bevorderen kan door de voorzieningen te verbeteren. In de *Ottawa Charter* krijgt het 'reorienting health services' een aparte vermelding. Als voorzieningen voor mensen bekend, beschikbaar en bereikbaar zijn, kunnen ze bijdragen aan gezondheid, hetzij rechtstreeks, hetzij als plek waar de gezonde leefstijl wordt gestimuleerd. Deze determinant omvat naast gezondheidsvoorzieningen het hele voorzieningenpakket dat relevant is voor gezondheid. Het gaat daarbij ook om welzijnsinstellingen, kunst en recreatie, transport, woongelegenheid, veiligheid, politie, de toegang tot informatie via internet en bibliotheek, ja zelfs de aanwezigheid van de plaatselijke middenstand als supermarkt, kiosk en de beschikbaarheid en bereikbaarheid van sportverenigingen behoren ertoe.

Veel voorzieningen worden nu via internet op afstand aangeboden, dus ook het net van nationale of internationale organisaties komt in het vizier.

Voorzieningen hebben een dubbelrol voor gezondheid: zo verkopen winkels zowel gezonde als ongezonde producten. Voorzieningen maken deel uit van de sociale omgeving, maar hebben raakpunten met de fysieke omgeving uit de volgende paragraaf.

Onderzoek naar voorzieningen

Het onderzoek naar dergelijke voorzieningen heet in de gezondheidszorg gezondheidszorgvoorzieningenonderzoek of kortweg GZO (zie Juttmann e.a., 2004). Het meten van voorzieningen gebeurt in drie stappen: welke voorzieningen zijn relevant (1), hoe is het gebruik (2) en welke verbeteringen zijn mogelijk (3). Het analyseren van het voorzieningennetwerk gebeurt veelal door het opstellen van een sociale kaart, waarin nagegaan wordt welke van de vele adressen in een bepaald project voor de betrokken mensen relevant zijn. Het gebruik

van voorzieningen is te meten met bestaande registratiegegevens door respondenten te ondervragen over kennis en gebruik van en tevredenheid over de voorzieningen. Die informatie kan vervolgens bepalen welke voorzieningen zo belangrijk zijn, dat ze in het aandachtsveld van de interventies opgenomen moeten worden. Bij het ontbreken van voorzieningen of het ernstig disfunctioneren ervan, kan toezicht of ander beleid nodig zijn.

Over het gebruik van dienstverlenende organisaties is ook veel literatuur beschikbaar die onder de noemer van kwaliteitsbeleid geschreven is.

BRONNEN

Bronnen over voorzieningen

- Boot, J.M. *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Boomsma, S. & Borrendam, A. van [2003]. *Kwaliteit van dienstverlening: De integratie van dienstenmarketing, kwaliteit en management*. 4e druk. Deventer: Kluwer.
- Juttman, R., Klazinga, N. & Mackenbach, J. (2004). *Wetenschappelijke kwaliteit van het Gezondheidszorgonderzoek*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Øvreit, J. (1998). *Evaluating health interventions: introduction of health treatment, services policies and organisational interventions*. Buckingham: Open University press.

4.2.5. Omgeving en milieu

Gezonde
omgeving
en milieu

Bij deze determinant ligt de nadruk op de fysieke omgeving en het natuurlijke milieu: bodem, water, lucht. De invloed van het natuurlijk milieu op gezondheid wordt in de medische milieukunde uitgewerkt, met de nadruk op biochemische aspecten. De fysieke omgeving betreft onder meer de bebouwing (werk, wonen, recreatie et cetera) en het transport (wegen, gebruik van auto), de energievoorziening, enzovoorts. Deze factoren hebben een direct effect op de gezondheid van mensen. Het is het kader voor sociale contacten, van gewenste en ongewenste aard, en daarmee is het ook de context voor geestelijke en sociale gezondheid.

Onderzoek naar omgeving en milieu

Pas geleidelijk komen er gegevens beschikbaar over de relatie tussen omgeving,

milieu en gezondheid. Daarbij is het makkelijker gevaren op te sporen (en zo mogelijk te elimineren) dan aan te geven wat een goede omgeving is. Met onderzoek naar het milieu is veel ervaring opgedaan en ook milieueffectrapportages zijn breed beschikbaar. Het zou goed zijn als de gezondheidsbevordering meer gebruik zou maken van bestaande kennis over architectuur, milieukunde, stadsinrichting en mobiliteit.

BRONNEN

Bronnen over omgeving en milieu

- Ministerie van VROM: www.vrom.nl/pagina.html
Daarop twee belangrijke onderdelen:
 - 1 Actieprogramma Gezondheid en Milieu: www.vrom.nl/pagina.html?id=11129
 2. Dossier Sociaal-fysieke Verkenningen Stad: www.vrom.nl/pagina.html?id=11357
- Kenniscentrum Grote Steden
Kennis over de oplossing van stedelijke problemen voor beslissers, beleidsmakers en uitvoerders. Heeft een eigen dossier Herstructurering met daarin diverse publicaties over het onderwerp.
www.hetkenniscentrum.nl
- Themanummer Health Education & Behavior, 31 (4), augustus 2004
- Bogaard, J. van den e.a. (2000). *Gezondheidskaart Bouwen en Wonen*. GGD Rotterdam e.o. www.ggd.rotterdam.nl/?pid=22
- Kornalijnslijper, N., Egten, CR. van & Vos, W. (2003). *Gezondheid, milieu en gemeenten. Een onderzoek onder gemeenten naar de raakvlakken tussen gezondheid en milieu*. SGBO Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- RIVM: www.rivm.nl/milieu

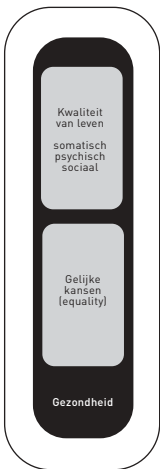
4.3 Gezondheid

'Health is the capacity of people to adapt to, respond to, or control life's challenges and changes'

– Frankish e.a., 1996

Gezondheidsbevordering wil, het woord zegt het zelf, de gezondheid van mensen bevorderen. Vandaar dat het begrip 'gezondheid' de laatste zone van het referentiekader vult. Maar wat is gezondheid? Daarover bestaan vanuit verschillende studieruimten en persoonlijke of maatschappelijke visies uiteenlopende opvattingen. Deze komen in deze paragraaf als eerste aan de orde. Vervolgens komen de twee vakken in deze zone aan bod: 'kwaliteit van leven' en 'gelijke kansen op gezondheid'.

4.3.1. Gezondheidsopvattingen



Het begrip 'gezondheid' komt in allerlei betekenissen en contexten voor. Gezondheid is een normatief begrip met een politieke en culturele lading. Het is een belangrijke metafoor, wat Susan Sontag bracht tot het schrijven van een boek over *Illness as metaphor* (1979). Gezondheid is soms een ideaal, soms een norm (Rolies, 1988), soms een recht, soms een privilege. 'Health substitutes for salvation and becomes salvation of its own' (Crawford, 1984). Gezondheid is een werkveld en begrippenkader, dat ook vanuit de filosofie en ethiek kritisch bestudeerd wordt.

De omschrijving van 'gezondheid' die ontleend is aan de preambule tot de WHO-constitutie, geldt inmiddels als klassiek: 'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity'

(WHO, 1948).

Deze definitie van gezondheid wijst op de noodzaak meer in beschouwing te nemen dan ziekte en gebrek en onderscheidt drie verschillende invalshoeken: lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid. De lichamelijke gezondheid is een traditionele invalshoek. De opkomst van de sociale wetenschappen resulteerde onder andere in meer aandacht voor de psychologische kant van ziekte en sterfte. Het gaat daarbij niet alleen om psychische problemen en psychiatri-

sche aandoeningen, maar ook om de beleving van lichamelijke aandoeningen: de 'ervaren gezondheid' hoeft niet te corresponderen met wat een arts op grond van het aangetroffen ziektebeeld zou verwachten. Zo ontstond de behoefte begrippen als gezondheid en ziekte nader te bepalen, bijvoorbeeld met termen als 'illness' (biomedische bepaling), 'sickness' (ervaren toestand) en 'disease' (maatschappelijke rol). De interactie tussen biologie, gedrag en sociale invloeden komt steeds nadrukkelijker naar voren (Pelmar e.a., 2002).

'Sociale gezondheid', de derde invalshoek, relateert gezondheid aan omgevingsfactoren. Sommigen zien het gebruik van de term 'sociale gezondheid' als een onterechte koppeling van het persoonsgebonden begrip 'gezondheid' aan een groter geheel: een collectiviteit of een samenleving. Toch is het inmiddels een gangbaar begrip, bijvoorbeeld in 'een gezonde stad' of 'een gezonde school'. Inmiddels koppelen sommigen het begrip 'gezondheid' ook aan spirituele aspecten van het menselijke bestaan (van Leeuwen e.a., 2004), iets waar anderen dan weer groot bezwaar tegen maken: Karin Spaink spreekt van 'kwakdenken door een orenmaffia' (Spaink, 1992).

De discussie over het begrip 'gezondheid' gaat niet alleen over het technische gebruik ervan. Vaak zijn daaraan discussies gekoppeld over andere thema's zoals de zin van leven en lijden, de verhouding tussen arts en patiënt, de verhouding tussen leek en expert of macht en onmacht.

Een handige indeling geeft Beattie (1993, in Tones & Green, 2004). Beattie deelt gezondheidsbegrippen in met de dimensies 'individueel' versus 'collectief' en 'hard mechanisch' versus 'zacht humaan' en koppelt dit aan verschillende vormen van politieke opvattingen, met elk een eigen culturele bias:

Model	Dimensie 1	Dimensie 2	Politiek	Bias
Biopathologisch	Hard Mechanisch	Individueel	Conservatief	Macht uitoefenen Onderwerpen
Ecologisch	Hard Mechanisch	Collectief	Reformisten	Controle
Biografisch	Zacht Humaan	Individueel	Liberaal	Individualisme Ieder voor zich
Community	Zacht Humaan	Collectief	Radicaal Pluralist	Samenwerking Onderling afhankelijk

De gezondheidsbevordering stelt vragen bij de biomedische gezondheidsopvatting omdat daarin de nadruk ligt op ziekte en sterven en dus op het ontbreken van gezondheid. De bedenkingen bij deze beperkende visie worden in ruime kring gedeeld, vandaar concepten als 'kwaliteit van leven' (zie 4.3.2) die meer recht doen aan de verschillende aspecten van gezondheid. De gezondheidsbevordering maakt bewust gebruik van meerdere perspectieven op gezondheid. Daarbij zijn drie kenmerken belangrijk:

1. Een positieve invalshoek

Het uiteindelijke doel van gezondheidsbevordering is niet gezondheid op zich. Gezondheid is een voorwaarde om andere dingen te kunnen doen. Gezondheid biedt de mogelijkheden om te leven, te werken, te spelen en lief te hebben. Ook ziek zijn en sterven kan op 'een gezonde manier'. Gezondheidsbevordering neemt eerder de menselijke mogelijkheden dan de beperkingen tot vertrekpunt. De startvraag is dikwijls: wat houdt mensen gezond en wat doen ze er dan mee? De technische term voor dit perspectief is 'salutogenese' (zie kadertekst). In Nederland is het perspectief van 'wat houdt mensen gezond' en van 'wat willen mensen doen om gezondheid te behouden' nog te weinig uitgangspunt van onderzoek. Toch ligt daar een belangrijke mogelijkheid om de volksgezondheid te verbeteren.

> **Salutogenese**

Aaron Antonovsky (1923-1994) vroeg zich af waarom mensen gezond blijven. Hij legt de nadruk niet op ziekte en risico maar concentreert zich op kansen voor gezondheid, op factoren die bijdragen aan de onkwetsbaarheid. Het is een concept dat in de literatuur goed ontvangen is, maar op verschillende manieren is opgepakt. Het zit dicht tegen de notie van 'sense of coherence', van zingeving in het leven. Positieve communicatie en een appèl aan de eigen mogelijkheden van betrokkenen zijn een vast onderdeel van deze invalshoek. Het zet sociale en psychische gezondheid op hetzelfde niveau als lichamelijke gezondheid. In één van zijn publicaties stelt Antonovsk een 'Orientation to life questionnaire' (SOCscale) voor.

- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health*.
- FCHE (1999). *What Keeps People Healthy*.

2. *Gezondheid is pathologie en politiek*

Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medizin im Grossen.

– *Virchow*

De gezondheidsbevordering plaatst het begrip ‘gezondheid’ niet alleen in bio-medisch perspectief, maar ook in een individueel en maatschappelijk perspectief. Vandaar de introductie van begrippen als ‘empowerment’ en ‘sociaal kapitaal’ (zie 4.2). De betekenis en waarde die mensen geven aan de gezondheid van zichzelf en anderen, is noodzakelijkerwijs het aangrijpingspunt voor de interventies.

3. *Gezondheid is geen geïsoleerde waarde*

‘Health is a social, economic and political issue and, above all, a fundamental human right. Inequality, poverty, exploitation, violence and injustice are at the root of ill-health and the death of poor and marginalized people. Health for All means that powerful interests have to be challenged, that the negative aspects of globalization have to be opposed, and that political and economic priorities have to be drastically changed.’

– *People’s Charter for Health (www.iphcglobal.org/index.htm)*

Ook is kenmerkend dat gezondheid in verband gebracht wordt met waarden als respect en rechtvaardigheid. Solidariteit is een belangrijke waarde in gezondheidsbevordering, die vertaald is met het begrip ‘equity’: gelijke kansen op gezondheid (zie 4.3.3). Er is een grote aandacht voor de culturele diversiteit, voor de relatie tussen gezondheids- en milieuvraagstukken en voor de mogelijkheden en gevaren van maatschappelijke ontwikkelingen (bijvoorbeeld globalisering) in het algemeen.

> *Ter illustratie van het gezondheidsbegrip in gezondheidsbevordering volgen hier drie omschrijvingen. De eerste is ontleend aan het Health Promotion Glossary en aan de Ottawa Charter:*

Within the context of health promotion, health has been considered less as an abstract state and more as a means to an end which can be expressed in functional terms as a resource which permits people to lead an individually, social-

ly and economically productive life.

Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities.

Bron: Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary*. WHO.

www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

De volgende omschrijving gaat in op de sociale en spirituele aspecten van geestelijke volksgezondheid. In 1999 omschreef VicHealth, het nationale instituut voor gezondheidsbevordering in Victoria, Australië het begrip geestelijke gezondheid als volgt:

'Mental health is the embodiment of social, emotional and spiritual well-being. Mental health provides individuals with the vitality necessary for active living, to achieve goals and to interact with one another in ways that are respectful and just.'

Bron: VicHealth (1999). *Mental Health Promotion Plan*. 1999- 2002. Melbourne.

De laatste omschrijving en toelichting is ontleend aan het Centre for Health Promotion, University of Toronto en aan de Mental Health Promotion Unit, Health Canada (Ottawa).

'Mental health promotion is the process of enhancing the capacity of individuals and communities to take control over their lives and improve their mental health. Mental health promotion uses strategies that foster supportive environments and individual resilience, while showing respect for culture, equity, social justice, interconnections and personal dignity.'

Ter toelichting op het begrip 'resilience' (veerkracht, weerbaarheid) zeggen zij:

'While empowerment and respect for people are core of MHP, the concept which distinguishes the Toronto definition of MHP from the Ottawa Charter is that of 'resilience'. Rather than being concerned with somewhat abstract states of illness or wellness, resilience is a much more dynamic and human concept. Resilience is the capacity to cope with, and bounce back after, the ongoing demands and challenges of life, and to learn from them in a positive way. The term 'resilience' (or 'resiliency') has much in common with the psychological/sociological concepts of a sense of personal control (Sarafino, 1994), self-efficacy (Bandura, 1977), hardiness (Kobasa et al., 1985), a sense of coherence (Antonovsky, 1987), and other similar terms. However, resilience adds the vital sense of flexibility and bouncing back (ie the capacity to re-establish one's own balance).'

Bron : eerste nummer van het international *Journal of Mental Health Promotion*, 1998

In gesprekken over gezondheid komt de term gezondheidswinst vaak voor. Volgens de WHO is health gain: *An increase in the measured health of an individual or population, including length and quality of life.* (WHO, 1998a)

De gevolgen van gezondheid

De gezondheidstoestand van mensen staat niet op zich, maar werkt door in vele facetten van het persoonlijk en maatschappelijk leven. Zo heeft 'gezondheid' invloed op en dus gevolgen voor:

- levensvreugde, vrijheid, rechtvaardigheid,
- sociale isolatie, overlast, misdaad,
- arbeidsstress, ziekteverzuim, productieverlies,
- kosten van de gezondheidszorg,
- hoogte van premies, loonkosten, concurrentiepositie,
- plaats en imago van Nederland op de wereldranglijst.

Gezondheid heeft dus ook economische gevolgen die weer invloed uitoefenen op alle maatschappelijke sectoren. In de huidige tijd is het gebruikelijk om bij het nemen van beleidsbeslissingen ook economische consequenties te laten meewegen. Dat betekent bijvoorbeeld dat het ministerie van VWS mogelijke gezondheidswinst doorrekenen in verminderd gebruik van voorzieningen. De *VTV* (Volksgezondheid Toekomst Verkenning) 2002 (pag. 129 e.v.) toont aan dat daarbij preventie vaak een betere kosten-effectiviteit oplevert dan curatie. Een veel gehanteerd begrip is 'doelmatigheid'. Optimale zorg (of optimale gezondheidsbevordering) tegen zo laag mogelijke kosten is daarbij het motto. De betekenis van de term doelmatigheid is echter sterk afhankelijk van de context en van de te bereiken doelen. Doelmatigheid is geen waarde vrij, zuiver economisch begrip.

De gevolgen van gezondheid (persoonlijk, maatschappelijk, economisch) zijn moeilijk vast te stellen. Er zijn maar een paar velden waar de gegevens zich makkelijk laten 'doorrekenen'. Ook economische analyses maken veel gebruik van aannames; dat geldt zeker voor berekeningen over winst of verlies op lange termijn.

Desondanks is het belangrijk om de gevolgen van gezondheid in het vizier te houden. Door in te gaan op de gevolgen van gezondheid ontstaat een breder gezondheidsconcept, zoals verwoord in de *Ottawa Charter: 'Health is a resource for everyday life, not the object of living'*. Bovendien is het een middel om politieke argumentatie bij pleitbezorgingsprocessen te versterken (zo scoort overlastbestrijding momenteel beter dan gezondheid).

Gezondheid blijkt een begrip te zijn dat op veel manieren kan worden uitge-

werkt. Met de operationalisering en meting ervan is in de epidemiologie en in de sociale wetenschappen veel ervaring opgedaan. Helaas wordt 'gezondheid' vaak nog onvoldoende omschreven. Iedere operationalisering werpt een licht op bepaalde aspecten en laat andere onderbelicht. Wie gezondheidswinst wil boeken, moet zich afvragen wat voor winst en bij wie. Dat maakt het van belang bij het gebruik van bestaande registraties en onderzoek zich te realiseren welk onderliggend gezondheidsconcept daarbij gebruikt wordt.

In de zone 'gezondheid' binnen het referentiekader zijn twee vakken aangegeven: de inhoudelijke kant van gezondheid komt terug in het vak 'kwaliteit van leven' en de verdeling van gezondheid over de bevolking in het vak 'gelijke kansen'.

4.3.2. *Kwaliteit van leven*



De beschouwing over het begrip 'gezondheid' maakt duidelijk dat er vele manieren zijn om het begrip te operationaliseren. Met de meting van sterfte en ziekte is de meeste ervaring opgedaan. Omdat er een aantal chronische aandoeningen bestaat die niet meteen levensbedreigend zijn, ontstond de behoefte aan andere, aanvullende indicatoren. De combinatie van sterftecijfers met andere indicatoren staat bekend als de kwaliteit van leven.

Om 'kwaliteit van leven' te meten bestaan er gecombineerde maten als QALY (Quality-Adjusted Life Years) en DALY (Disability-Adjusted Life Years). QALY is een uitkomstmaat van een economische analyse en wordt gedefinieerd als één jaar in goede gezondheid. Als door een interventie de levensverwachting wordt verlengd met één jaar in goede gezondheid, dan is de uitkomst één QALY. Evenzo, als de interventie de levensduur niet verlengt, maar wel de kwaliteit van leven doet toenemen van bijvoorbeeld tweedekwaliteit naar volledige kwaliteit gedurende drie jaar, dan is de uitkomst eveneens één QALY. (www.minerva-ebm.be/articles/nl/woordenlijst/QALY.htm)

De ziektelast in de bevolking wordt in internationaal onderzoek meestal uitgedrukt in Disability-Adjusted Life Years.

'Een DALY staat voor één levensjaar dat iemand als gevolg van een minder goede gezondheid verliest. Dat kan zijn omdat iemand door een ziekte niet goed functioneert (uitgedrukt in ziektejaar-equivalenten), of omdat hij of zij eerder is overleden als gevolg van deze ziekte (uitgedrukt in verloren levensjaren). Psychische stoornissen als angststoornissen, depressie, dementie en afhankelijkheid

van alcohol behoren tot de ziekten en aandoeningen met de hoogste ziektelast. Ze zijn wat dat betreft vergelijkbaar met ernstige lichamelijke ziekten zoals coronaire hartziekten, beroerte, chronische longziekten en longkanker.' (www.trimbos.nl/default4735.html)

Ook de VTV 2002 staat uitvoerig stil bij de definities en omschrijvingen van deze begrippen (Gezondheid op Koers? VTV 2002, p. 42 . Uitgave RIVM). Deze studie gebruikt de term 'gezonde levensverwachting' als volgt:

'...het aantal levensjaren dat iemand kan verwachten in goede gezondheid door te brengen. Lengte en kwaliteit van het leven worden hierin gecombineerd. De 'kwaliteit van het leven' wordt bepaald door drie gezondheidsindicatoren, die ieder een bepaald type gezonde levensverwachting opleveren: levensverwachting in goed ervaren gezondheid; levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen; levensverwachting in goede geestelijke gezondheid.' (VTV, 2002)

Onderzoek naar de kwaliteit van leven

De VTV 1997 (*De som der delen*) gaat in op het aspect kwaliteit van leven (o.a. pag. 23). In het kader van de activiteiten van de Programmacommissie Determinanten van Gezondheid (König-Zahn e.a., 1993) verscheen tien jaar geleden een tweetal grondige studies over het meten van de gezondheidstoestand. De overzichten betreffen de 'algemene gezondheid' (König-Zahn, e.a., 1993) en de 'lichamelijke gezondheid en sociale gezondheid' (König-Zahn, e.a., 1994). Beide overzichten bespreken zowel Nederlandse als Angelsaksische meetinstrumenten.

Gezondheidsbevordering is erbij gebaat om gezondheid te zien vanuit meerdere invalshoeken. Daarbij kan de systeemtheorie helpen door te werken met een indeling in biologische, individuele en sociale systemen. Omdat een dergelijke studie beroep doet op verschillende disciplines is de tendens naar multidisciplinaire teams aan te moedigen (Higginbotham e.a., 2001).

4.3.3. Gelijke kansen ('equity')

Gelijke kansen (equity)

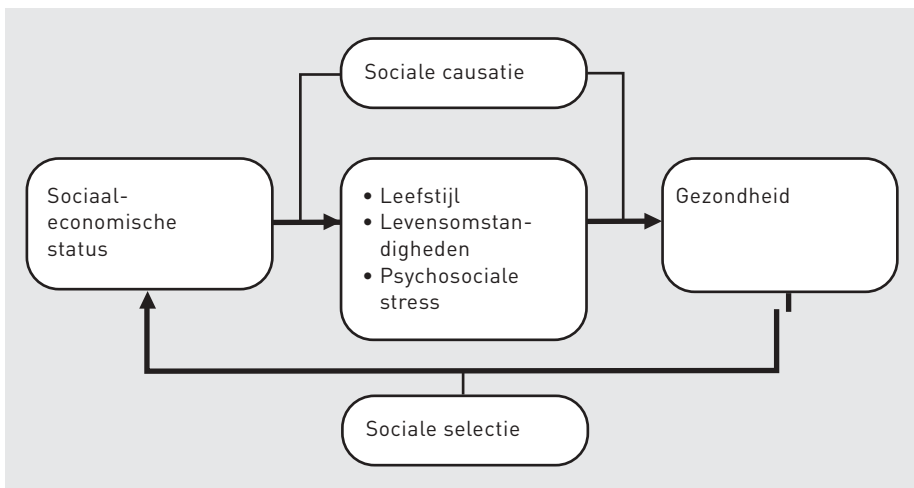
De engelse term 'equity' is door de International Society for Equity in Health gedefinieerd als 'the absence of potentially remediable, systematic differences in one or more aspects of health across socially, economically, demographically, or geographically defined population groups or subgroups.'

In gezondheidsbevordering kwam het op de agenda als uitwerking van de waarden rechtvaardigheid en solidariteit in relatie tot gezondheid. Daarmee werd

een oud thema van zorg voor armen en behoeftigen uit de algemene public health opnieuw opgepakt. In Nederland werden de laatste jaren sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) een speciaal aandachtspunt in het gezondheidsbeleid.

Over de oorzaken van de verschillen in gezondheid tussen sociaal economische groepen doen diverse verklaringen de ronde. In het verleden meenden sommigen dat het meefouten waren, anderen beschouwden het als een vorm van natuurlijke of sociale selectie. Inmiddels blijkt dat verschillen in cultuur, gedragspatronen, levensomstandigheden en kenmerken van de samenleving een rol spelen.

Sociaal-economische gezondheidsverschillen kunnen gezondheid beïnvloeden, maar de gezondheidstoestand kan ook weer invloed uitoefenen op iemands sociale kansen (selectie). Mensen met een laag inkomen hebben relatief gezien een minder goede gezondheid dan mensen met een hoog inkomen. En andersom: mensen met een minder goede gezondheid hebben meer kans op een lager inkomen, bijvoorbeeld door gedeeltelijke of gebrekkige arbeidsparticipatie of een WAO-uitkering (Mackenbach e.a., 1994).



Onderzoek naar gelijke kansen

De aandacht voor (on)gelijke kansen op gezondheid zou ertoe moeten leiden dat bij het onderzoeken van effecten van interventies gekeken wordt naar de differentieële effecten bij verschillende bevolkingsgroepen: bij welke groepen is er effect, bij welke niet; wie heeft ervan geprofiteerd, wie niet? Bij het meten van kansen

op gezondheid maken onderzoekers veelal gebruik van beschikbare indicatoren, maar sommige meetinstrumenten zijn speciaal voor dit doel ontwikkeld.

BRONNEN

Bronnen over gezondheid

1. Gezondheid algemeen

- Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary*. WHO. www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
- Rijke, R. (2001). *Op zoek naar gezondheid*. Lemniscaat.
- Seedhouse, D. (2001). *Health: The Foundations for Achievement*. John Wiley and Sons Ltd.

2. Kwaliteit van leven, begrippen en indicatoren

- Boot, J.M.D. (2001). *Inleiding in de medische sociologie*. Zevende, geheel herziene druk. Assen: Van Gorcum.
- Boot, J.M. & M.H.J.M. Knapen (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bouter, L.M. & Dongen, M.C.J.M. van (1995). *Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie*. Utrecht: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hofman, A., Grobbee, D.E., Lubsen, J. e.a. (1996). *Klinische epidemiologie*. Utrecht: Bunge.
- Mackenbach, J.P. & Maas, P.J. van der (red.) (2004). *Volksgezondheid en Gezondheidszorg*. 3e herziene druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- RIVM. (2002) *Gezondheid op koers? VTV 2002*
- Vandenbroucke, J.P. (2001). *Grondslagen der epidemiologie*. 6e editie. Utrecht: Bunge.
- Nationaal Kompas volksgezondheid: www.rivm.nl/vtv/data/site_kompas/index.htm

3. Gelijke kansen, begrippen en indicatoren

- Jansen, J., Dam, J. ten & Jagt, F. van der, (2004). *Onverdeeld gezond: Terugdringen sociaal-economische gezondheidsverschillen en bevorderen gezond leven door lokaal beleid*. VNG en GGD Nederland.
- Mackenbach J.P., Mheen, H. van de & Stronks, K. (1994). *A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in the Netherlands*. *Soc Sci Med* 38:299-308.
- Programmacommissie SEGV II (2001). *Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen: eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland (ZON).

Beschikbaar via <http://w3.nigz.nl/docfiles/tekstrapportsegv2.pdf>

- Stronks, K. & Hulshof, J. (red.) (2001). *De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Assen: Van Gorcum
- Whitehead, M. (2000). *The concepts and principles of equity and health*. WHO.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *The solid facts, the social determinants of health*. 2nd edition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO: www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HPA/Equity/20020319_1
- International Society for Equity in Health: <http://www.iseqh.org/en>

4. Gezondheid in breder perspectief

- Armstrong, D. (2003). *Outline of Sociology As Applied to Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Drummond, M. & McGuire, A. (2002). *Economic Evaluation in Health Care: Merging Theory with Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Leeuw, E. de (2001). *Global and Local (Glocal) Health: the WHO Healthy Cities Programme*. *Global Change and Human Health* (2) 34-45.
- Rush, B., Shiell, A. & Hawe, P. (2004). A census of economic evaluations in health promotion. *Health Education Research* 19 (6) 707 – 719.

4.4 Gebruik van het resultatenveld

Het resultatenveld van het referentiekader is te gebruiken bij het opstellen van interventieplannen. Dat veronderstelt wel dat er genoeg bekend is over alle genoemde factoren en over de verbanden daartussen. Onderzoek heeft daarin een belangrijke functie. Beleidsmakers kunnen met de uitkomsten van dergelijk onderzoek kritische vragen stellen over interventieplannen en ze kunnen het beoogde resultaat beter en reëler inschatten.

4.4.1. Praktijk

De beoogde resultaten van een interventie zijn het startpunt voor de analyse die bij iedere planning aan de orde is. Hieronder volgt een lijst met vragen die bij de invulling van dit deel van het referentiekader gesteld moeten worden. Waar bij een aantal andere planningsmodellen (bijvoorbeeld Preffi) sprake is van relevante factoren, geeft het referentiekader een invulling. Het referentiekader kan dus als checklist gebruikt worden.

Analyse met behulp van het referentiekader		
Zone en variabele	Vragen	Voorbeelden Aandachtspunten
1. Gezondheid	Welke invalshoek wordt gebruikt om de gezondheid te analyseren?	- somatisch - psychisch - sociaal - combinatie
2. Kwaliteit van leven	Welke indicatoren worden benut?	- sterfte en ziekte - subj. ervaring - DALY - QALY
3. Gelijke kansen	Hoe is de verdeling van gezondheid op dit gebied over de samenleving?	- demografie - SEGV
2.1 Humane biologie	Wat is de rol van biologische factoren?	- erfelijkheid - vitaliteit
2.2 Leefstijl	Wat is er bekend over gedrag?	- kennis - vaardigheden
	Hoe sterk zijn betrokken mensen op dit punt (empowerment)?	- bewustwording - passieve toegang - actieve deelname - invloed - controle
2.3. Sociale steun	Hoe reageren de mensen in de omgeving van betrokkenen?	- steun - acceptatie - druk
	Welke aspecten van sociaal kapitaal zijn relevant?	- sociale steun en nabije netwerken - betrokkenheid bij maatschappelijke initiatieven - controle, self-efficacy - inkomensverdeling - gezondheid

2. 4 Voorzieningen	Welke voorzieningen spelen een rol?	- gezondheidsvoorzieningen - andere voorzieningen
	Hoe beoordelen betrokkenen de voorzieningen?	- bekend - beschikbaar - bruikbaar - effectief
	Welke invloed hebben ze?	- positief - neutraal - negatief
2.5 Omgeving en milieu	Welke rol spelen de omgeving en het milieu?	- gebouwde omgeving - transport - natuur
Interactie	Hoe beïnvloeden de determinanten elkaar onderling?	- versterkend - remmend - neutraliserend

Het is van belang tevoren het gezondheidsbegrip nader te bepalen. Gaat het om een bepaald gezondheidsthema of om gezondheid in het algemeen? Ook zullen doelgroepen moeten worden bepaald en gesegmenteerd.

Over lang niet alle te analyseren factoren zullen de vereiste cijfers beschikbaar zijn. Dat betekent dat de analyse met enige reserve moet plaatsvinden. Ook is er nog weinig bekend over de rolverdeling van de determinanten bij verschillende gezondheidsvraagstukken en hoe daarbinnen een goede prioritering is aan te brengen. Minimaal leidt het beantwoorden van de vragen tot duidelijkheid over de geschiktheid van een bepaalde interventie. Inmiddels is uit onderzoek en praktijk wel duidelijk, dat een aanpak gericht op meerdere determinanten meer kans op een duurzame impact heeft.

De laatste stap in de analyse is het aannemelijk maken dat de beoogde interventieuitkomsten inderdaad doorwerken op de determinanten en later op de gezondheid.

De checklist is ook te gebruiken om bestaande interventies opnieuw door te lichten. Daarbij komen vragen aan de orde als:

- Waar sluiten we bij aan: bij de gezondheidsbeleving van betrokkenen of bij de analyse van de experts?

- Op welke determinanten willen we ons richten?
- Is het zeker dat de andere determinanten er minder toe doen?
- Kunnen we aan het huidige proces een breder karakter geven?

Ook is het mogelijk de beoogde directe resultaten te specificeren en daarbij aan te geven hoe deze betrekking hebben op de determinanten of onderdelen daarvan.

4.4.2. Onderzoek

Uit de voorgaande beschrijving is duidelijk dat de variabelen in het referentiekader nader geoperationaliseerd moeten worden, willen ze systematisch en kritisch gebruikt kunnen worden. Daar ligt voor onderzoekers een uitdaging. Ook de vragen over de rol van de determinanten, de specifieke bijdrage per determinant en de interactie daartussen en de daaruit af te leiden keuze voor prioriteiten is voor onderzoekers van belang. Tenslotte zal er technisch werk gedaan moeten worden om aan te geven welke interventieuitkomsten doorwerken op welke determinanten. Pas dan is het werken met de interventieuitkomsten als een indicator van mogelijke gezondheids- en gelijkheidswinst op zijn plaats. Op al deze punten komen kennis en ervaringen uit de epidemiologie en het sociaal wetenschappelijk onderzoek goed van pas. Het combineren van het natuurwetenschappelijk en het sociaalwetenschappelijke perspectief zal veel innovatie vergen.

Een verdere uitwerking van het resultatenveld zal ertoe kunnen bijdragen dat beleidsmakers en praktijkwerkers met vertrouwen gebruik kunnen maken van beschikbare analyses, zodat zij met die bouwstenen sneller hun eigen (lokale) analyse kunnen afronden.

4.4.3. Beleid

Inhoudelijke beleidsmakers zijn vaak als managers actief op bepaalde domeinen of sectoren. Zij zullen dan ook geneigd zijn vooral naar hun eigen aandeel in de route door het referentiekader te kijken. Het analyseren op alle determinanten maakt duidelijk in hoeverre die voorkeur gevolgd kan worden en waar de samenwerking met anderen gezocht moet worden.

Beleidsmakers en financiers van gezondheidssystemen en -onderzoek kunnen een rol spelen bij het intensiveren van het gebruik van het referentiekader en kunnen de kennis over dit onderdeel systematischer laten ontwikkelen om daar-

door de planning efficiënter en kwalitatief beter te laten verlopen.
Het referentiekader kan in kwaliteitsbeleid nadere inhoudelijke aanwijzingen
geven over wat er onder een systematisch plan dient te worden verstaan.

In the absence of clearly defined goals, we become strangely loyal to performing daily
acts of trivia.

– *Anon*



Samenvatting en conclusies over de zone 'resultaten'

> Algemeen

1. Het resultatenveld heeft drie zones: interventieuitkomsten, determinanten en gezondheid.
2. Bij een analyse en bij het stellen van prioriteiten is gezondheid een startpunt, vervolgens is de vraag welke rol elk van de determinanten speelt en welke interventies daarop kunnen aangrijpen.
3. Interventies gericht op 'empowerment' en 'sociaal kapitaal' kunnen gezondheid in de breedte bevorderen en effect hebben op diverse ziekerisico's tegelijk.
4. De introductie van de zone 'interventieuitkomsten' beoogt directe resultaten zichtbaar te maken.
5. Op onderdelen van de resultaten is de consensus ver gevorderd: welke relevante determinanten zijn, hoe die te meten en hoe (gelijke kansen op) gezondheid te meten. Vooral het formuleren, operationaliseren, het kiezen van indicatoren en meetinstrumenten voor de interventieuitkomsten zijn een grote uitdaging.

> Beleid

6. Gezondheids- en verdelingscijfers zijn een goede aanleiding voor interventies, maar als uitkomstmaat minder geschikt.
7. Interventieuitkomsten zoals het bereik onder de bevolking of de tevredenheid van de deelnemers zijn veelbelovend, maar als uitkomstmaat onvoldoende.
8. Bij het vaststellen van resultaten moet met drie zaken meer rekening gehouden worden:
 - de tijd die nodig is om die resultaten te bewerkstelligen;
 - de kans dat een bepaalde interventiemix nodig en voldoende is om die resultaten te realiseren;
 - de investering in diverse aspecten van het organiseren die de interventiemix mogelijk maken.

> Onderzoek

9. Op diverse factoren of variabelen in de resultatenzone is onderzoek gedaan. Consensus op indicatoren en meetinstrumenten groeit.
10. De indeling in determinanten en interventieuitkomsten is vooral ingegeven door overwegingen van responsetijd. Nader onderzoek is nodig naar de operationalisatie, indicatorkeuze en meetinstrumenten per variabele. Het is denkbaar dat dit tot een herschikking in dit onderdeel van het referentiekader leidt.
11. Bij het werken met interventieuitkomsten is de vraag legitiem welke bijdrage op welke termijn een bepaalde uitkomst heeft op de (verdeling van) gezondheid. Daartoe is onderzoek nodig.



Praktijk

11. Het terugredeneren van gezondheid via determinanten naar interventies legitimeert de strategische keuzes.
12. Meestal zijn meerdere determinanten relevant, dus ligt een combinatie van interventies voor de hand.
13. Bij het uitsluiten van interventies op bepaalde determinanten moet aanneemelijk gemaakt worden dat hun invloed er niet zozeer toe doet; daarbij moet wel duidelijk zijn welke ander partij die invalshoek voor zijn rekening neemt.
14. Het formuleren van concrete doelen is een hulpmiddel bij de keuze van concrete resultaten. Het monitoren van die resultaten moet nadrukkelijker worden ingebouwd.
15. Bij het rapporteren van resultaten moet ook feedback over tevredenheid en continuïteit worden meegenomen.

4.5 Feedback

Experience is a hard teacher because she gives the test first, the lesson afterwards.

– *Vernon Sanders*

In het referentiekader staat onder de velden 'processen' en 'resultaten' het derde veld ('feedback') met daarin de termen 'winst en waardering' en 'kennis en inzicht'. Feedback is de kennis die ontstaat in het veld 'resultaten'. Het is de mate (en de verklaring daarvoor!) van het succes of falen van de interventies. Het zijn de gemeten interventieuitkomsten, met perspectief op de beïnvloeding van de determinanten en van de gezondheid zelf.

> **winst en waardering** **kennis en inzicht**

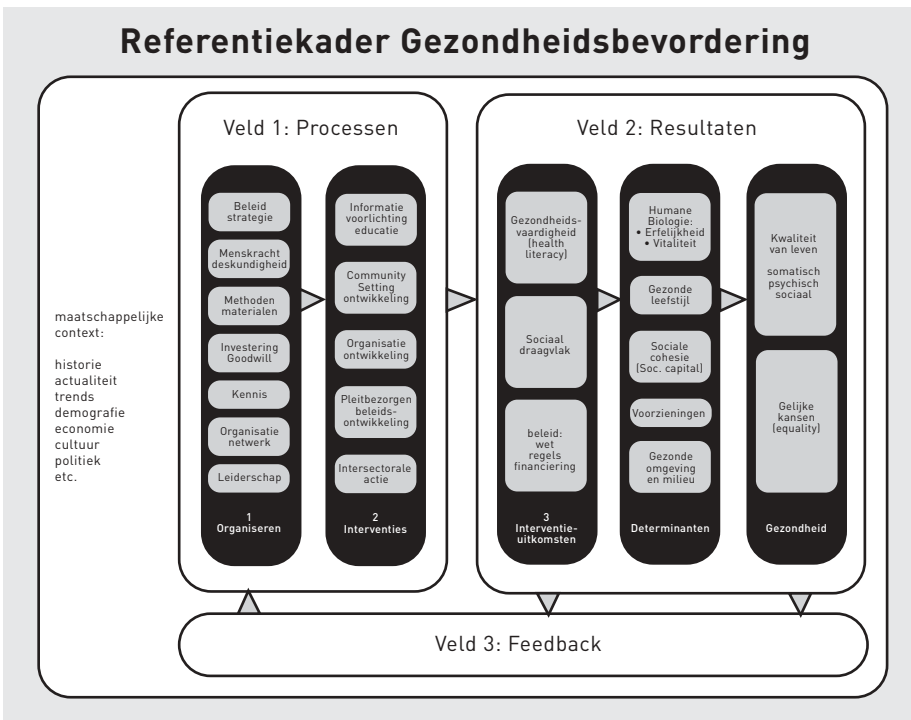
De tekst in dit vak beklemtoont dat verschillende soorten feedback van belang zijn:

- de inhoudelijke winst op gezondheid, determinanten en tussenresultaten;
- kennis over en inzicht in de werking en werkzaamheid van interventies;
- kennis over en inzicht in de rol van de zones 'context' en 'organiseren';
- speciale aandacht voor de waardering (Melief, 2003: ervaren baat benadering) en tevredenheid bij deelnemers en partijen die bijdragen aan het draagvlak voor gezondheid en gezondheidsbevordering

Het veld 'feedback' vormt de terugkoppeling van de resultaten op de processen. Bij het vaststellen van de resultaten et cetera zijn allerlei vormen van onderzoek van belang. Deze komen aan de orde in hoofdstuk 6, nadat eerst een kritische blik op gebruik en bruikbaarheid van het referentiekader geworpen is in hoofdstuk 5.

Hoofdstuk 5 Het referentiekader Gezondheidsbevordering ter discussie

De voorgaande hoofdstukken behandelen stapsgewijs de invulling en het gebruik van de verschillende zones van het Referentiekader Gezondheidsbevordering. Het totale referentiekader ziet er als volgt uit:



Het Referentiekader biedt praktijkwerkers, beleidsmakers en onderzoekers houvast bij het complexe proces van gezondheidsbevordering. Het referentiekader rafelt uiteen wat alleen in samenhang begrepen kan worden. Veel mensen die op een of andere manier werken aan gezondheidsbevordering voeren activiteiten uit die zich 'ergens' in één of meerdere zones van het Referentiekader bevinden. Het Referentiekader biedt hen totaaloverzicht, laat zien hoe hun werk samenhangt met dat van vele anderen. Ieder kan dit kader naar eigen wens gebruiken: beleidsmakers kunnen het kader gebruiken om kleine projecten als bouwstenen, als puzzelstukken in een groter geheel te

plaatsen. Zij kunnen het gebruiken om de sector door te lichten, om de interventieportefeuille te beoordelen en om de bijdragen aan capaciteitsvergroting te plannen.

Onderzoekers kunnen er hun eigen invulling aan geven, eraan refereren en ervan leren. Het Referentiekader biedt hen de mogelijkheid om over de grenzen van de eigen discipline en de eigen wetenschapsopvatting heen te kijken. Onderzoek naar gezondheidsbevordering staat niet op zich maar dient een doel en is onderdeel van een groter geheel. Dat inzicht zou onderzoeksplanning en de financiering ervan kunnen steunen.

Praktijkwerkers kan het helpen om zich bewust te worden van de eigen professionele keuzes, zelfbewust eisen te stellen aan financiers, beleidsmakers en onderzoekers. Maar ook kan het helpen de verwachtingen over processen en resultaten realistisch in te schatten.

Het Referentiekader is een model, een schema, dat een aantal principes vertegenwoordigt:

- aansluiting zoeken bij de internationale consensus,*
- processen overzichtelijk 'afbeelden',*
- de brede opgave van gezondheidsbevordering (gelijke kansen op gezondheid via een breed palet van interventies) inzichtelijk maken,*
- en de complexe organisatiedynamiek die bij interventies een rol speelt aan de orde stellen.*

Dat wil niet zeggen dat het referentiekader het ideale en enig mogelijke model is. Het geeft wel een stand van zaken van het hedendaagse denken weer. Maar ook dat denken is continu in beweging, ontwikkelt zich én is voortdurend onderwerp van discussie. Dit hoofdstuk geeft in vogelvucht weer hoe de auteurs zelf (5.1) en anderen (5.2) denken over het Referentiekader. Paragraaf 5.3 schetst de relatie met andere modellen en in 5.4 volgt een overzicht van de waarde van het Referentiekader voor de verschillende sectoren (praktijk, beleid en onderzoek).

5.1 Voortborduren op het Referentiekader

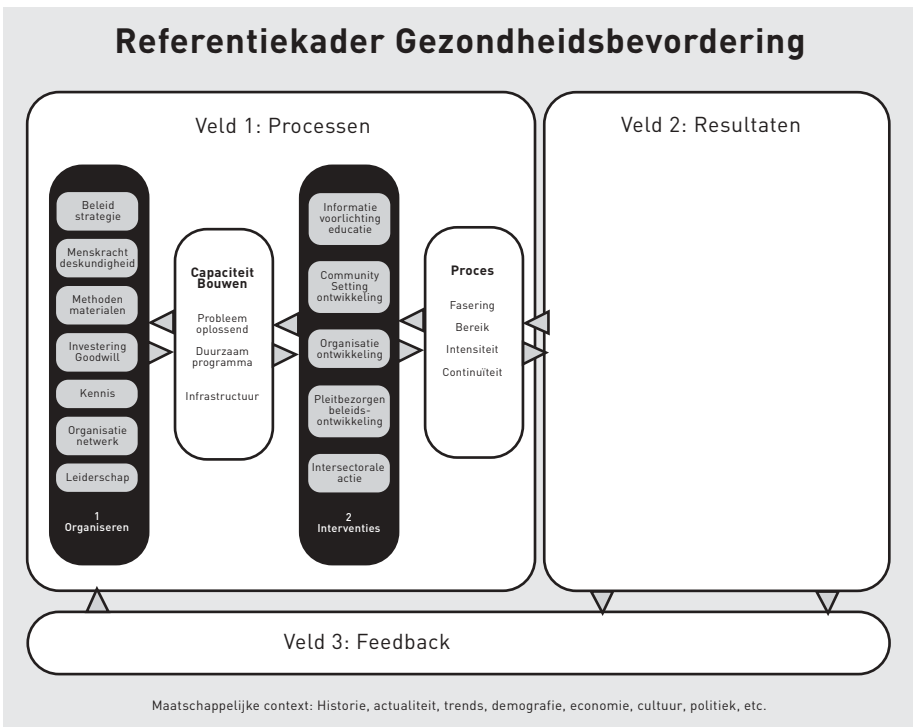
Net als de gezondheidsbevordering zelf is het ontwikkelen van het *Referentiekader* een voortschrijdend proces. Op het moment dat het op papier staat en beschreven is, ontwikkelen zich al nieuwe gedachten en ideeën, al dan niet in samenspraak met anderen. Dat is ook expliciet de bedoeling. Discussie leidt tot nieuwe aanvullende inzichten. Het *Referentiekader* is dan ook bedoeld als onderwerp van discussie en niet als een vaststaande beschrijving van de ideale gezondheidsbevordering. Onderstaand een aantal noties waarmee het referentiekader

der zich verder zou kunnen ontwikkelen.

Op meerdere plaatsen is bij de bespreking van het *Referentiekader* aangegeven dat er op veel punten sprake is van raakpunten en overlap. Het *Referentiekader* is geen blokkendoos met causale verbanden, het is eerder een jungle met zelfstandige bomen waarvan de takken en lianen zich verstrengelen. Een paar 'nieuwe' accenten:

- Er is geen sprake van een eenduidige leesrichting: het zijn patronen in patronen.
- Een aantal begrippen in de gezondheidsbevordering zoals 'empowerment' en 'sociaal kapitaal' kunnen in meerdere zones een plaats krijgen: in 'organiseren' als voorwaarde, in 'interventies' als beschrijving van processen, als uitkomst in 'interventieresultaten' of 'determinanten'.
- Interventies werken door in interventieresultaten (tussenresultaten), die ook weer effecten hebben op de zone organiseren.
- Dat de tussen- of eindresultaten zich via feedback vertalen in organisatorische mogelijkheden is een voortdurend proces, dat niet wacht op de afronding van een fase.

Dat zou kunnen resulteren in het onderstaande, wat meer uitgebreide schema:



In deze variant zijn meer pijlen aangegeven en zijn tussen zone 1 en 2 tussenresultaten van het 'organiseren' opgenomen, welke de spiegel zijn van het sociale draagvlak in de resultaten. Interventies hebben een aantal proceskenmerken gemeen, zoals fasering, bereik, intensiteit en continuïteit.

Net als bij Nutbeam is ervan afgezien om alle verbanden en mogelijke causaliteiten met pijlen aan te geven. Op maar een paar punten zijn ze als accent aangeduid. In de systeemtheorie is het gegeven dat één oorzaak meer gevolgen heeft en een gevolg meer oorzaken gemeengoed. Al die pijlen zouden het schema onleesbaar maken. Pas met gebruik van hyperlinks is het mogelijk om complexe verbanden in verschillende patronen af te beelden en te gebruiken. Het ontwikkelen van specifieke software daarvoor lijkt niet ver weg te zijn.

Reeds eerder is gewezen op complexiteit als een kenmerk van gezondheidsbevordering (2.1.3 deel 3, Complexiteit). Het evalueren van complexe sociale systemen kan naast die aansluiting bij complexiteits- en chaostheorie (van Dijkum & De Tombe, 1992; Casti, z.j.) ook gebruikmaken van inzichten uit het sociaal constructivisme en de moderne organisatieleer (Barnes e.a., 2003).

5.2 In gesprek met de gebruikers: reacties op het Referentiekader

Het *Referentiekader* is in de aanloop naar de vierde conferentie in de serie *New Health Promotion* diverse malen uitvoerig besproken met onderzoekers, praktijkwerkers en beleidsmakers. Dat leverde vele vragen – en antwoorden – op. Ook op de afsluitende, vierde conferentie is flink gedebatteerd over het model, de vooronderstellingen en consequenties voor beleid, praktijk en onderzoek. Onderstaand een overzicht van de belangrijkste vragen en punten van discussie met daarbij onze antwoorden.

> Vaak gestelde vragen over het Referentiekader

1. Is de werkelijkheid niet veel meer dan in een model kan worden afgebeeld?

Dat is ontegenzeggelijk waar. Een model kan nooit een getrouwe afspiegeling van de werkelijkheid zijn en zolang je dat er ook niet van verwacht kan een model een handig hulpmiddel zijn. Als hulpmiddel kan het een aantal opvattingen over gezondheidsbevordering ordenen, een 'diagnose' van het werkveld stellen en gestructureerd inzicht geven in een veelheid aan informatie. Bovendien stelt het Referentiekader de betrokkenen in staat om gezondheid te bevorderen en om

gezondheidsbevordering als vakgebied te versterken. Iedereen gebruikt een model, alleen expliciete modellen zijn toegankelijk voor kritiek en leren.

2. Is het gebruikte Referentiekader niet teveel een harmoniemodel?

Het kader wil de belangentegenstelling niet camoufleren: het publiek heeft zijn eigen redenen om de expert niet te volgen of nog beter; zoekt zijn eigen expert uit die vertelt wat het graag hoort. Zo gebruiken politici evidence: bevestiging van belangen. Zo verdedigen onderzoekers en praktijkwerkers ook hun territorium. In iedere zone en elk vak van het model staat die spanning. Het model wil dan helpen om te weten hoe die tegenstellingen eruit kunnen zien. Andere vaardigheden helpen dan om daarmee te werken. Let op: weerstand geeft warmte en in totale harmonie valt alles stil.

3. Het Referentiekader besteedt te weinig aandacht aan de verschillen van inzicht. Wat zeg ik mijn wethouder die morgen het roken wil afschaffen: kijkt u eens hier naar dit model?

Om met het laatste te beginnen: nee, niet bij een beginnende wethouder, maar als je met die persoon drie jaar werkt, heb je zo vaak de gelegenheid gehad om de werkprincipes toe te lichten, dat dit model alleen maar bevestigt wat je zegt. En het is in de praktijk getoetst.

4. Ik doe vooral voorlichting, ik werk voor individuele mensen, is dat dan nutteloos?

Er gebeurt veel aan individuele voorlichting omdat die relatief zo goedkoop en minder arbeidsintensief is dan participatieprocessen. Die gaan te traag en zijn te duur. Als professional kun je je inderdaad gaan afvragen of je huidige werkpakket wel optimaal effectief is. Dat is geen individuele opgave, het is meer iets om in een team te bespreken: hoe plaatsen wij het werkpakket van het team of van alle teams hier in de regio op de agenda. Hoeveel aandacht is er voor politiek, voor groepsprocessen? Wat verwacht ik te bereiken met alleen individuele voorlichting? Door alleen één van de vakken van het *Referentiekader* te gebruiken ga je voorbij aan alle sociale en politieke processen die van belang zijn bij gezondheidsbevordering.

5. Is er wel evidence voor dit model, is het wel theoretisch onderbouwd?

Dergelijke modellen groeien als kristallen en zijn eerder het resultaat van conceptueel inzicht en van hermeneutiek, dan van systematische theorievorming. Ze zijn eerder kader voor deeltheorieën. Ze zijn wel voortgekomen uit onderzoeksresultaten en een aantal theoretische opvattingen die door wetenschappers in diverse landen gedeeld worden, en die zijn in die zin onderbouwd door het wetenschappelijke forum.

6. Al die retoriek over integraal, alles omvattend, holistisch of ecologisch groen is mooi, maar helpt dat? Als het dan ook nog gaat om patronen in complexe dynamiek raakt men makkelijk het spoor bijster.

In reactie daarop drie overwegingen:

1. Complexe modellen ontstaan meestal wanneer de simpele rijtjes tekort blijken te schieten.
2. Wetenschap is een kritische activiteit: onvrede met oude uitgangspunten leidt tot nieuwe inzichten. Juist inzichten als interactiviteit, zelforganiserende systemen en complexiteitsleer ontstaan, omdat er een aantal onverklaarde fenomenen bestaat. Wetenschap is ontmaskeren, daarom rekenen wij erop dat iemand dit Referentiekader zal ontmaskeren... en vervangen door een ander dat meer adequaat is.
3. Dit is een professioneel Referentiekader, dat over het hele werkgebied gaat. Dat wil wel zeggen dat iedere professional zijn plaats op deze kaart moet kunnen bepalen, maar het wil niet zeggen dat iedereen alles doet.

5.3 Het referentiekader en andere modellen

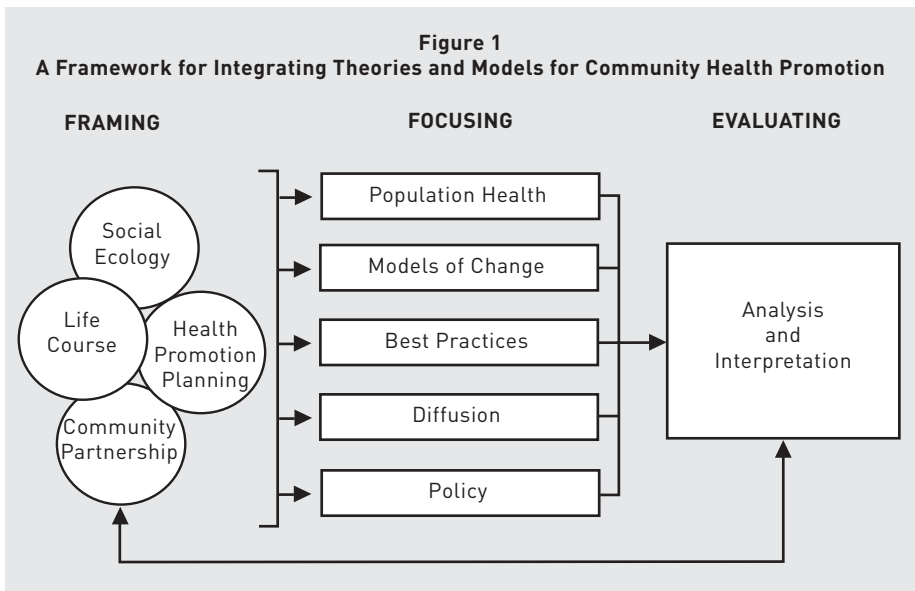
Dit model is schatplichtig aan andere modelbouwers. Green en Kreuter (2005) zijn met het algemene idee gekomen om zo'n model te gebruiken voor analyse en planning. Zij besteedden al vroeg aandacht aan de randvoorwaarden en lieten ook zien hoe nieuwe inzichten het model verrijken. Nutbeam (2001) voegde de tussenresultaten toe. Goodstadt stelde een dergelijk model voor in het slothoofdstuk van *Evaluation in Health Promotion* (p. 528 e.v.) en gaat daar verder op in op de website www.bestpractices-healthpromotion.com. Ook Handler e.a. (2001) stellen een soortgelijk model voor om de prestaties van het hele public-health-systeem te meten. In Nederland heeft VWS soortgelijke initiatieven genomen met het uitwerken van de prestatienormen (Delnoij, e.a. 2002). De ervaring met het INK-model heeft ervoor gezorgd dat de organisatiekolom goed is ingevuld. Bij Intervention Mapping (Bartholomew, 2001) en bij de Preffi (Molleman, 2004) kan dit referentiekader inhoud geven aan de verschillende stappen en vragen. Het referentiekader heeft met een aantal andere modellen de handelingsoptiek gemeen: het verwoordt vooral hoe te analyseren en hoe te plannen.

Het werken met dergelijke modellen is niet omstreden (Whitelaw e.a., 1997). Er zijn kleine bezwaren: sommige mensen houden niet van schema's, anderen herkennen hun favoriete sleutelbegrippen er niet in. Een voornaam bezwaar is dat dergelijke modellen een 'groot verhaal' pretenderen te vertellen, dat gewild

of niet tegenstellingen in belangen versluiert. Het kan een instrument zijn in handen van professionals om hun beroep af te schermen van bemoeienis door derden, wat strijdig kan zijn met het open democratisch karakter waar de gezondheidsbevordering trots op is. Ook is het mogelijk een dergelijk model weliswaar te erkennen als uitgangspunt van het werk, om vervolgens toch een keuze te maken voor zeer traditionele individugerichte interventies, bijvoorbeeld om de belangen van een bepaalde industrietak niet te schaden of om de inkomsten uit accijns niet te verminderen. Dat zegt meer over het gebruik dan over het model.

Terecht maken de critici ons erop attent dat een model als vereenvoudiging van *hulpmiddel* tot dwangbuis kan worden. Ook het gegeven dat partijen verschillende belangen hebben, dient bij het gebruik van het model steeds voor ogen te staan. Dergelijke politieke en ook ethische vragen zijn bij de bespreking van het *Referentiekader* niet aan de orde geweest, maar dienen steeds bij de invulling en het gebruik ervan meegewogen te worden.

In de literatuur komt de behoefte aan het combineren en verbinden van een aantal modellen steeds nadrukkelijker naar voren. Ieder model heeft zijn waarde, zijn eigen wereldbeeld, en in combinatie geven ze een beter beeld van het totaal.



(Best e.a., 2003)

Bovenstaand framework gebruikt vier modellen in combinatie om community-gezondheidsbevordering te 'kaderen', om als het ware de blik te richten op een ecologische manier van plannen. Vervolgens geeft dat kader richting aan processen als beleidsontwikkeling, verspreiding van modellen van 'best practice' et cetera, zodat er optimale veranderingsmodellen worden gebruikt voor gezondheidsbevordering. Onderzoek analyseert en interpreteert die ontwikkelingen.

Op dit moment geldt in de gezondheidsbevordering dat allerlei gangbare inzichten en modellen naast elkaar worden gezet en gebruikt. Het is onvermijdelijk dat er in de komende periode een hergroepering plaatsvindt van de fundamentele concepten in gezondheidsbevordering. Een te lange lijst van goede dingen saneert zichzelf (Best e.a., 2003).

5.4 Iedere kaart heeft een doel

Maps encourage boldness. They're like cryptic love letters.
They make anything seem possible.

– *Mark Jenkins*

Dit referentiekader is eerder een wereldkaart dan een wandelkaart. Overheden zouden hun continent moeten afbeelden; daarin zouden sectoren hun landen, organisaties hun provincie moeten tekenen. Het professionele team werkt voor een hele regio, maar de individuele werker heeft het meeste aan een concrete wandelkaart waarop de obstakels en omwegen van de dag staan. In deze metafoor zijn onderzoekers gidsen, ieder met een eigen specialisme en schaal, voorzien van microscoop, verrekijker of telescoop: ze helpen anderen de weg te vinden.

Hoewel het *Referentiekader* kon rekenen op een gunstige ontvangst, moet het verder worden uitgewerkt, waarvoor inmiddels middelen beschikbaar zijn. Voor de drie partijen beleid, praktijk en onderzoek staat hieronder een samenvatting van de voornaamste toepassingsmogelijkheden van het *Referentiekader*.



Samenvatting en conclusies over het gebruik van het Referentiekader

> Algemeen

1. Het referentiekader is een *hulpmiddel* om kennis te expliciteren en toegankelijk te maken voor kritiek en leren.
2. Het schema is een didactische vereenvoudiging van complexe patronen.
3. Het *Referentiekader* is door zijn verwantschap met het INK-model makkelijk in kwaliteitssystemen in te passen. Ook het gebruik in Intervention Mapping en Preffi is goed mogelijk.
4. Ethische aspecten en politieke machtsverschillen komen in dit kader niet aan de orde, maar zijn wel van belang bij de invulling en het gebruik ervan.
5. Het *Referentiekader* is een wereldkaart, alleen goed voor een globale positiebepaling. Een wandelkaart voor praktijk en onderzoek vraagt veel meer details.

> Beleid

6. Het *Referentiekader* is relevant voor inhoudelijk, voorwaardenscheppend, onderzoeks- en kwaliteitsbeleid.
7. Het *Referentiekader* verbetert de kwaliteit van de onderbouwing en de planning van gezondheidsbevordering, vergroot de uitwisselbaarheid van resultaten en geeft meer mogelijkheden voor sturing aan het werkveld.
8. Conform het *Referentiekader* zouden onderzoekers en praktijkwerkers meer en vaker moeten rapporteren over de context, de organisatie en de procesvoering; beleidsmakers zijn verantwoordelijk voor de facilitering daarvan.

> Onderzoek

9. Voor onderzoekers is het *Referentiekader* een manier om via een 'gedeeld Esperanto' modellen en theorieën aan elkaar te koppelen.
10. De definiëring en de operationalisatie van het kader is voor onderzoekers een uitdaging: op onderdelen zijn voorbeelden beschikbaar, maar de weg van variabele naar een 'light meetinstrument' is nog lang.
11. Het *Referentiekader* geeft inzicht in het belang voor onderzoek van variabelen als context, organisatie en procesvoering.

> Praktijk

12. Het *Referentiekader* biedt de praktijkwerker een wereldkaart, geen wandelkaart. De praktijkwerker zal van ieder project moeten aangeven waar het zich op het Referentiekader positioneert en de details van de voorgenomen wandeling moeten uittekenen.

13. Bij de invulling van 'intervention mapping' en 'Preffi' geven de zones en kolommen houvast over de in aanmerking te nemen variabelen.
14. De interventieresultaten geven goede mogelijkheden voor het afleggen van verantwoording.

The sciences do not try to explain, they hardly even try to interpret, they mainly make models.

By a model is meant a mathematical construct which, with the addition of certain verbal interpretations, describes observed phenomena.

The justification of such a mathematical construct is solely and precisely that it is expected to work.

– *John Von Neumann*

Hoofdstuk 6 Passend onderzoek

Seek simplicity and do not trust it

– David McQueen

De term 'passend onderzoek (adequate research)' wijst op het zoeken naar een optimale rol voor onderzoek, rekening houdend met de specifieke kenmerken en de dynamiek van gezondheidsbevordering.

In dit hoofdstuk komt eerst een typering van soorten onderzoek aan de orde. Vervolgens passeren de vormen van benodigde kennis de revue. Dat programma van eisen heeft gevolgen voor de inhoud, de opzet en het gebruik van onderzoek en de uitkomsten daarvan. De laatste paragraaf (5.3) behandelt de consequenties voor alle betrokkenen.

Dit boek geeft voorbeelden van onderzoeksmogelijkheden en kennisgebruik, noemt bronnen om iedereen op het spoor te zetten van uitgangspunten, verwachtingen, passende onderzoeksmethodieken en adequate normen. Het is geen handboek voor onderzoek, daarvan zijn er genoeg (zie de hiernavolgende lijst).

> Handboeken onderzoek

1. Algemeen

- Groot, A.D. de (1994). *Methodologie: grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. Assen: van Gorcum.

2. Epidemiologie

- Bouter, L.M. & Dongen, M.C.J.M. van (1995). *Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie*. Utrecht: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vandenbroucke, J.P. & Hofman, A. (1999). *Grondslagen der epidemiologie*. 6e druk. Maarssen.
- Uniken Venema, H.P. & Garretsen, H.F.L. (red.) (1995). *Gezondheidsonderzoek bij moeilijk bereikbare groepen*. Van Gorcum, Assen.

3. Algemeen sociaal-wetenschappelijk onderzoek

- Swanborn, P. (1999). *Evalueren*. Boom.

- Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek, praktijk en theorie*. Boom.
- Weiss, C.H. (1997). *Evaluation*. 2nd edition. Prentice Hall.

4. Gezondheidsbevordering

- Bracht, N. (1998). *Health promotion at the community level*. 2nd edition. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Brug, J. e.a. (2000). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*.
- Cohen, S., Underwood, L.G. & Gottlieb, B.H. (2000). *Social support measurement and intervention*. Oxford university Press.
- Davies, J.K. & Kelly, M.P. (red.) (1993). *Healthy cities. Research and practice*. Londen: Routledge.
- Green, L.W. & Kreuter, M. (2005). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th edition. McGraw-Hill.
- Hawe, P., Degeling, D. & Hall, J. (1990). *Evaluating Health Promotion. A Health Worker's guide*. Londen: McLennan+Petty.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J. & Ziglio, E. (red.) (2001). *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*. Kopenhagen: World Health Organization.
- Steckler, A. & Linnan, L. (red) (2002). *Process evaluation for public health interventions and research*, Jossey-Bass.
- Thorogood, M. & Coombes, Y. (2004) *Evaluating health promotion: practice and methods*. 2nd edition. Oxford University Press.
- Tones, K. & Tilford, S. (2001). *Health education – effectiveness, efficiency and equity*. Nelson Thornes.
- Watson, J. & Platt, S. (2000). *Researching Health Promotion*. Londen: Routledge.

6.1 Onderzoek en gezondheidsbevordering

Onderzoek levert tal van gegevens over de geleverde prestaties. Die gegevens hebben een tweeledig doel: verantwoording afleggen aan financiers en beleidsmakers (1) en leerstof leveren voor lopende en toekomstige processen (2). De vraag is wat voor type onderzoek (6.1.1) passend is voor welke kennisbehoefte (6.1.2).

6.1.1. Onderzoek en onderzoek

In de loop van dit boek zijn al vele soorten onderzoek de revue gepasseerd. Het meeste onderzoek is in te delen volgens het onderscheid 'fundamenteel' versus 'toegepast' onderzoek. Fundamenteel onderzoek is primair gericht op kennisontwikkeling. Het biedt steeds verschuivende inzichten over werkelijkheid en waarheid. Het heeft zowel een uitzichtbiedend als een ontmaskerende rol.

Toegepast onderzoek komt voort uit een specifiek probleem en heeft een praktische toepassing tot doel. Het speelt vaak een rol bij keuzes en besluitvorming in beleid en praktijk. Het is van belang daarbij een onderscheid te maken tussen de uitkomsten en conclusies van het onderzoek en de beoordeling en waardering daarvan binnen de beleidsontwikkeling. Toegepast onderzoek is argumentatie-instrument.

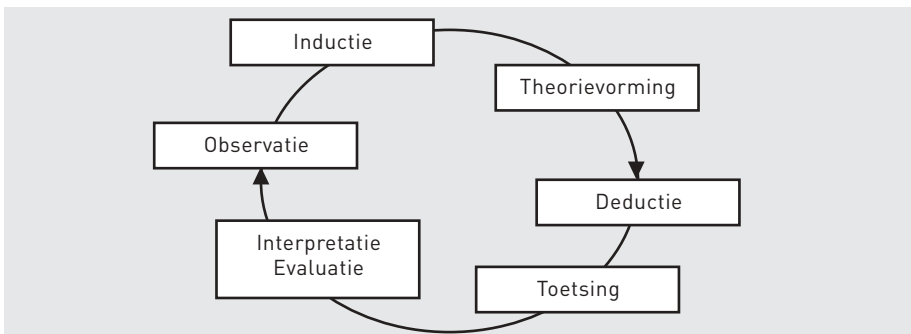
> John Griffith uit Wales benadrukte op de derde conferentie dat voor hem onderzoek een pleitbezorgingsinstrument is. In zijn geval om gezondheidsbevordering op de werkplek te realiseren. Werkgevers zijn veel meer gewend in termen van kosten en baten te redeneren en willen dan ook cijfermatig overtuigd worden. Als uit onderzoek al bekend is dat één dollar resulteert in een rendement van zeven dollar, dan wil een werkgever wel luisteren.

Griffith, J. Verslag conferentie 3 (zie www.newpublichealth.nl)

Zie ook ter illustratie:

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (1999). *An Ounce of Prevention... What Are the Returns?* 2nd edition. U.S. Department of Health and Human Services.

De wetenschappelijke kennisontwikkeling verloopt via de empirische cyclus:



Inductie (een algemene regel trekken uit een aantal waarnemingen) gebeurt meestal met *kwalitatief* onderzoek; deductie (uit een algemene regel het bijzondere afleiden) en toetsing vindt meestal plaats met *kwantitatief* onderzoek (zie 6.2.2). Onderzoek wordt vaak ingezet om fenomenen zo te begrijpen, dat ze te voorspellen en dus aan te sturen zijn. De wetenschapstheorie zet bij die prentie van onderzoek tegenwoordig de nodige kanttekeningen. Bij complexe processen zijn lineaire manieren van denken niet goed toepasbaar. Vandaar de belangstelling voor onderzoek vanuit de systeem- en chaostheorie (zie 2.1 en 5.1). Dergelijk onderzoek werkt met een variatie aan wetenschappelijke inzichten en met multidisciplinaire teams.

Wetenschappelijk onderzoek valt volgens De Groot (1994) ook in te delen naar inventariserend, explorerend en toetsend onderzoek. Daarnaast spreekt hij nog van instrumenteel onderzoek naar de validatie van waarnemingsinstrumenten en van interpretatietheoretische studies gericht op de denkstappen in de bovenstaande cyclus (zie ook Juttmann e.a., 2003).

Toenemende vraag naar 'evidence'

De laatste jaren is de betekenis en het gebruik van onderzoek bij de inhoudelijke beleidsontwikkeling sterk toegenomen. Overheden worden steeds kritischer bevraagd op hun verantwoordelijkheden. Woorden als transparantie, efficiency en doeltreffendheid komen steeds vaker in het politieke jargon voor. Dat wordt nog eens gestimuleerd door het streven de overheidsuitgaven te beperken: prioriteiten stellen vraagt om informatie, om verantwoord te kunnen kiezen. Tegelijk was er al een aantal jaren sprake van een versterking van de managementkwaliteit en sturing bij de overheid, waarbij van het bedrijfsleven modellen als 'management by objectives', 'balanced scorecard' en het werken met 'prestatie-indicatoren' werden overgenomen (Delnoy e.a., 2003). Termen als 'evidence-based' en 'best practice' worden veelvuldig gebruikt: ze verwijzen naar een professionele en politieke behoefte aan garanties voor werkzaamheid.

> Terminologie

Evidence: *'anything that establishes a fact or gives a reason for believing something'* (Oxford Dictionary)

Dat het begrip een juridische achtergrond heeft, blijkt wel uit het volgende:

- **Circumstantial evidence:** *evidence that tends to prove a fact by proving other events or circumstances which afford a basis for a reasonable inference of the occurrence of the fact at issue*

- **Indirect evidence:** *evidence that establishes immediately collateral facts from which the main fact may be inferred*
- **Self-evidence:** *the quality or state of being self-evident (evident without proof or reasoning)*
- **Hearsay evidence:** *evidence-based not on a witness's personal knowledge but on another's statement not made under oath (Merriam-Webster's Collegiate Dictionary)*

Evidence-based medicine is als term in 1992 geïntroduceerd door Sackett e.a. Nu omschrijft hij dat als 'the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values'. Die laatste toevoeging wijst erop dat zowel het perspectief van de expert als dat van de gebruiker meeweegt.

Het woord wordt vaak gebruikt als equivalent voor 'bewijs'. Bij voorkeur gaat het om kennis gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Wetenschappelijke kringen beschouwen de uitkomst van één onderzoek nog niet als evidence. Het woord wordt gehanteerd voor de uitkomsten van systematische reviews, die een aantal studies met elkaar vergelijken. De Cochrane en de Campbell Collaboration zijn internationale samenwerkingsverbanden om dergelijke reviews volgens vaste protocollen tot stand te brengen. De bronnen waarop die reviews gebaseerd zijn, moesten bij voorkeur aan de RCT-standaard voldoen. Dit leverde reviews op die eenzijdig zijn samengesteld.

In de laatste jaren worden ook andere criteria gebruikt om bronnen te selecteren en onderzoek te beoordelen. Ook informatie uit het beleid, uit de praktijk, uit meer descriptieve vormen van onderzoek en uit de grijze literatuur wordt gewogen. Daarmee wil men naast de geloofwaardigheid ook de relevantie en bruikbaarheid vergroten.

Het Europese project *Getting Evidence into Practice*, gecoördineerd door het NIGZ, maakt momenteel een vergelijking tussen beschikbare review protocols als uitgangspunt voor een nieuw consensusprotocol en rapporteert daarover in 2005. (www.nigz.nl/gettingevidence)

Bronnen over evidence

- WHO (2003). Considerations in defining evidence for public health.
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. & Sheill, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J. Epid Community Health* 56: 119-127.

Best practice

'Best practice' is de term die een samenhangende werkwijze in de praktijk aangeeft, waarmee zoveel mogelijk recht gedaan wordt aan evidence. Soms slaat het op een bepaalde aanpak, vastgelegd in een draaiboek of in lesmateriaal; soms slaat het op een geprotocolleerde manier van werken, bij voorbeeld het gebruik van de Preffi. Een uitgebreider bespreking hiervan volgt in hoofdstuk 7.

'Best practices', however, will retain their luster as the gold standard to which every practitioner should aspire, and as elusive, imaginary pots of gold at the end of research rainbows, so long as we fail to recognize the inherent limitations in the concept and in the execution of the concept.

Uit: Green, L. (2001). Research to 'Best Practices' in Other Settings and Populations. *American Journal of Health Behavior* (2) 165-78.

Van eenzijdigheid naar veelzijdigheid

Ook bij de invulling van het onderzoeksbeleid werd 'evidence' steeds belangrijker. Op bepaalde terreinen van het gezondheidsonderzoek (bijvoorbeeld 'roken' en 'aids') was dat heel goed mogelijk, vanwege relatief eenvoudige en snelle koppelingen tussen oorzaak en gevolg. Deze onderwerpen waren dan ook al snel oververtegenwoordigd in de RCT's en het reviewproces. Dit dreigde te leiden tot een cyclus van 'meer van hetzelfde'. Onderwerpen die zich niet goed leenden voor een RCT-opzet kregen minder aandacht en geld voor onderzoek en ontwikkeling.

Inmiddels zijn diverse betrokkenen zich van die eenzijdigheid bewust en wordt er gezocht naar een meer genuanceerde manier om de onderbouwing van onderzoeksvoorstellen (en dus de financiering ervan) te beoordelen. Een goed voorbeeld is het programma *Gezond Leven* van ZonMw. Daar werden niet ziekthema's tot uitgangspunt genomen, maar de gekantelde invalshoeken 'samenwerking', 'doelgroep Participatie', 'leefstijl' en 'onderzoek'. In 2004 werden daar veelbelovende innovatieve onderwerpen aan toegevoegd, zoals 'entertainment education', 'geluk en gezondheid' en 'empowerment' (19 PrePost, 2005).

6.1.2. Kennisbehoefte

In Nederland beschikbaar onderzoek is via de gegevens van ZonMw voor een groot deel in kaart te brengen. De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) deed kort voor de vier conferenties een onderzoek naar public health-onderzoek in de breedte.

> 'De inventarisatie laat zien dat de behoefte aan public health-onderzoek het grootst is op het terrein van interventies (interventie-onderzoek). Er is, door de toegenomen nadruk op evidence-based werken in de public health, een sterk toegenomen behoefte aan bewijsmateriaal voor de (kosten-)effectiviteit van interventies. Dit geldt voor alle typen public health maatregelen: gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie, en beperkt zich niet tot enkele thema's. Het huidige aanbod van onderzoek op dit terrein is tamelijk beperkt.

Dit is deels terug te voeren op de beperkingen van het ZonMw-Preventieprogramma. Dit maakt het weliswaar mogelijk evaluatiestudies van preventieve interventies uit te voeren, maar slechts daar waar deze preventieve interventies binnen de kaders van de gezondheidszorg vallen (dus exclusief maatregelen op het terrein van facetbeleid) en daar waar de ontwikkelfase van deze interventies reeds grotendeels achter de rug is.

Het Fonds Openbare Gezondheidszorg (OGZ-fonds) voorziet deels in financiering van ontwikkelwerk, maar de aansluiting hiervan op het Preventieprogramma is niet altijd duidelijk en het totale traject van ontwikkeling tot toepassing blijft onvoldoende helder gestructureerd. Bovendien is het OGZ-fonds in principe eenmalig. Voor bepaalde vraagstukken zijn cohortstudies nodig. Ook die kunnen niet (geheel) uit bestaande onderzoekprogramma's gefinancierd worden, onder andere omdat de looptijd van een cohortstudie langer is dan de duur van deze programma's. Van bestaande gegevensverzamelingen (registraties, cohortstudies) kan gebruikgemaakt worden door secundaire analyse van de gegevens, maar ook daarvoor is op dit moment geen geschikte financieringsstructuur. De conclusie luidt dat op bovengenoemde thema's en vooral op het gebied van interventie-onderzoek een intensivering van het onderzoek wenselijk is.'

Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) (2003). *Advies Kennisinfrastructuur Public Health: Kennisverwerving en kennistoepassing*. p. 45-46.

Uitgaande van het referentiekader, blijkt dat op delen van het kader veel en op andere delen weinig onderzoek beschikbaar is. Gegevens over ziekte, sterfte en determinanten worden inmiddels routinematig verzameld, zowel nationaal als regionaal. Er is meer aandacht ontstaan voor gezondheidsverschillen en gegevens daarover komen in toenemende mate beschikbaar. Gegevens over interventieprocessen en directe resultaten worden vooral via onderzoeksprojecten over ziekte of themagerichte micro-interventies verzameld. Vaak is onderzoek tot op heden ingezet op de relatie tussen één aandoening, één determinant en één interventie, veelal op individueel niveau. De financiering van onderzoek gebeurt ook bij ZonMw vaak op noemer van aandoeningen (met uitzondering van het programma Gezond Leven). Ook in internationale literatuur is deze beperking waarneembaar.

Voor een verdere ontwikkeling van de gezondheidsbevordering is een uitbreiding van bovengenoemde gegevens nodig. Er is behoefte aan meer en aan andere kennis. Daarvoor zijn drie bronnen beschikbaar: de kenmerken van gezondheidsbevordering, het referentiekader en de bruikbaarheid voor de praktijk en het beleid.

Het Referentiekader als bron van onderzoek

Uit de bespreking van het referentiekader in de voorafgaande hoofdstukken blijkt dat veel van het bestaande onderzoek een belangrijke plaats heeft, mits er een combinatie plaatsvindt (en-en en geen of-of) met kennis over en onderzoek naar:

- de bevorderende en belemmerende rol van factoren in de context;
- alle aspecten van het organiseren;
- de processen en de werking van interventies, met name van community- en organisatieprocessen en (intersectorale) beleidsontwikkeling afzonderlijk en in combinatie;
- de rol van de determinanten van gezondheid, zoals deze hetzij afzonderlijk hetzij in combinatie binnen settings optreden;
- 'gezondheid' (ook gezien vanuit salutogenese, beleving, zingeving) en gelijke kansen (equity)

Op onderdelen zijn voor factoren in het referentiekader al operationalisaties en indicatoren beschikbaar; op andere onderdelen, bijvoorbeeld empowerment of communitybenadering, bestaat daarover nog geen consensus. Zeker waar het gaat om onderzoek naar interacties tussen factoren en naar het werken met de opinie en beleving van diverse mensen die bij interventies zijn betrokken, is er nog veel grondwerk te verrichten.

De kenmerken van gezondheidsbevordering als bron van onderzoek

Uit de eerder besproken kenmerken van gezondheidsbevordering (zie 2.1) is een aantal additionele eisen voor onderzoek ten aanzien van het beleidsproces af te leiden:

- omdat gezondheidbevordering een sociaal proces is (coproductie via communicatie), is het van belang de ervaring en waardering van alle partijen in beeld te brengen, met respect voor diversiteit in meningen, waarden en culturen;
- omdat het bij gezondheidsbevordering niet gaat om kortlopende projecten per probleem (thema, ziekte) maar om duurzame oplossingen is aandacht voor lange-termijn-effecten en capacity building van belang;
- omdat het bij gezondheidsbevordering gaat om complexe processen moeten naast lineaire ketenredeneringen (oorzaak-gevolg) ook patronen en netwerken van factoren in samenhang onderzocht worden.

Bovenstaande betekent onder andere dat participatief onderzoek vaker ingezet zou moeten worden. Passend onderzoek draagt bij aan de communicatie en coproductie, is een stimulans voor een groter draagvlak en dus voor duurzaamheid en helpt recht te doen aan de complexiteit van actoren en factoren.

De bruikbaarheid voor praktijk en beleid als bron van onderzoek

De bruikbaarheid van onderzoek voor de praktijk en het beleid is gebaat met drie specifieke perspectieven: 'levensloop', 'best evidence' en 'beleidssturing'. Naast en met de ziekte-indeling zou allereerst meer naar de levensloop van mensen gekeken moeten worden. Onderzocht zou moeten worden welke gezondheidsbevordering per leeftijdsfase gewenst is, zowel om die fase gezond en gelukkig door te komen als om een basis te leggen voor latere levensfasen. Daaruit is vervolgens op te maken welke rol aan settings als 'school' en 'werkplek' toekomt. Deze settings hebben nu nog teveel alleen de rol van contactpunt voor thematische voorlichting. Dit gaat voorbij aan de mogelijkheden die ze als community en leefsituatie hebben.

Ten tweede zou er meer aandacht moeten zijn voor 'best evidence': een combinatie van 'best practice' en 'evidence-based'. Daarbij kunnen onderzoekers gebruikmaken van recente inzichten over implementatieprocessen (Rogers, 2003; Grol en Wensing, 2001; Ravensbergen e.a., 2003 en Greenhalgh e.a., 2004). Die leren dat bruikbaarheid onder meer afhangt van de subjectieve waardering door potentiële gebruikers. ZonMw stelt dan ook, samengevat, de volgende eisen aan het implementatieplan: betrek tijdig relevante actoren bij de ontwikkeling en heb aandacht voor de implementatiesituatie.

Om bruikbaar te zijn moet 'best evidence' blijkbaar de volgende elementen omvatten:

> **Best evidence =**

- in welke context (belemmerend/bevorderend krachtenveld)
- hoe te organiseren (optimaliseren van de factoren en het betrekken van de relevante actoren)
- welke interventiemix (drie niveaus, opzet, procesverloop, waarop bijsturen)
- welke directe resultaten (indicatoren, schaal, termijn)
- hoe werkt dat door op gezondheid en gelijkheid
- hoe is de capaciteit te vergroten en hoe zijn interventie en resultaat op termijn te handhaven (duurzaamheid)

Reviews die niet ingaan op de meeste van bovenstaande aspecten beperken de bruikbaarheid van hun uitkomsten. De oorzaak daarvan is dat ook in de gebruikte publicaties die informatie ontbreekt.

Op de derde plaats is het belangrijk te onderkennen dat onderzoek een basis is bij de beleidsvorming. Reeds eerder is gewezen op de toenemende interesse voor evidence-based policy (zie 3.2.1). Naast inhoudelijke uitkomsten van onderzoek spelen ook ideologische en politieke opvattingen en allerlei overwegingen van pragmatische en strategische aard evenzeer een rol bij beleidsvorming. Bovendien zijn beleidsonderzoekers zich bewust geworden van de dynamiek en complexiteit bij allerlei maatschappelijke processen: beleid is iets waarbij veel partijen zijn betrokken en lang niet alleen een zaak van overheden (zie ook Weiss, 1997).

Dat neemt niet weg dat de rol van onderzoek bij beleidsbesluiten onmiskenbaar is (Nutbeam, 2003). 'Het beleid' vraagt dat de inzet van bepaalde middelen onder bepaalde voorwaarden leidt tot relevante (tussen)resultaten. Van onderzoek wordt verwacht dat het aan onderbouwing van beleid bijdraagt. 'The real test comes when sacred policy cows are contradicted by evidence' (Gray, 2001).

De huidige onderzoekspraktijk met de nadruk op projecten per thema, laat voor de beleidsmakers de vraag open hoe een optimale regionale of nationale interventieportefeuille zou moeten zijn samengesteld. De indeling naar aandoeningen versterkt de fragmentatie over invalshoeken, instellingen en interventies. Daarvoor zijn twee oplossingsrichtingen mogelijk:

- in de keuze van onderzoek moeten nadrukkelijker de knelpunten uit het beleid en de praktijk rond prioriteiten, keuzes en vooral ook het organiseren van gezondheidsbevordering een rol spelen, en
- er moet meer aandacht komen voor het systematiseren, combineren en distribueren van kennis (zie hoofdstuk 7).

Dialog

Welke kennis de verschillende actoren nodig achten voor de verdere ontwikkeling van gezondheidsbevordering hangt af van hun rol en positie. Er bestaat ervaringskennis, beleidskennis en kennis uit inhoudelijk onderzoek. Bij elk van de drie sectoren (beleid, onderzoek en praktijk) liggen de accenten voor de kennisbehoefte anders. Dat is voor een deel op te lossen door consensus te bereiken over inhoud en onderzoeksmethode. Belangrijker is het om de sectoren meer met elkaar in dialoog te brengen: verschil van inzicht brengt ons verder, mits het constructief wordt gebruikt. Voor het organiseren van die dialoog doet het voorlaatste hoofdstuk voorstellen.

Dit hoofdstuk gaat verder in op het thema onderzoek, want het voorafgaande vraagt om een wijziging in de onderzoeksagenda, zowel in de vraagstelling, de methoden van onderzoek, de beoordeling van uitkomsten als de wijze van rapporteren. Voor een deel zijn dat uitdagingen voor onderzoekers, voor een deel vraagt het om een verandering van het onderzoeksbeleid. Het vereist zeker een andere opstelling van alle partijen.

6.2 Accentverschuivingen in de onderzoeksagenda

If we want more evidence-based practice, we need more practice-based evidence.

– *L.W. Green*

Elk onderzoek bestaat uit de volgende stappen:

Stappen in het onderzoek	
Stappen	Voorbeelden
keuze van model	- referentiekader, theorie of model
fase werkontwikkeling; zie 6.2.1	- innovatief/explorerend - implementatie/toetsend - kwaliteit/monitoring
- probleemanalyse - formuleren van de vraagstelling	- hoe en waarom - hoe vaak, hoeveel, hoe zeker

bepalen van onderzoeksopzet; zie 6.2.2	<ul style="list-style-type: none"> - combinatie kwantitatief-kwalitatief - design, tijdschema, schaal
- selecteren van de bronnen	<ul style="list-style-type: none"> - beelden, teksten, uitspraken - (actueel of historisch)
- verzamelen van de gegevens	<ul style="list-style-type: none"> - open vraagstelling - voorgestructureerd kader - gesloten lijst
- analyse	<ul style="list-style-type: none"> - zoeken naar verbanden en contrasten - eventueel statistische bewerking - eventueel triangulatie (zie 6.2.2)
- interpretatie van de uitkomsten	<ul style="list-style-type: none"> - bespreking van gevonden resultaten tegen de achtergrond van het model - resultaten afzetten tegen de gebruikte normen - weerleggen van twijfels en kritiek - aanreiken alternatieve verklaringen, dus verandering van model - suggesties voor verder onderzoek
- trekken van conclusies	<ul style="list-style-type: none"> - relevantie voor beleid en praktijk - lessen over onderzoek

In dit boek worden enkele onderdelen van bovenstaand schema (**vet aangeduid**) nader besproken. In de voorgaande paragraaf is al gesproken over de inhoud van de onderzoeksvraagstelling die uit het referentiekader en de kenmerken van gezondheidsbevordering is af te leiden. Nu komt allereerst de context (fase van werkontwikkeling) waarin het onderzoek plaatsvindt aan de orde (6.1.2). Daarna wordt een aantal specifieke thema's behandeld die bijzondere eisen stellen aan het onderzoek binnen de gezondheidsbevordering en die leiden tot verschuivingen in de onderzoeksopzet (6.2.2). Deze thema's zijn achtereenvolgens: de kwestie kwantitatief en/of kwalitatief, het design (RCT-plus), triangulatie en het wege van de resultaten (normen bij de beoordeling). Voor de overige onderwerpen, zoals een overzicht van beschikbare onderzoekstechnieken, verwijzen we naar de eerdere box met onderzoekshandboeken (pag . x).

6.2.1. Onderzoek passend bij de fase van werkontwikkeling

The Golden Standard is Methodological Appropriateness, not methodological orthodoxy or rigidity.

– *Michael Quinn Patton*

Onder werkontwikkeling verstaan we de stappen waarlangs een idee geleidelijk via een serie projecten de vorm krijgt van een geaccepteerde routine. Het begint met het ontwikkelen en uitwerken van de innovatie, dan volgt het op kleine schaal toetsen en op grotere schaal implementeren en als dat blijkt te voldoen is de laatste stap het verankeren van de innovatie in de routine van professionals en instellingen.

> Terminologie

Het woord 'implementeren' wordt hier gebruikt in de betekenis van 'het verspreiden van innovaties': eerder uitgeteste bouwstenen die op redelijk grote schaal in een nieuwe omgeving worden ingezet.

In engere zin is 'implementeren' ook te gebruiken als synoniem voor 'het uitvoeren van activiteiten'. In die betekenis kan ook binnen een innovatieproject implementatie plaatsvinden.

Nutbeam (1998) onderscheidde reeds in 1990 een aantal stadia in onderzoek en evaluatie die corresponderen met de ontwikkelingslijn van een gezondheidsbevorderingsprogramma. Hij onderscheidt zes fasen en stelt voor om een projectformule eerst te testen, dan op grote schaal uit te zetten en vervolgens elders over te laten nemen. In dat laatste stadium is het een routineprogramma en komt de vraag van verankering en duurzaamheid aan de orde. Dit is de gebruikelijke beschrijving van het research- en development-traject: eerst klein testen in gunstige omstandigheden, daarna kijken of het ook in het volle daglicht werkt.



Het midden van het model betreft de ontwikkelingsfase van het programma. Tussen testen, demonstreren en disseminatie vindt keer op keer een herdefinitie van problemen en oplossingen plaats. Deze verfijningen geven een nadere invulling aan het interventiemodel.

Op het model van Nutbeam is op twee punten kritiek mogelijk:

1. Programmamanagement is geen slotvraag aan het einde van de succesvolle disseminatie, maar hoort na iedere fase plaats te vinden. Als de organisatievoorwaarden niet vanaf het begin duidelijk zijn en bewaakt worden, blijft het ook onduidelijk of, hoe en onder welke voorwaarden een interventie op grotere schaal kan worden ingevoerd.
2. Nutbeam legt in de testfase veel nadruk op de uitkomsten en minder op het proces. In het referentiekader is het juist de proceskant die de voorwaarden schept voor de resultaten. Vanuit die visie kan in de ontwikkel- of testfase worden volstaan met enkele indicatoren voor resultaten en moet er veel nadruk komen te liggen op het proces. Daarentegen is bij een volgroeide interventie waarvan de ins and outs duidelijk zijn, juist wel een kritische toets op resultaten in brede zin wenselijk en noodzakelijk.

Ook Campbell e.a. (2000) stellen voor om de complexiteit van bepaalde interventies alleen dan via een 'randomised controlled trial' op hun effectiviteit te

testen als er eerst vooraf gewerkt is aan theorievorming, modelontwikkeling en er een verkennende trial heeft plaatsgevonden. In ieder van die situaties moet een adequaat mengsel van kwalitatieve en kwantitatieve meetmethoden worden toegepast. Johan Mackenbach bepleitte in de eerste conferentie ervoor 'community intervention trials' pas dan in te zetten, als er zekerheid is over de werkzaamheid van de interventies die in deze trial gebruikt worden. Ook in andere planningsmodellen wordt met dergelijke fasen gewerkt en wordt de koppeling met adequaat onderzoek per fase bepleit (Wimbush & Watson, 2000).

In aansluiting op deze modellen is onderstaande vijfdeling geschikt voor de fasering van werkontwikkeling:

Onderzoek passend bij de ontwikkelfasen		
Ontwikkeelfase	Vergelijkbare termen	Voorbeelden en resultaten
1. Interventie-ontwikkeling	Exploratief Innovatief Pilot	Uittesten van nieuwe werkvorm, theorie, markt, etc. onder verschillende omstandigheden <i>Resultaat:</i> schifting tussen veelbelovende en zwakke innovaties
2. Interventie-voorbereiding en -begeleiding ('actie-begeleidend onderzoek')	Onderzoek ter (bij)sturing	Epidemiologie, demografie, sociale kaart, analyses van behoeften, communicatiepatronen, sociogrammen. Intervention mapping, pretesten <i>Resultaat:</i> aanwijzingen voor de manier waarop de kansen op succes geoptimaliseerd kunnen worden.
3. Interventie-toetsing	De ontwikkeling van 'best practices'	Bewijzen van de relatie tussen input, proces en output bij een uitontwikkelde interventiemix opgebouwd uit erkende bouwstenen en optimaal georganiseerd onder gemiddelde maatschappelijke omstandigheden. <i>Resultaat:</i> overtuigend bewijs van de effectiviteit van een interventieproces onder bepaalde omstandigheden

4. Continuering	Verankering en implementatie: overdraagbaar naar derden	Vaststellen of binnen de huidige of nieuwe context de juiste omstandigheden aanwezig zijn om de interventie voort te zetten. <i>Resultaat:</i> Capacity-building in huidig en overnemend systeem
5. Routine	Voortgangs- of Kwaliteitsbewaking/monitoring	Op een kleine set van indicatoren nagaan of de voortgang van het proces of het rendement onder de vigerende context binnen de te verwachten normen blijft. <i>Resultaat:</i> voldoende garantie van verantwoorde allocatie van middelen

Onderstaand een korte toelichting per ontwikkelfase:

1. Interventieontwikkeling

Innovaties kunnen in deze fase kleinschalig en licht onderzocht worden. Ze mogen ingezet worden, juist bij afwezigheid van bewijs over rendement, mits de potentie daartoe (en de afwezigheid van schade) theoretisch aannemelijk is. Ze mogen 'mislukken', mits duidelijk is waarom. Een lichtere vorm van toetsing, maar met veel nadruk op kwalitatieve analyse en theorie en met veel aandacht voor verschillende omstandigheden waaronder de interventie plaatsvindt (kan vinden), zou de bruikbaarheid van deze onderzoeken kunnen vergroten.

2. Interventievoorbereiding en -begeleiding

Er bestaat een grote behoefte aan toepasbare vormen van actiebegeleidend en actiesturend onderzoek. Daarmee moet een interventie effectief 'gemaakt' worden. Het kenmerk 'effectief' is geen eigenschap van de methode zelf, het is ook de uitkomst van een proces van organiseren, met alle invloeden die daarbij spelen (onder andere betrokken personen, relatie tussen organisaties, actuele gebeurtenissen in de context, et cetera).

3. Interventietoetsing

Goed ontwikkelde programma's, die bestaan uit voldoende erkende bouwstenen, waarvan de kwaliteit in opbouw en uitvoering hoog is, kunnen opgaan voor het zware examen van kritisch evaluatieonderzoek. Het heeft de voorkeur dit onderzoek (zo mogelijk) uit te voeren met adequate vormen van RCT in combinatie met een procesevaluatie. Deze mix van kwalitatief en kwantitatief onderzoek moet garanderen dat er meer te vertellen is dan

'het kan werken' of 'het werkte nu niet', namelijk waarom en wanneer wat precies werkt.

4. Continuering

Uit de interventietoetsing blijken de voorwaarden waaronder een interventie effectief is. In de continueringfase gaat het onderzoek na of deze voorwaarden ook in andere situaties voldoende aanwezig zijn, zodat aannemelijk is dat de interventies ook in deze situaties effectief zijn.

5. Routine

De interventie is in deze fase routine geworden en behoort tot het reguliere beleid, werkprogramma en competenties. Lichte vormen van monitoring als deel van het kwaliteitssysteem bewaken de uitvoeringspraktijk.

Het hanteren van werkontwikkelingsfasen verheldert de onderzoekseisen binnen elk van de onderscheiden fasen. Het maakt duidelijk dat aan een pril idee voor een programma of interventie, niet bij voorbaat een examen (RCT) als toetsing moet worden opgelegd. Ook geeft het inzicht in de tijdschaal die nodig is om de beoogde effecten te krijgen en te behouden.

In de gezondheidsbevordering is het zelden mogelijk om eerst de effectiviteit van een interventie onder 'ideale omstandigheden' vast te stellen om vervolgens te bezien of deze onder gebruikelijke omstandigheden overeind blijft. Omstandigheden zijn een onafscheidelijk deel van iedere interventie. Sociale systemen missen de homogeniteit en stabiliteit om daar vanuit een laboratoriummodel naar te kijken (Hawe e.a., 2004).

6.2.2. *Verschuivingen in de onderzoeksopzet*

Kwalitatief en kwantitatief

De variatie in onderzoek wordt bepaald door het doel van het onderzoek: exploreren of toetsen. Dat correspondeert met een tweedeling van onderzoeksvormen: kwalitatief onderzoek is vooral sterk in het exploreren, in het beantwoorden van vragen als 'hoe en waarom'. Kwantitatief onderzoek is sterk in toetsing, in het uitdrukken van kennis in maten en getallen. Kwantitatief onderzoek geeft antwoord op vragen als 'hoeveel, hoe vaak, hoe zeker'.

Op de derde conferentie vatte professor Ilja Maso van de universiteit voor Humanistiek de verschillen tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek als volgt samen:

Kwalitatief onderzoek	Kwantitatief onderzoek
sluit aan bij leefwereld van mensen	gaat uit van hypothesen en theorie
dagelijkse taal	vertaling (van vragenlijsten) in cijfers
open dataverzameling	gestructureerde vragenlijsten
analyse in wisselwerking met dataverzameling	analyse achteraf
argumentatietheorie	formele logica (in getallen)
de onderzoeker is een middel om gegevens te verzamelen	de onderzoeker is extern

Net als bij kwantitatief onderzoek zijn gevoeligheid, causaliteit, representativiteit, generaliseerbaarheid en bruikbaarheid essentiële criteria voor kwalitatief onderzoek (Swanborn, 1999, p. 213). De interpretatie en analyse moet vanuit een theoretisch kader gerechtvaardigd worden en er moet via een transparante systematische procedure gewerkt worden. De relevantie, externe validiteit of overdraagbaarheid moet worden bewaakt. Specifiek aan kwalitatief onderzoek is de eis van 'F: welke invloed heeft de onderzoeker of diens omgeving zelf op het onderzoeksproces?' Persoonlijke preoccupaties, modellen en ervaringen kleuren het onderzoeksproces vaak ongemerkt. Eveneens moet er aandacht zijn voor de spanning tussen persoonlijk deelnemen en kritische distantie (Malterud, 2001).

Een overzichtsstudie in Engeland komt tot een 'framework for assessing research evidence' met vier leidende principes:

- het onderzoek moet bijdragen aan verbreding van kennis;
- het design moet te verdedigen zijn, dat wil zeggen: deze aanpak volstaat om de onderzoeksvraag te beantwoorden;
- het onderzoek moet rigoureuus zijn in de uitvoering door systematische en transparante datacollectie, analyse en interpretatie van de kwalitatieve data;
- het onderzoek moet geloofwaardig zijn door het geven van goed onderbouwde en aannemelijke argumenten voor de betekenis van de geproduceerde uitkomsten.

Het 'framework' bestaat verder uit negentien vragen om de assessment mee uit te voeren (Spencer e.a., 2003).

Alleen al omdat onderzoek een steeds grotere rol speelt bij de ontwikkeling en onderbouwing van beleid, is het van belang om zekerheid te krijgen over de betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid van de uitkomsten. Dat leidde in eerste instantie binnen de gezondheidsbevordering tot een veelvuldig gebruik van het RCT-design. Dit onderzoek gaf 'harde' resultaten met een beperkte reikwijdte. Ook was vaak niet inzichtelijk wat wel of niet voor de resultaten verantwoordelijk was en in hoeverre de context een bepalende rol had gespeeld. Vandaar dat nu de voorkeur wordt gegeven aan combinaties van kwantitatief en kwalitatief onderzoek (Dixon-Woods e.a., 2004). In veel situaties zal er sprake zijn van een mix van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Beide kunnen elkaar versterken. Daarbij komt de vraag aan de orde hoe inzicht in verbanden (kwalitatief) te combineren is met het beoordelen van die verbanden in maat en getal (kwantitatief). Met andere woorden: hoe verhouden de uitkomsten van kwantitatief en kwalitatief onderzoek zich tot elkaar?

> **Mixing Methods**

Bij het combineren van methoden treden een paar problemen steeds op:

1. De spanning tussen zekerheid en complexiteit

Als de gegevens dezelfde kant uit wijzen is het eenvoudig, maar wat te doen bij tegenspraak, bij een groot verschil in verhaallijn per bron? Echter: altijd is tegenspraak leerzaam.

2. De vraag naar een goede onderzoeksmix

Welke combinaties van onderzoeksmethoden goed werken is nog veelal onontgonnen terrein. Ook triangulatie van methoden is meer een opgave dan een ervaring.

3. De hiërarchie in methoden

Bij die afweging laten onderzoekers zich vaak leiden door het design, maar aard van de vraag, overdraagbaarheid en actieondersteuning zijn zeker zo belangrijke criteria.

4. Het bewustzijn van de kwaliteit van de gegevens en de merites van de methode

Resultaten worden gevormd door de selectiviteit die in iedere methode is ingebouwd. Het werken met een combinatie vraagt een sterker bewustzijn van de uitgangspunten en de verdiensten van iedere methode.

Wetenschapsfilosofische argumenten rond onderzoeksparadigma's geven

een beter inzicht in de verdiensten en beperkingen van verschillende methoden.

Door het uit de weg gaan van deze uitdagingen boekt het begrijpen van processen en resultaten onvoldoende vooruitgang.

Naar: Greene e.a. (2001). *The merits of mixing methods in evaluation*. Evaluation (7) 25-44.

Zie ook: Frechtling, J. & Sharp, L. (1997). *User-Friendly Handbook for Mixed Method Evaluations*. National Science Foundation.
www.ehr.nsf.gov/EHR/REC/pubs/NSF97-153/start.htm

Helaas ontwaarden nog steeds vele discussies over de waarde van onderzoek in een stammenstrijd tussen 'kwalitatieven' en 'kwantitatieven'. Terecht typeren Juttman et al. (2003, p. 19) deze stammenstrijd als een zinloos debat:

> *'Er is geen hiërarchie tussen onderzoeksvormen. Niet voor niets heeft De Groot het wetenschappelijke bedrijf gedefinieerd als een cyclisch proces. Zolang de creatieve theorievormers nu maar bereid zijn hun hypotheses in een toetsbare vorm te formuleren en bereid zijn de hieruit volgende voorspellingen aan waarneming te (laten) toetsen en toetsers zich maar realiseren dat hun resultaten altijd van voorlopige en beperkte aard zijn, draait de cyclus door en vullen onderzoeksvormen elkaar zinvol aan. Uiteindelijk is, naast het vermogen tot verwondering, bescheidenheid de belangrijkste wetenschappelijke deugd.'*

Toch is er wel degelijk sprake van een statusverschil tussen 'het echte' toetsende onderzoek met gebruik van geavanceerde statistische technieken op grote datasets enerzijds en het explorerende kwalitatieve kleinschalige onderzoek anderzijds. Dat onderscheid blijkt ook in de criteria voor reviews: bij de opstelling van een hiërarchie van bronnen, staat de RCT altijd bovenaan (Weightmann e.a., 2004). Gelukkig wordt tegenwoordig erkend dat ook aan kwalitatief onderzoek hoge kwaliteitseisen gesteld kunnen worden en dat beide soorten bronnen een gelijke behandeling verdienen.

Er is nog een andere tweedeling gangbaar: die tussen proces- en effectevaluatie, een indeling die correspondeert met het referentiekader. Te makkelijk worden procesevaluatie en kwalitatief onderzoek gelijk gesteld. Ook processen lenen zich tot het uitdrukken in maat en getal.

Beyond RCT

Typically in a healthy developing science,
the work at the growing edge is highly contested

– *Fiske & Shweder, In EiHP, p 73*

Beyond RCT was de titel van een congres in Rotterdam in 1997. De titel van dat congres (RCT = randomised controlled trial) staat voor een discussie die in de wetenschappelijke literatuur en op conferenties al geruime tijd gevoerd wordt over het al dan niet passend zijn van deze wijze van onderzoek voor gezondheidsbevordering. Voor een deel is het een debat tussen epidemiologen en sociale wetenschappers, maar daarbij spelen uitgangspunten van wetenschapstheoretische aard evenzeer een rol als belangen bij het verdelen van subsidiegelden. Kok gaf een levendige beschrijving van die discussie onder de titel: 'Kunnen biomedici wel gedragswetenschappelijk onderzoek beoordelen?' (Kok, 2000)

Ook de auteurs van dit boek staan kritisch tegenover de RCT als dogma. Tegelijk is de experimentele opzet van de RCT niet voor niets een overtuigende onderzoeksformule die kan leiden tot Really Consolidated Truth. Hierna komen eerst de kenmerken van de RCT aan de orde, komen voor- en tegenstanders aan het woord en ten slotte is de bruikbaarheid van de RCT-plus onderwerp van bespreking. Conclusie: de RCT is OK, mits...

De RCT: kenmerken en bezwaren

Evaluatieonderzoek wil zo eenduidig mogelijk vaststellen wat de aard en omvang van de resultaten zijn en in hoeverre deze zijn toe te schrijven aan een bepaalde interventie (feedback). In het algemeen is een experimenteel design, een RCT, de beste manier om de werkzaamheid te toetsen van een geneesmiddel of een behandeling. Immers alle versturende factoren worden gecontroleerd door de onderzoekspopulatie willekeurig (at random) over een interventie- en een controlegroep te verdelen. Het effect van het geneesmiddel of de behandeling kan blijken bij de vergelijking tussen beide groepen.

Deze onderzoeksopzet heeft ook in de sociale wetenschappen een lange traditie. Essentieel zijn daarbij de volgende vier kenmerken, die in de praktijk van gezondheidsbevordering moeilijk in te vullen zijn. In de commentaren per factor grijpen we terug op de literatuur (bijvoorbeeld Wolf, 2000, Susser, 1995, Victoria, 2004) en op onze ervaringen in Rotterdam. Daar werd in de samenwerking tussen de Erasmusuniversiteit en de GGD een RCT in een *community intervention trial* (CIT) uitgevoerd, waarbij de interventies in overleg met de

experimentele buurten tot stand zouden komen. De politieke situatie maakte het onmogelijk de vooraf gekozen onderzoeks- en interventieopzet uit te voeren, zodat deze CIT gestaakt werd. De lessen uit die ervaring werden op een seminar bij ZonMw gepresenteerd en waren mede aanleiding tot de cyclus van vier conferenties over New Health Promotion (Mediator, maart 2001).

De genoemde vier kenmerken zijn:

1. Randomisatie: het *at random* (bij toeval) toewijzen van personen (of settings) aan de experimentele en controlegroep, waartussen geen onderlinge uitwisseling ('besmetting') plaatsvindt.

Randomisatie is niet altijd mogelijk. Zo kunnen ethische overwegingen een rol spelen (*informed consent* eist dat iedere patiënt weet waar hij of zij aan toe is), het is soms praktisch niet uitvoerbaar (bijvoorbeeld bij een landelijke actie) of de aanvankelijke toedeling wordt in de loop van het onderzoek doorbroken. Voor sommige situaties zijn er oplossingen bedacht, bijvoorbeeld *matching* op belangrijke kenmerken.

In Rotterdam moesten buurten gematched worden en dan at random verdeeld over een experimentele en controlegroep. Maar wat zijn dan de 'belangrijke variabelen' waarop die matching moet plaatsvinden? Buurten verschillen op allerlei variabelen zoals de buurtcohesie, het percentage werklozen, de aard van de samenwerking tussen de professionals, het percentage ouderen, enzovoorts. Als at random toewijzing moet plaatsvinden, hoe kan dan de uitvoerende GGD voorkomen dat beoogde controlebuurten in het kader van het Grote Steden Beleid extra inzet voor gezondheidsbevordering krijgt toegewezen?

Ten slotte was in het Rotterdamse voorbeeld de interventie gericht op een 'open populatie', de bewoners van de buurten. Daarbij is het moeilijk 'besmetting' te vermijden, zeker als van massamedia gebruikgemaakt wordt, of als lokale politici elkaar onderling informeren.

2. Het toedienen (liefst 'double blind') van de interventie en de controle-interventie (placebo, neutrale andere interventie of geen interventie), waarbij de interventie bij elk van de experimentele groepen of situaties precies gelijk dient te zijn (integriteit)

Een belangrijk probleem is het gelijk houden van de interventie bij de verschillende personen of groepen die aan het onderzoek meedoen, juist omdat het gaat om complexe, contextgevoelige coproducties.

Voorlichtingsonderzoek heeft wel gewerkt met standaardisatie van materiaal

en inhoud en training van de professionals, in de hoop dat andere factoren geen doorslaggevende rol spelen.

Om het knelpunt van de integriteit van de interventie veilig te stellen, stelt Hawe (2004) voor om niet de vorm en inhoud van de interventie rigoureus onder controle te krijgen, maar om uit te gaan van een gelijke functie, die dan onder lokale omstandigheden kan worden ingevuld met aldaar toepasselijke middelen en materialen. Als voorbeeld noemt zij deskundigheidsbevordering van personeel. Een draaiboek voor de training kan standaard zijn, maar dan nog is de docentenvariatie in het geding. Met één docent werken kan dit voorkomen, maar ook de groepssamenstelling en de onderlinge interactie bepaalt een deel van het werkklimaat en heeft dus invloed op de effectiviteit. Zij stelt voor te volstaan met de functie 'een goede training' die dan lokaal optimaal is in te vullen op een manier die daar past en haalbaar is. Het gebruikmaken van kansen en het omgaan met tegenvallers is daarbij geaccepteerd en normaal: het streven is het doel op hoofdlijnen te realiseren.

3. Het uitvoeren van een gestandaardiseerde voor- en nameting

De nameting minus de voormeting bepaalt, in relatie tot de controlegroep, het effect van een interventie. Dat principe ligt aan de basis van een RCT. In de Rotterdamse situatie werd met de keuze van de onderwerpen in de voormeting (bijvoorbeeld voeding) beslist over welke thema's de interventies zouden moeten gaan. Dat was ook bij de doelgroep en de politiek bekend. Ook waren tijdstippen van voor- en nameting al vastgesteld en daarmee was het tempo van de interventie bepaald. Dat laat weinig ruimte voor de participatie van de mensen in het gebied. Zij hebben geen keuze meer op onderwerp, methode en tempo. Juist in een interventieopzet waarbij participatie van de doelgroep centraal staat, kan dit funest zijn. Te overwegen is om met een bredere onderzoeksagenda te starten, via procesevaluaties de reacties van partijen te volgen en de timing flexibel te houden. Inmiddels zijn ook subsidiegevers als ZonMw van de noodzaak daarvan overtuigd.

4. Het vaststellen van een eenduidige relatie tussen interventie en het resultaat

In gezondheidsbevordering is het soms moeilijk om een simpele 'als-dan relatie' vast te stellen, zeker wanneer gezondheidswinst het criterium is. Bij een onderwerp als 'aids' of 'roken' is de relatie tussen gedrag en gezondheidseffect dan wel eenduidig aantoonbaar, maar de wijze waarop dat gedrag tot stand komt, onder invloed van sociale omgeving en maatschappelijke context, is verre van eenvoudig. Op terreinen als voeding of seksueel gedrag is de relatie tussen dat gedrag en de uiteindelijke gezondheid veel minder een-

duidelijk. Het voorstel om meer met erkende interventieuitkomsten te werken wil dan ook aan dit bezwaar tegemoet komen.

Net als bij de discussie over 'kwalitatief' versus 'kwantitatief' onderzoek is er vaak te weinig sprake van 'welk type onderzoek is wanneer bruikbaar' en teveel sprake van voor- en tegenstanders. Voor de opbouw van dit betoog is het van belang kort bij de argumenten van beide groepen stil te staan.

Voor- en tegenstanders

Voorstanders van de RCT in de gezondheidsbevordering gebruiken meestal de volgende vier uitgangspunten:

1. Dit is de beste manier om op een zo eenduidig en valide mogelijke manier antwoord te krijgen op de vraag: werkt het?
2. Wil je een vergelijking met andere interventies doorstaan, dan moet je hard bewijs leveren.
3. Alleen deze aanpak verdient respect in wetenschappelijke kring.
4. Goed beleid zou dan ook vooral op dit soort harde resultaten gebaseerd moeten zijn (evidence-based, zie elders).

Tegenstanders van 'randomised controlled trials' betwijfelen of deze gouden standaard wel goud en standaard is:

1. Alleen een combinatie van onderzoeksmethoden kan recht doen aan de veelvormigheid van de realiteit, zeker wanneer er meer partijen en meningen in het spel zijn.
2. De 'randomised controlled trial' is een te strakke procedure: met de voormeting leg je al vast wat er inhoudelijk relevant is. Het participatief karakter van gezondheidsbevordering staat op gespannen voet met die onderzoeker-gecontroleerde procesgang.
3. Gezondheidsbevordering is te complex om met een dergelijk design te benaderen. De 'randomised controlled trial' is goed bruikbaar voor medisch onderzoek, voor geneesmiddelenonderzoek en dergelijke controleerbare processen, maar sociale processen zijn veelal multicausaal, gevoelig voor de actualiteit, voor sociale processen en voor politieke hypes, et cetera. Dat maakt sociale processen moeilijk beheersbaar.
4. Een voorname reden om een RCT te doen is zodanig duidelijke resultaten te krijgen dat ze zich lenen voor generalisatie en implementatie. Door het onderschatten van de context en zaken als de invloed van de status van de onderzoeker, is de kans op bruikbare conclusies klein.

> Drie typen fouten

Keith Tones uit Leeds vat op het congres Beyond RCT zijn kritiek op de RCT samen in een verhaal over 'de drie typen fouten'

'Type 1 error

An erroneous conclusion that an intervention has achieved significant change when, in fact, it has failed to do so.

Type 2 error

An erroneous conclusion that an intervention has failed to have a significant impact when, in fact, it has actually done so.

Type 3 error

Asserting that an intervention has failed to achieve successful results when it was so poorly designed that it could not possibly have a desired effect.'

Tones, K. (1999) De evaluatie van gezondheidsbevordering: een verhaal van drie fouten. *TSG* (77) 24-28.

Het middengebied waarop voor- en tegenstanders elkaar tegemoet komen, probeert de sterke kanten van de 'randomised controlled trial' overeind te houden en tegelijkertijd recht te doen aan de bezwaren.

Dat resulteert in de volgende uitgangspunten:

1. Kritisch onderzoek is een inherent onderdeel van de professionele ontwikkeling en maatschappelijke verantwoordingsplicht van gezondheidsbevordering.
2. De aard van het onderzoek moet passen bij de ontwikkelingsfase van de programma-ideeën.
3. 'Randomised controlled trial' in combinatie met procesevaluatie (samen: RCT-plus) is een adequate manier om van een 'rijpe' interventie na te gaan of deze inderdaad het beoogde effect oplevert.
4. Om bezwaren tegen de rigiditeit te ondervangen, moet de timing en opzet van dat onderzoeksproces beter zijn afgesteld op de belangen van alle betrokkenen en op het interventieproces.
5. De te onderzoeken causaliteiten moeten een duidelijke plaats hebben in het grote geheel en er moet aannemelijk gemaakt worden dat deze causaliteiten niet relevant beïnvloed worden door andere variabelen. Een scan op de context en het volgen van het proces is dan ook een vereiste. Het referentiekader is hierbij een hulpmiddel.

6. Ook wanneer delen van een interventie worden opgevat als functies (zie Hawe, 2004) is het nog nodig na te gaan welke de kritieke aspecten zijn die het succes van de interventie verklaren. Procesequalificaties kunnen daarop inzoomen.

> *Op de achtergrond spelen in het debat opvattingen over wetenschapsfilosofie en politiek een rol. Wetenschapsfilosofisch gaat het om een discussie tussen positivisten, die uitgaan van een objectieve werkelijkheid en constructivisten, die uitgaan van constructies die mensen van de werkelijkheid maken en waarover ze onderling onderhandelen. De kritiek op de positivisten kwam ook uit de hoek van actievoerders en feministen, die op grond van politieke overwegingen de claim op exclusieve kennis door sommige (vooral mannelijke) wetenschappers aan de kaak stelden.*

Zie ook: Rootman, I., Goodstadt, M. e.a. (2001). *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*. p. 16 e.v.

Naar de RCT-plus

‘Can effectiveness research based on the simple randomised controlled model yield valid, reliable and generalisable findings when it is applied to services that are socially complex? The best answer is: probably not without major design innovations.’

– *Wolff, 2000, p. 107*

Inmiddels zijn er in antwoord op de kritiek binnen de onderzoekswereld verbeteringen voor en rond de RCT voorgesteld en uitgetoetst:

- Ook in de sociale wetenschappen bestaat een ruime ervaring met de toepassing van de RCT, met de beperkingen ervan en met de mogelijkheden om daaraan tegemoet te komen (Swanborn, 1999).
- Garretsen stelde in zijn oratie aan de UvT voor om triangulatie (zie verderop in deze paragraaf) te gebruiken.
- Door te werken met fasen van werkontwikkeling (zie 5.2.1) wordt het duidelijk wanneer toetsing via een RCT opportuun is. Een RCT is aan te duiden als een ‘eindexamen’. Nu wordt het te vaak en te vroeg ingezet, zonder de combinatie met andere onderzoeksvormen. Dat laat onverlet dat een uitontwikkelde interventie, gebouwd met deugdelijke onderdelen onder niet ongunstige omstandigheden uitgevoerd de toets der kritiek, met een RCT, zou

moeten kunnen doorstaan. Dat wijst op nog een andere toepassingsmogelijkheid van de RCT: via het doorlichten van routineonderdelen van gezondheidsbevordering kan worden nagegaan of het vertrouwen dat een bepaalde aanpak geniet wel terecht is. Dat betekent dat bepaalde professionele gewoonten achterhaald kunnen blijken. Maar juist daar ontstaat de ruimte voor veelbelovende nieuwe interventies.

- Het gebruik van een theorie of een referentiekader en de combinatie met procesevaluaties via een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoekstechnieken zal bijdragen aan een betere interpretatie van de in de RCT gevonden resultaten.
- Bij het werken met 'group randomised trials' (Murray e.a., 2004) ook wel aangeduid als 'community intervention trials' (Mackenbach, 1e conferentie), zijn settings of groepen uitgangspunt van onderzoek. Dit is een terrein vol 'pitfalls en controverses' (Donner & Klar, 2004), waarbij achteraf in publicaties nog vaak fouten in design en analyse worden vastgesteld (Varnell e.a., 2004).
- Met het oog op de bruikbaarheid van publicaties in reviews is voor RCT's een standaard voor rapportage opgesteld (CONSORT; zie Moher, D., 2001). Naar analogie daarvan is voor 'non-randomised evaluaties' ook een dergelijke lijst geformuleerd (TREND; Des Jarris e.a., 2004). Dergelijke standaarden van rapportage werken vooral door in de zorgvuldigheid waarmee onderzoeken worden gerapporteerd, maar ook in de opzet en uitvoering.
- Tenslotte is er ook behoefte aan 'more historically informed analysis of the relationships between social structures and health, using the knowledgeable narratives of people in places as a window onto those relationships' (Williams, 2003).

Het KAN werken, mits...

De conclusie van veel RCT-studies en van reviews: 'het werkt' of 'het werkt niet' komt tegemoet aan de wens van beleidsmakers en professionals om een duidelijk houvast te hebben: 'doe dit, laat dat'. Wie recht wil doen aan de premisses van de RCT kan beter de conclusies anders formuleren: 'dit kan werken'. Als een RCT niet gecombineerd is met onderzoek naar proces en context, kan de volledige conclusie het beste zo geformuleerd worden: 'dit blijkt deze keer te werken dankzij deze (meestal slecht beschreven) interventie onder niet nader gespecificeerde omstandigheden en door een onbekend patroon van factoren; misschien kan het ook elders werken'.

Het is mogelijk de werkzaamheid, de processen, de voorwaarden in kaart te brengen met hun implicaties voor de herhaalbaarheid of implementatie (zie ook Tang e.a., 2003). Hun indeling is hier gekoppeld aan de indeling van het referentiekader: resultaat, proces, organiseren in context.

	Wat werkt = Resultaat	Hoe werkt het = Processen	Waar en wanneer werkt het = Organiseren in context	Herhaalbaarheid
Type a	Bekend	Bekend	Bekend	Groot
Type b	Bekend	Bekend	Onbekend	Beperkt
Type c	Bekend	Onbekend	Onbekend	Zeer beperkt
Type d	Bekend	Onbekend	Bekend	Groot

Type a komt in gezondheidsbevordering niet vaak voor. Type b vraagt om zorgvuldige analyse, optimalisering en monitoring van de uitvoeringsvoorwaarden. Type c is nog in de ontwikkelfase en vraagt nader onderzoek. Type d heeft de interventie als een black box: nadere analyse zal meer inzicht in de werkzame bestanddelen moeten geven.

Het vertrouwen in de RCT-studies is terecht, voor zover het de interne validiteit betreft: ze geven veel zekerheid, op een betrekkelijk kleine schaal. Daarmee zijn ze relevant ter controle op effectiviteitspretenties, maar voor een goede feedback zijn er langs de hele ontwikkelroute en in iedere fase van projecten veel meer en verschillende vormen van onderzoek nodig. Vandaar de voorkeur voor een RCT-plus.

Triangulatie

Steeds meer onderzoeken gebruiken combinaties van methoden. Triangulatie is een methode om meer zekerheid te krijgen over de conclusies van de verschillende onderzoeksmethoden. In de cartografie is triangulatie (driehoeksmeting) een middel om de onderlinge posities van landschapkenmerken op de kaart vast te leggen.

> **Driehoeksmeting**

Jacob van Deventer was in de zestiende eeuw waarschijnlijk de eerste die de triangulatie voor het tekenen van landkaarten gebruikte. Als van een driehoek een zijde en twee hoeken bekend zijn, dan kan daaruit de lengte van de beide

andere zijden worden berekend. De landmeter maakt daar handig gebruik van: hij kiest waarnemingsposten als torens, forten, heuvels of zelfgebouwde installaties als hoekpunten. Eén verbindingslijn tussen twee punten moet dan worden opgemeten, met een meetketting of met meetlatten. Vervolgens kan hij dan de beide andere afstanden berekenen. Dan kan, door de volgende driehoek aan de eerste te koppelen, een gebied of een meridiaan nauwkeurig in kaart worden gebracht.

Delambre en Mechain reisden tijdens de Franse revolutie door Frankrijk om via triangulatie de wereld de maat te nemen, om daarmee de lengte van de nieuwe standaardmaat, de meter, vast te leggen.

Alder, K. (2002). *De maat van alle dingen*. Anthos.

Ook het zoeken naar een diversiteit van bronnen met relevant bewijs kan de kwaliteit van het eindoordeel bevorderen. Tones (1999) beschrijft vijf manieren van triangulatie: van gegevens, van onderzoekers, van theorie, interdisciplinair en methodisch. Bij het Drug Monitor Systeem in Rotterdam (Van de Mheen e.a., in voorbereiding) werd gebruikgemaakt van een triangulatie van methoden: gegevens van een survey werden vergeleken met informatie die via sleutelfiguren en via *community field workers* beschikbaar was. Een ander voorbeeld is te vinden bij Jacob (2001). Maar niet iedereen is onverdeeld tevreden over het grote vertrouwen dat triangulatie lijkt te bezitten. Massey (1999) ziet het als een gevaarlijke metafoer en constateert maar liefst zeven typen fouten bij het gebruik ervan.

> Triangulation

Studying an issue using several different methods (e.g. a survey and focus groups), as if you're seeing it from different angles. Though different methods come up with different results, the results should be similar enough that they might be plotted on a graph as a small triangle. Somewhere inside that triangle is the 'real truth.'

www.audiencedialogue.org/index.html

Deze website geeft een aantal Glossaries over onderwerpen als Media research | Evaluation terms | Questionnaire design and psychology | Sampling and quantitative research | Research methods in general | Qualitative research | Data management | Statistics | Internet terms | Futures studies and forecasting

Het wegen van de resultaten

Feedback spreekt een oordeel uit over het proces en de resultaten van gezondheidsbevordering. Te vaak volstaan onderzoekers met een oordeel als: 'er is een beperkt effect' of 'dat valt mee... of tegen', zonder te expliciteren tegen welke standaard dit oordeel wordt afzet. L. Green heeft evaluatie omschreven als 'the comparison of an object of interest against a standard of acceptability' (2005). Om onderzoeksuitkomsten te beoordelen, moet de 'standaard', de norm waarlangs toetsing van de resultaten plaatsvindt, bekend zijn.

> Ineffectief?

'In the United States, project D.A.R.E. (Drug Abuse Resistance Education) ... has been the country's largest single school based prevention program in terms of federal expenditures with an average of three quarters of a billion dollars spent on its provision annually.'

'We provide a updated meta-analysis on the effectiveness of project D.A.R.E. ... Our study supports previous findings that D.A.R.E. is ineffective.'

West, S. & O'Neal, K. (2004). Project D.A.R.E. outcome effectiveness revisited. *Am J. of Public Health.* (94) 1027-1029.

Commentaar HS/WdH:

Het effect is met de gebruikte onderzoeksmiddelen (nog) niet aangetoond. Je kunt je afvragen waarom het project dan indertijd ingevoerd is. Zijn er wellicht toch relevante tussenresultaten? Zijn de uitvoeringsomstandigheden onvoldoende ingecalculeerd? Kunnen overheid en scholen niet toegeven dat ze een ineffectief programma sponsoren? Ze lijken geen beter alternatief te zien. Overigens, aanwijzingen voor verbetering ontbreken in deze publicatie.

Wat is de norm? Met welke standaarden valt gezondheidsbevordering te classificeren? Judd e.a. (2001) beschrijven een aantal standaarden die bij de beoordeling van 'community-based health promotion' een rol moeten spelen. Zij onderscheiden standaarden vanuit het gezichtspunt van verschillende partijen. Daarvan afgeleid staat onderstaand een overzicht van acht standaarden die bij het beoordelen van publicaties over gezondheidsbevordering van toepassing zijn. De eerste standaard 'arbitrair' is nauwelijks een standaard te noemen: de onderbouwing is afwezig. Standaard 2 tot en met 6 zijn normen over de resultaten: ze bepalen hoeveel succes verwacht wordt. Standaard 7 gaat uit van de

beschikbare capaciteit, terwijl de laatste standaard meer vanuit waardenoordelen geformuleerd is.

Standaarden ter beoordeling van gezondheidsbevordering		
Partij	Standaard	Omschrijving
Publiek Praktijk Managers Beleid	1. Arbitrair	Een norm, met weinig of geen onderbouwing
	2. Ervaring	Sluit aan op lokale behoeften en verwachtingen, kan in het ergste geval blijven steken in 'leuk en gezellig'
	3. Nut	Wat hebben partijen eraan? Hier vallen ook economische analyse en capacity-building onder.
Expert Praktijk Onderzoekers Beleid	4. Wetenschappelijk	Ontleend aan (combinaties van) eerder onderzoek, bij voorkeur RCT-plus. Nagaan of ze wel generaliseerbaar zijn tot deze lokale omstandigheden.
	5. Normatief	Een benchmark, ontleend aan voldoende vergelijkbare situaties
	6. Historisch	Gebaseerd op waargenomen, meestal geleidelijke trends
Beleid Management Praktijk	7. Haalbaar	Wat laten de context en de gekozen middelen aan redelijke resultaten toe
	8. Zorgvuldigheid	Is er ethisch, juridisch en maatschappelijk verantwoord opgetreden?

Het voordeel van het werken met de hele lijst is dat de perspectieven van de verschillende partijen afzonderlijk aan bod kunnen komen en dat in overleg kan blijken hoeveel waarde ieder wil hechten aan welk type standaard. Om bovenstaande normen in combinatie te gebruiken, zou een soort juridische afweging waarin objectieve gegevens met subjectieve oordelen worden afgewogen, nuttig zijn. Zo werkt het Community Preventive Services bij het opstellen van reviews met een openbare beoordeling via een publiek debat tussen vertegenwoordigers met een gevarieerde achtergrond (zie beschrijving door David McQueen op <http://w3.nigz.nl/docfiles/Evidence%20productie%201802.doc>).

Gezondheidsbevordering in Nederland is een werk- en onderzoeksterrein met nog relatief weinig traditie. Daarom zijn er weinig eigen historische of wetenschappelijke standaarden binnen het werkkerrein bekend. Een internationale vergelijking is moeizaam en vergelijking met normen uit andere werkkerreinen gebeurt niet vaak genoeg. In publicaties over resultaten zou het een winstpunt zijn als onderzoekers expliciet aangeven op welke gronden de beoordeling van de resultaten plaatsvindt. Waarom valt iets mee of tegen? Zo'n explicitering van normen kan helpen om de verschillen in perspectief van partijen te onderkennen en kan bij de keuze van indicatoren en kwaliteitseisen bijdragen aan een realistische norm.

6.3 Gevolgen voor de drie sectoren

De kennisbehoefte die voortvloeit uit de in deze uitgave gehanteerde benadering van gezondheidsbevordering vraagt om passend onderzoek en om passend gebruik van onderzoek. Achtereenvolgens passeren de consequenties van de voorstellen voor onderzoekers, praktijkwerkers en beleidsmakers de revue.

6.3.1. Onderzoekers

Voor onderzoekers hebben de voorgestelde agendaverschuivingen drie gevolgen:

- verbreding van het onderzoeksrepertoire;
- verschuivingen in de beroepsuitoefening;

de mogelijkheden en wenselijkheid van participatief onderzoek verkennen.

Uit de beschrijving van 'passend onderzoek' in de voorgaande paragrafen is te concluderen dat aan een bredere variatie van onderzoekstechnieken behoefte is. Dat is op te lossen door de opleiding van onderzoekers te verbreden, maar het lijkt meer voor de hand te liggen om met multidisciplinaire teams te werken. Dat maakt het ook mogelijk om meer participatief onderzoek te doen (zie hierina).

In het reeds geciteerde RGO-rapport *Kennisinfrastructuur van Public Health* is een overzicht gemaakt van universitair onderzoek. Daarin staat wel WAT er onderzocht wordt, maar niet WIE die onderzoekers zijn. Zoals onderzoek plaatsvindt naar de samenstelling en meningen van een populatie, zoals de praktijkwerkers onderzocht zijn via het *Trendonderzoek* (Molleman, 2004), zo zou een onderzoek naar de 'stam' van de onderzoekers inzicht kunnen geven in het antwoord op bovenstaande vragen. Het streven naar variëteit in onderzoek veron-

derstelt de beschikbaarheid van onderzoekers die daartoe bereid en in staat zijn. In het kader van 'capacity building' moeten benodigde competenties, opleiding, bij- en nascholing, taakomschrijving en professionele beloningsstructuur in kaart gebracht worden. Het gaat daarbij om vragen als:

- hoe is de samenstelling van de onderzoekerspopulatie, onder andere qua opleiding;
- welke technieken gebruiken onderzoekers vooral;
- welke invloeden bepalen de professionele keuzes;
- wat zijn de opvattingen van onderzoekers over hun rol;
- welke maatstaven gebruiken onderzoekers om hun werk te beoordelen.

Als onderzoekers een bredere onderzoeksaanpak willen uitvoeren, is een beheersing van zowel computerprogramma's als SPSS 13.0 (www.spss.com) voor kwantitatief onderzoek belangrijk, als beheersing van Kwalitan 5.0 (www.kwalitan.net) voor kwalitatief onderzoek.

Participatief onderzoek

If we are to achieve things never before accomplished,
we must employ methods never before attempted.

– *Francis Bacon*

Gezondheidsbevordering concentreert zich op sociale processen die voor gezondheid van belang zijn. Omdat de directe betrokkenheid van alle actoren bij gezondheid uitgangspunt is, ligt het voor de hand om extra veel aandacht te besteden aan participatie-onderzoek, vooral waar het gaat om communityprojecten. Er is een verschil tussen onderzoek naar participatie en participatief onderzoek. Die laatste werkwijze krijgt in de literatuur voor gezondheidsbevordering internationaal veel aandacht. Er zijn echter ook auteurs die de rollen van agoog/interventionist en van onderzoeker toch liever gescheiden houden (Swanborn, 1999).

Een recente overzichtsstudie beschrijft 'community-based participatory research' (CBPR) als:

'a collaborative research approach that is designed to ensure and establish structures for participation by communities affected by the issue being studied, representatives of organisations and researchers in all aspects of the research process to improve health and well-being through taking action, including social change' (RTI, 2004).

Participatief onderzoek is belangrijk, omdat het de mensen helpt: het is een vorm van empowerment, omdat het betrokkenen helpt te leren door en van het onderzoeken. De kwaliteit van het onderzoek neemt toe omdat de vraagstelling dicht bij de behoeften ligt, het gebruikmaakt van een breed scala van bronnen, en het de relevantie en het gebruik van onderzoeksresultaten vergroot. In iedere fase van het werkproces wordt aan de traditionele onderzoeksstappen een aparte invulling gegeven:

Analytical framework for Community based participatory research (CBPR 99, p. 14)			
Stap	Traditioneel research	Community-based	Voordeel
Gezondheidsprobleem	Epidemiologische data en beleidskeuzes	Keuze en afwegen	Vergroot motivatie om mee te doen
Opzet onderzoek en fondsenwerving	Wetenschappelijke normen, geld voor met name onderzoek	Meedenken over opzet en voorstel	Acceptatie van onderzoeksopzet en geld ook voor community
Werving	Wie hebben we nodig, marketing	Verwijzen en werven zelf	Betere spreiding en dekking
Opstellen meetinstrumenten en dataverzameling	Ontwerpen of overnemen. Pretest	Ontwikkeling en testen in overleg	Sneller ontdekken van gevoelige kwesties, grotere betrouwbaarheid en validiteit
Interventie	Theorie en literatuur als vertrekpunt	Meewerken met planning en uitvoering	Grotere relevantie, acceptatie en dus effect
Data-analyse, conclusies, publicatie	Statistische gegevens benadrukt in peer-reviewed tijdschriften	Helpen bij analyse en interpretatie. Uitkomsten direct relevant in deze community	Grotere gevoeligheid voor normen en klimaat, beter gebruik van de uitkomsten voor de eigen community

In het licht van deze paragraaf is het een boeiend onderwerp, juist omdat participatief onderzoek specifieke rollen toekent aan onderzoekers, waarmee zij vaak (nog) niet vertrouwd zijn. De relatie tussen onderzoekers en de community kan

verschillende vormen aannemen:

- contract: de onderzoeker als expert, de community als subject;
- consultatief: de onderzoeker wordt bij opzet en planning betrokken en geraadpleegd;
- samenwerking: in alle fasen is er overleg tussen doelgroep en onderzoeker over het plan van de onderzoeker;
- collegiaal: partijen erkennen het verschil in deskundigheid, maar willen van elkaar leren en vaardigheden uitwisselen, zodat betrokkenen straks zelf in staat zijn onderzoek in te zetten (RTI, 2004).

Vooral het samenwerken en collegiaal werken doet een beroep op de onderzoeker om zowel de wijze van onderzoek als de wijze van communicatie met praktijkwerkers en de doelgroep anders aan te pakken. Die verschillen zijn samen te vatten als volgt:

Het verschil tussen traditioneel en participatief onderzoek (Estrella & Gaventa, 1998)		
	Traditioneel	Participatief
Wie	externe expert	betrokken mensen, staf, facilitator
Wat	vooropgezette uitkomsten op indicatoren	mensen bepalen zelf hun succesindicatoren
Hoe	nadruk op objectiviteit, op distantie, op uniforme procedures pas op termijn komen uitkomsten beschikbaar	zelfevaluatie met methoden die aan de lokale omstandigheden en mogelijkheden zijn aangepast, open delen van ervaringen en resultaten
Wanneer	veelal effect, soms proces-evaluatie	samen evalueren langs de hele lijn, inclusief de opstartfase
Waarom	verantwoording afleggen, kennisvermeerdering	mensen zelf in staat stellen greep te krijgen op hun situatie

Onderzoekers worden dus in de participatieve benadering steeds meer gezien als de kritische vriend, die met feedback geëngageerd en gedistantieerd mee-

werkt aan de kwaliteit en doorzichtigheid van het werk. Ze worden geacht het officiële verhaal en de dagelijkse werkelijkheid met elkaar te verbinden. Om deze benadering te kunnen uitvoeren moeten onderzoekers zich opstellen als deelnemers in het complexe proces van interventieontwikkeling. Met passend onderzoek kunnen zij dan op elk moment bijdragen aan de bevordering van de effectiviteit van de interventie.

> Louise Potvin omschreef op de tweede conferentie de rol van de onderzoeker als volgt:

- de cognitieve argumenten in interactie met de actoren boven tafel halen
- wetenschappelijke kennis gebruiken als hypothese in de betreffende context
- voorzien in zoveel mogelijk empirische data
- een theoretische interpretatie geven van de interacties
- een expliciet perspectief geven, in- en extern

Wie op deze manier wil werken, zal een breed onderzoeksrepertoire moeten hebben, en de creativiteit om beschrijvend, interpreterend en toetsend onderzoek te combineren. Een reden temeer om te werken met multi- of transdisciplinaire teams, niet alleen van onderzoekers met verschillende achtergrond, maar ook bestaande uit interventie-ontwikkelaars en -uitvoerders.

BRONNEN

Bronnen over participatief onderzoek

- Estrella, M. & Gaventa, J. (1998). *Who counts reality? Participatory monitoring and evaluation: a literature review*. Institute of Development Studies.
- O'Fallon, L.R. e.a. (2000). *Successful models of community-based participatory research*. National institute of Environmental Health Studies.
www.niehs.nih.gov/translat/cbr-final.pdf
- RTI International (2004). *Community-based participatory research, assessing the evidence*. Evidence report/Technology assessment nr. 99.
www.ahrq.gov/clinic/techix.htm
- Green, L. (webpage). *Guidelines and Categories for Classifying Participatory Research Projects in Health Promotion*. <http://lgreen.net/guidelines.html>

Checklist passend onderzoek

Thema	Vraag	Aandachtspunten
1. Positioneren	Waar past het onderzoek in het referentiekader; zijn de aspecten van best evidence meegenomen?	<p>in welke context</p> <p>hoe te organiseren (optimaliseren factoren en betrekken relevante actoren)</p> <p>welke interventiemix (3 niveaus, opzet, procesverloop, waarop bijsturen)</p> <p>welke directe resultaten (indicatoren, schaal, termijn)</p> <p>hoe werkt dat door op gezondheid en gelijkheid</p> <p>hoe is de capaciteit te vergroten en hoe zijn interventie en resultaat op termijn te handhaven (duurzaamheid)</p>
	Welke rol spelen de kenmerken van gezondheidsbevordering bij de keuze van het onderzoek?	<p>coproductie</p> <p>communicatie</p> <p>complexiteit</p> <p>continuïteit</p>
2. Gebruik van de uitkomsten	Tot welke evidence, voor wie levert dit onderzoek een bijdrage?	<p>de gebruikers zijn...</p> <p>soort resultaten</p> <p>lessen in 123-model</p>
3. Voortbouwen op eerder onderzoek	Welke bronnen en inzichten zijn gebruikt?	<p>bronnen</p> <p>theorie</p> <p>modellen</p> <p>reviews</p>
4. Fase ontwikkeling	Bij welke fase van de werkontwikkeling past het onderzoek?	<p>1. interventie-ontwikkeling</p> <p>2. interventie-voorbereiding en -begeleiding ('actie-begeleidend onderzoek')</p> <p>3. interventietoetsing</p> <p>4. continuering</p> <p>5. routine</p>
5. Diversiteit	Welke mix van methoden is gekozen?	<p>kwantitatief</p> <p>kwalitatief</p>

6. Rapportage	Volgens welke standaard?	consort trend 123-rapportage
	Beoordelen van de uitkomsten	triangulatie normen
	Delen van kennis	toegankelijkheid data publicaties website factsheet/poster presentaties
7. Participatie	Welke graad van participatie is voor de betrokkenen voorzien?	- contract - consultatief - samenwerking - collegiaal

6.3.2. *Praktijkwerkers*

Het 'passend onderzoek' heeft ook gevolgen voor de praktijkwerkers:

- zij zullen zich voldoende basiskennis van onderzoek eigen moeten maken;
- zij zullen meer cijfer-minded moeten zijn en actief onderzoeksuitkomsten moeten gebruiken;
- zij moeten leren de knelpunten uit context, bij het organiseren, procesverloop en interventieuitkomsten te vertalen naar onderzoeksvragen;
- in kwaliteitssystemen van de beroepsgroep moeten standaarden voor lichte vormen van onderzoek, vooral ter monitoring en bijsturing opgenomen worden.

Nederland heeft een vrij hoog opgeleide groep gezondheidsbevorderaars (preventiewerkers, GVO-ers, patiëntenvoorlichters en dergelijke): 71% heeft een universitaire of een HBO-opleiding (*Trendonderzoek*, 2004). Daarom is het zo opvallend dat praktijkwerkers zo'n geringe aandacht voor onderzoek en publiceren hebben. Een aantal mogelijke redenen daarvoor geven Garretsen e.a. (2003). Toch zal de praktijk meer gebruik moeten maken van onderzoeksmogelijkheden voor, tijdens en na een activiteit. En ook zou er meer tijd, ruimte en plicht tot publiceren moeten zijn.

Voor praktijkwerkers is een basiskennis van onderzoek van belang om drie redenen:

- om onderzoeksresultaten bij de onderbouwing van keuzes te gebruiken;
- om zelf interventies met onderzoek te kunnen begeleiden;
- om samen te werken met onderzoekers via het aanleveren van vragen en het bieden van een onderzoekssituatie.

Het is belangrijk om aan te geven welke competenties praktijkwerkers daartoe redelijkerwijs moeten bezitten. In de loop van de conferenties is de term 'light onderzoek' geïntroduceerd. Daarmee is aangegeven dat niet ieder onderzoek een met alle wetenschappelijke garanties omgeven experimenteel design hoeft te zijn. Vóór een activiteit begint zouden praktijkwerkers meer gebruik van ruim beschikbare inzichten en ervaringen moeten maken, de analyse zou meer met gegevens onderbouwd moet worden, in de strategiekeuze zouden zaken als de omvang van de doelgroep, het te verwachten bereik, de meetbaarheid van de directe resultaten meer aandacht moeten krijgen. Als bij de planning meer met cijfers gewerkt wordt, kan tijdens en na een activiteit beter worden bekeken of de processen en uitkomsten overeenkomen met de verwachtingen. Daarmee kan niet alleen verantwoording worden afgelegd, maar zo kunnen praktijkwerkers zelf voortdurend werken aan het optimaliseren van de interventie, aan het sturen van alsmaar effectievere gezondheidsbevordering.

We noemen dit 'light onderzoek', omdat daarbij niet voor iedere situatie opnieuw de onderzoeksopzet uitgedacht hoeft te worden. Werkers zouden gebruik moeten kunnen maken van gestandaardiseerde werkwijzen en indicatoren, die een vaste plek in kwaliteitssystemen moeten krijgen. 'Light onderzoek' is voldoende systematisch, maar vooral praktisch direct bruikbaar. Voor de inrichting van dat 'light onderzoek' kunnen lessen uit het 'volle onderzoek' richtinggevend zijn: daaruit zou duidelijk moeten worden wat kritieke bronnen zijn, wat bij planning belangrijk is, wat goede indicatoren zijn en welke gestandaardiseerde meetinstrumenten praktisch inzetbaar zijn.

6.3.3. Beleidsmakers

Beleidsmakers zullen op verschillende manieren met 'passend onderzoek' te maken krijgen. Ze fungeren als opdrachtgever en afnemer en formuleren het onderzoeksbeleid. Ze gebruiken beleid bij de inhoudelijke keuzes van beleidsdoelen en beleidsstrategie. Tenslotte gebruiken ze uitkomsten van onderzoek om kwaliteitsstandaarden te formuleren. Of ze nu functioneren als manager van een instelling, als lokale of nationale overheid, steeds hebben zij met deze drie beleidsterreinen te maken. Passend onderzoek heeft voor hen de volgende uitdaging:

- het stimuleren van kennisontwikkeling en gebruik, zowel door gevarieerd onderzoek als door synthese van inzichten met behulp van onder andere het referentiekader;
- het vrijmaken van capaciteit voor (light) onderzoek en kennis door minstens 10% van de interventiebudgetten daarvoor te reserveren;
- het kritisch gebruik van inzichten bij de eigen beleidsvorming voortzetten en beleidsevaluatie standaard maken;
- in kwaliteitsbeleid gebruikmaken van beschikbare kennis en zonodig gericht onderzoek inzetten om realistische normen te formuleren.

6.3.4. *Van partijen naar partners*

We need science, more and better science, not for its technology, not for leisure, not even for health or longevity, but for the hope of wisdom which our kind of culture must acquire for its survival.

– *Lewis Thomas*

In de bovenstaande consequenties van ‘passend onderzoek’ voor de drie sectoren is al vaker aan de orde gekomen dat alle partijen op elkaar zijn aangewezen. Het is niet zonder meer een gegeven dat wetenschappers onderzoek en ontwikkeling voor hun rekening nemen en dat pas wanneer dat werk is uitgekristalliseerd, andere professionals het estafettestokje overnemen. Juist binnen de gezondheidsbevordering zijn er kanttekeningen te maken bij dat traditionele research- en development-model, dat overigens ook door het RGO-rapport is gebruikt (2003, p. 23):

Welk figuur moet hier?

(Nils)

In de research- en development-modellen van programmaontwikkeling is meestal het uitgangspunt dat er sprake is van een unieke innovatie (in het bedrijfsleven vaak afgeschermd met patenten en dergelijke), die in een latere fase winstgevend zal blijken. De researchkosten en de kosten van mislukte innovaties moeten goed gemaakt worden door de geslaagde innovaties. In de gezondheidswereld ligt de lat meestal hoger: tegenvallers worden niet ingecalculiseerd. Een interventie moet meteen slagen.

Een andere zwakte in het research- en development-model is dat het streven om voor elke innovatie de hele cyclus uit te voeren in de praktijk niet haalbaar is. Er is te weinig aandacht voor de capaciteit en de bereidheid van het veld om alle innovaties te verankeren, zeker omdat de werkportefeuille nog vol zit met de innovaties van gisteren. Ook in de programmering van ZonMw is nog onvoldoende aandacht voor concurrentie tussen de implementatievoornemens. Als er twintig projecten lopen die zich richten op huisartsen, dan is de kans groot dat er negentien niet worden verankerd, eenvoudigweg omdat de verandercapaciteit niet groot genoeg is. Innovaties zouden dus ook beoordeeld moeten worden op hun MEERwaarde voor gezondheid, maar ook voor de praktijkwerker ten opzichte van bestaande routines, wat aanleiding kan zijn tot interessant onderzoek.

Ten slotte is deze research-en-development-werkwijze traag en dus tijdrovend. Voordat de interventie is ontwikkeld, getoetst en verspreid, is zoveel tijd verlopen dat betwijfeld kan worden of de startcondities destijds en nu, nog wel gelijk zijn.

Al eerder is gesignaleerd dat sociale bewegingen en trends hun eigen dynamiek hebben, die zich niets aantrekt van de plannen van beleidsmakers en onderzoekers. Een succesvol verhaal over het project *Hartslag Limburg* in de nationale pers maakt ongetwijfeld bij een aantal partijen in het land de vraag wakker: is dat niets voor ons, kunnen wij niet ook zoiets doen? De kans bestaat dat zij vervolgens met een aantal globale noties van de activiteiten van een dergelijk programma aan de slag gaan (internet maakt veel snel zichtbaar) en lang niet altijd de zorgvuldigheid en doordachtheid opbrengen die bij de planmatige ontwikkeling van *Hartslag Limburg* gebruikt werd. Een poging om de resultaten van *Hartslag Limburg* elders op dezelfde wijze te halen zal dan daardoor vrijwel zeker mislukken. De principes achter het succes van *Hartslag Limburg* zijn echter wel goed generaliseerbaar. Het zijn juist deze achterliggende principes die van belang zijn bij het overnemen en navolgen van het project.

Het snel oppervlakkig, onnadenkend kopiëren van activiteiten zou moeten worden tegengewerkt door een beroepsgroep die zich bewust is van de kwali-

teitseisen bij planning en uitvoering van activiteiten. Beleidsmakers zouden het gebruik van die kwaliteitsnormen moeten steunen om daarmee amateuristisch en ad hoc werk te voorkomen. De druk om snel te implementeren weerspiegelt de tijdgeest waarin alles sneller moet (Gleick, 1999).

De laatste jaren zijn de uitgangspunten van disseminatie en adoptie ook gebruikt om de ontwikkeling van professionele innovatie te stimuleren (Grol e.a., 2001). ZonMw organiseerde congressen met als titel *Kennis delen*. Daarbij werden de knelpunten van de verspreiding van innovaties vaak gezocht in de implementatiestrategie. Echter, het knelpunt ligt al veel eerder: als er aan het begin van de innovatie niet gekeken is naar factoren als context, organisatie en proces, is de kans op implementatie klein.

Dat pleit voor een ander denkmodel, dat beter in staat is om kennis over alle benodigde aspecten uit te wisselen. Een kennisuitwisseling die wederzijds is, en niet volgtijdig maar juist gelijktijdig plaatsvindt. Waar mogelijk zou vaker met kortere en kleinere ontwikkelingscycli gewerkt moeten worden: kortere fase op kleinere onderdelen, een trage fasering alleen bij omvangrijke programma's.

Meestal is het bij gezondheidsbevorderingsprogramma's niet zo dat we met een volledig unieke innovatie te maken hebben: vaker gaat het om een andere architectuur van de interventiebouwstenen, die de kenmerkende stijl van een programmaontwerp weergeeft. Ieder van de bouwstenen op zich moet volgens bekende kwaliteitseisen ontworpen, ingezet en gebruikt worden. Het mag niet zo zijn dat de methoden worden gebouwd op datgene wat makkelijk meetbaar is (telbaar en observeerbaar gedrag bijvoorbeeld) maar ook op factoren waarvan de meting lastig is en wellicht nog moet worden ontwikkeld (zoals empowerment of sociale cohesie). Dit verwijst dus opnieuw naar kwaliteitsbewustzijn en naar de bereidheid om te leren en te experimenteren, zowel bij beleidsmakers en onderzoekers als bij praktijkwerkers.

Dat betekent dat 'passend onderzoek' niet alleen een zaak is van onderzoekers. Integendeel, toepassing van het referentiekader en de uitvoering van goede feedback met 'passend onderzoek' is een zaak van onderzoekers, beleidsmakers en praktijkwerkers samen. Ieder met eigen verantwoordelijkheden vanuit een eigen domein, maar met een gezamenlijk doel: het organiseren en uitvoeren van effectieve gezondheidsbevordering.

> K. Stronks presenteerde op het derde congres een ritsmodel: geleidelijk vernauwen van de samenwerking tussen praktijk en onderzoek, door toename van uitwisseling en door gezamenlijk gebruik van gelijke uitgangspunten en instrumenten.

Vervolgens werd de onvermijdelijke vraag gesteld: wie trekt de rits dicht? Dat is de taak van de beleidsmakers.

While we in public health know the importance of involving community partners in our programs, we also know how difficult it is to do. The challenge of involving the community is especially difficult if one has been trained, as I have been trained, to be an arrogant, elitist prima donna. I am the 'expert,' after all, and I help people by sharing my expertise.

If we think our medical-care system is in trouble now, we ain't seen nothin' yet. Our only hope is to develop better proactive strategies for preventing disease and promoting health, rather than waiting to fix problems after they occur. And to carry out those strategies successfully, we will have to work with the community as an empowered partner, which ultimately means changing our public-health model at a fundamental level. We will have to change the way we classify disease, train a new generation of experts, change the way we organize and finance public health education and research, and deal with our arrogance. These are very difficult and humbling challenges, but I know we can meet them. We really have no choice.

*S. Leonard Syme
Professor Emeritus of Epidemiology
University of California, Berkeley*



Samenvatting en conclusies over passend onderzoek

Research not only functions as a tool to measure change and innovation, but also to facilitate these outcomes.

Koelen e.a., 2002

> Algemeen

1. De voor gezondheidsbevordering kenmerkende uitgangspunten en processen vragen om passend onderzoek.
2. Dat onderzoek is van belang, omdat bij keuzes in beleid en praktijk steeds vaker naar 'evidence' wordt gevraagd.
3. De aansluiting van onderzoek op de voor gezondheidsbevordering belangrijke vragen behoeft:
 - aansluiting bij de werkontwikkelingsfase;
 - een verschuiving in de onderzoeksopzet, onder meer door het combineren van kwalitatief en kwantitatief onderzoek.
4. In bepaalde situaties is het nodig een randomised controlled trial (RCT) te proberen, mits dat gebeurt in combinatie met onderzoek naar het organiseren van de interventies in een bepaalde context: de RCT-plus.
5. Met het combineren van verschillende soorten onderzoek voor complexe interventies moet nog veel ervaring worden opgedaan, evenals met het gebruik van triangulatie.
6. Bij het beoordelen van uitkomsten van onderzoek is het van belang de norm waarmee de weging van de resultaten plaatsvindt, te specificeren.

> Beleid

7. Kennis en kritiek, dus onderzoek, zijn vereisten voor de kwaliteit van werken: het draagt bij aan een juiste balans tussen ambitie en capaciteit en aan het formuleren van redelijke prestatienormen.
8. Onderzoek naar beleidsprocessen, organisaties, systemen en leiderschap is een achtergebleven gebied.
9. Voor onderzoeks- en kennisbeleid moet een eigen plaats in de organisatie gegarandeerd worden, door daarvoor 10% van het budget van elke interventie te reserveren.

> Onderzoek

10. Onderzoekers dienen zich een breed onderzoeksrepertoire eigen te maken, dan wel interdisciplinaire samenwerkingsverbanden aan te gaan.
11. Onderzoek naar participatie krijgt al meer aandacht, participatief onderzoek nog onvoldoende.
12. In de opzet van onderzoek en in de rapportages moeten gegevens over de

context, het organiseren en de interventieprocessen een betere plaats krijgen.

13. Actiebegeleidend onderzoek, vaak met een sterke participatieve inslag, is een goed hulpmiddel om interventies gedurende de uitvoering bij te sturen en effectief te maken. Met zo'n vorm van leren door snelle feedback moet meer ervaring worden opgedaan.



Praktijk

14. Praktijkwerkers gebruiken de onderzoekscompetenties uit hun opleiding te weinig.
15. Het is belangrijk het gebruik van onderzoek bij opzet, planning, actiebegeleiding en evaluatie tot standaard te maken: kwaliteitssystemen bieden hiervoor de opening.
16. Onderzoek voor en door praktijkwerkers ('light' onderzoek) dient te voldoen aan de eisen van goed onderzoek, maar tegelijk aangepast te zijn aan de werksituaties in de praktijk.

The scientist is not a person who gives the right answers, he is one who asks the right questions.

– *Claude Levi-Strauss*

Hoofdstuk 7 Passend onderzoek

De voorgaande hoofdstukken beschrijven de uitgangspunten en de werkwijze van gezondheidsbevordering, het Referentiekader als gids en het passend gebruik van onderzoek. Deze systematische manier van werken levert voor alle betrokkenen veel kennis op. Dit hoofdstuk gaat in op de manieren om al deze kennis optimaal te ontwikkelen, te delen, te wegen en te gebruiken.

Allereerst komt het begrip 'kennismanagement' aan de orde. Daarna volgt een beschrijving – stap voor stap – van de kenniscyclus. Op elk punt van de kenniscyclus geeft dit hoofdstuk een aantal mogelijkheden voor verbetering, inclusief vermelding van de partijen die daarvoor verantwoordelijk zijn.

7.1 Kennis maken gaat niet vanzelf, dat moet worden gestuurd

The greatest obstacle to discovery is not ignorance – it is the illusion of knowledge.

– Daniel J. Boorstin

7.1.1. De noodzaak van kennismanagement

De laatste jaren wordt het steeds duidelijker dat onderzoeksresultaten niet vanzelf hun weg vinden naar de praktijk. Dat geldt in het bedrijfsleven voor nieuwe producten, dat geldt voor nieuwe ideeën in de politiek en dat geldt ook voor resultaten van onderzoek. *Het boek Een kleine geschiedenis van bijna alles* (Bryson, 2003) laat op allerlei terreinen zien hoe oude opvattingen taai verzet bieden tegen nieuwe inzichten.

Het gevolg is dat de kloof tussen innovatie en toepassing van de innovatie zelf object van onderzoek is geworden. Daaruit blijkt dat de processen die plaatsvinden bij het verspreiden van inzichten en producten onder publiek, wetenschappers en politici steeds dezelfde patronen vertonen. Everett Rogers heeft op dit gebied de toon gezet. Zijn *Diffusion of innovations* is inmiddels aan de vijfde steeds bijgewerkte editie toe (2003). Een aantal inzichten en begrippen uit zijn studies is gemeengoed geworden, bijvoorbeeld:

- het onderscheid tussen pioniers, inventors, majority en laggards;
- het gefaseerde verloop van dergelijke verspreidings- en adoptieprocessen;

- de rol van individueel keuzegedrag en van de faciliterende omgeving (glossary op <http://mstm.gmu.edu/mstm720/Articles/DifussionOfInnovationsGlossary.html>).

In het allereerste GVO-rapport uit 1962 stond al de adoptiecurve vermeld, een inbreng van A. van den Ban (Doeleman, 1962).

De principes van Rogers werden ook gebruikt en onderzocht binnen de ontwikkelingshulp en het is uit die hoek dat de onderliggende ideologie aan de kaak werd gesteld. In veel innovatietrajecten is een mechanische top-down benadering zichtbaar. De expert, de politicus, de arts heeft het beste met de doelgroep voor; implementeren is dus een *tell and sell*-aanpak. Wie echter de gelijkwaardigheid tussen de partijen en de keuzevrijheid van de doelgroep als voorname uitgangspunt neemt, komt tot een andere benadering van kennis; daarin zijn leren en empowerment sleutelwoorden.

Ook in de organisatieleer werd het geleidelijk aan duidelijk dat mechanische beelden over het inrichten en sturen van een bedrijf, over het samenwerken tussen partijen en over de rol van de leidinggevende, onvoldoende recht doen aan de eigen bijdrage van alle betrokken mensen in en om de organisatie (Morgan, 1992; Mintzberg e.a., 1999). Op vergelijkbare wijze nam in de beleidswetenschappen geleidelijk de twijfel toe over de rationele en mechanische modellen van beleidsontwikkeling en -implementatie (Stone, 2002).

7.1.2. *Varianten in implementeren*

Het is mogelijk vanuit vier gezichtspunten naar implementatie te kijken (Barnhoorn en Walda, 1992):

1. Het technologisch perspectief

Het technologisch perspectief is het meest vertrouwd: het bestaat uit R&D (Research and Development), een rationeel ontworpen proces, gestuurd door experts die gebruikmaken van een gecontroleerde planmatige verandering bij de gebruikers. Uitgangspunt daarbij is dat de vernieuwing zo zal aanspreken, dat het implementeren een kwestie is van communiceren.

2. machtsperspectief

Ook het machtsperspectief benadrukt een éénrichtingsverkeer, maar verwacht daarbij weerstand. De wortel en de stok zijn de symbolen van de zonodig toe te passen beloning en straf.

3. Het cultureel-politieke perspectief

Het cultureel-politieke perspectief benadrukt de interactie en de onderhandeling tussen betrokkenen. Een innovatie kan overal ontstaan en via een weinig geordend proces plotseling doorbreken. In een werkveld waarin professionals vrij autonoom kunnen werken is dit een toepasselijke aanpak.

4. Het evolutieperspectief

De drie voorgaande beschrijvingen gaan uit van de stabiele situatie als norm met daarbinnen de verandering als een tijdelijke verstoring. Dat komt overeen met de beroemde drieslag: 'unfreeze, change, refreeze' (Lewin, 1947). Het evolutieperspectief ziet het veranderen juist als een constante: werken is onderzoekend leren. Daarbij gaat het niet alleen om 'single loop leren' (het oplossen van concrete problemen), maar ook om het inzicht dat wat een probleem is, afhankelijk is van opvattingen en denkbeelden. Met een andere bril op kan een probleem in een nieuw daglicht komen te staan en dat maakt ook andere oplossingen mogelijk. In dit perspectief is het van belang te werken aan gedeelde uitgangspunten en te zorgen voor creatieve manieren waarop inzichten en ervaringen uitgewisseld kunnen worden.

Deze vier perspectieven gelden op twee niveaus. Allereerst in de relatie tussen expert en publiek: veel traditionele GVO werkt vanuit een technologisch en machtsperspectief, terwijl communitybenaderingen vooral vanuit cultureel-politieke en evolutieopvattingen te werk gaan. Op de tweede plaats zijn de invalshoeken te herkennen in de relatie tussen professionals (en hun instellingen) onderling. Zo gebruikt bijvoorbeeld het RGO-rapport (2003) een R&D-perspectief, waarin de wetenschap ontwikkelt (expert) en het veld toepast (leek). Ook de overheid kijkt vaak zo naar veranderingen: uitgekristalliseerde inzichten zouden door iedereen standaard overgenomen moeten worden, dat garandeert kwaliteit. Maar meestal werkt het niet zo.

In dit boek ligt de nadruk op het verbreden van het perspectief van voorlichting naar een combinatie van micro-, meso- en macro-interventies, waarbij juist het samenwerken (coproductie) van partijen, van beleidsmakers, onderzoekers en praktijkwerkers, inclusief het publiek, voorop staat. Dat sluit aan bij het evolutieperspectief en het cultureel-politieke perspectief, zonder de lessen en ervaringen uit de twee andere perspectieven te vergeten.

7.1.3. Kennismanagement

Kennismanagement kreeg de laatste jaren als onderdeel van de veranderkunde een eigen plek in wetenschap en advieswerk. Dat valt samen met de opkomst van de computers. Deze zijn in staat zijn om veel data te bewaren en te verwerken, maar het omzetten van al die gegevens in kennis als basis van zinvolle besluiten en acties, vergt meer dan een print-out. Dat heeft het denken over informatiestromen en -gebruik sterk gestimuleerd.

>

Before attempting to address the question of knowledge management, it's probably appropriate to develop some perspective regarding just what this stuff called knowledge, which there seems to be such a desire to manage, really is. Consider this observation made by Neil Fleming as a basis for thought relating to the following diagram.

- A collection of data is not information.
- A collection of information is not knowledge.
- A collection of knowledge is not wisdom.
- A collection of wisdom is not truth.

The idea is that information, knowledge, and wisdom are more than simply collections. Rather, the whole represents more than the sum of its parts and has a synergy of its own.

www.systems-thinking.org/kmgmt/kmgmt.htm

Kennismanagement is 'het zodanig inrichten en besturen van processen in de KennisWaarde-keten dat daardoor het rendement (financieel en leerrendement) en het plezier van de productiefactor kennis vergroot wordt' (Weggeman, 2000). Bovenstaande box illustreert dat het gaat om soorten kennis, waarbij gegevens, relaties, patronen en principes een oplopende reeks vormen, die het begrijpen van gegevens in hun context steeds op een ander niveau weergeeft.

Weggeman beschrijft een kenniscyclus met als stappen: ontwikkelen, delen, toepassen en evalueren. Onder het ontwikkelen plaatst hij het gebruik van beschikbare kennis en het identificeren van benodigde kennis.

De belangrijkste verschuiving van kennismanagement ten opzichte van de traditionele R&D-opvatting heeft betrekking op drie zaken. Op de eerste plaats het erkennen van meerdere soorten kennis. Zo is er een onderscheid tussen 'gecodificeerde kennis' (informatie, weten, standaarden, modellen) en 'impliciete kennis' (tacit knowledge: ervaringen, vaardigheden en attitudes). Dit bracht Weggeman (1997) tot de formule $K = I \times EVA$: Kennis is het product van Informatie en Ervaringen, Vaardigheden en Attitudes. Voor kennisoverdracht van gecodificeerde kennis is onderwijs nodig, impliciete kennis vraagt meer om leren door (na)doen, bijvoorbeeld in een meester-gezel-relatie. Wetenschappelijke kennis is explicieter en daardoor meer toegankelijk voor kritiek.

Ook benadrukt kennismanagement dat alle betrokken mensen en partijen een eigen mening hebben over het verschil tussen feiten en meningen. Wat relevante kennis is, bepaalt iemand in eerste instantie zelf: kennis is niet alleen te beoordelen op juistheid, maar ook op relevantie en bruikbaarheid.

Tenslotte is in deze opvatting het organiseren van een dialoog tussen de diverse betrokkenen onontbeerlijk. Zowel om op eigen ervaring en inzichten te kunnen reflecteren, als om van die van anderen te kunnen leren. Veel voorstellen om de kloof tussen onderzoek en praktijk te overbruggen maken gebruik van 'linkage', van tussenschakels die de communicatie naar beide kanten moet bevorderen (King, 1998). Dat sluit goed aan bij de eerder vermelde vierde invalshoek, het evolutionaire perspectief.

Wie van kennis*management* spreekt, veronderstelt sturing; van processen, maar vooral ook van mensen. Voor gezondheidsbevordering zijn op het gebied van kennis diverse partijen actief, maar de sturing is nog in aanbouw. Net als in 'het echte' bedrijfsleven is er sprake van een zekere spanning tussen de bedrijfsleiding (beleid), het laboratorium voor R&D (onderzoek) en de afdelingen productie, marketing en service (praktijk). Willen deze drie zich tot een coherent

geheel aaneen voegen, dan zullen de verschillende partijen zichzelf in 'het geheel' moeten kunnen herkennen (consensus over het *Referentiekader*), moet er ook binnen dat totaalconcept plaats blijven voor de specifieke eigen ambitie en moet de nodige infrastructuur (ICTO, personeelsbeleid en organisatie) worden ingericht.

BRONNEN

Bronnen over kennismanagement

- Boekhoff, T. e.a. (1998). *Kennis, een factor om te managen*. Amersfoort: Twijnstra Gudde Group.
- Engel, P.G.H. (1995). *Facilitating innovation. An actor-oriented and participatory methodology to improve innovative social practice in agriculture*. Wageningen: Department of Communication and Innovation Studies.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *De kenniscreërende onderneming. Hoe Japanse bedrijven innovatieprocessen in gang zetten*.
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations*, 5th edition.
- Wierdsma & Swieringa (2002). *Lerend organiseren*. Wolters Noordhoff.
- Weggeman, M. (1997). *Organiseren met kennis*. Scriptum Management.
- Weggeman, M. (2000). *Kennismanagement: de praktijk*. Schiedam: Scriptum.
- Zie ook <http://kennismanagement.pagina.nl>

7.1.4. Kennis en gezondheidsbevordering

Zorgvernieuwing maakt bij het introduceren van inzichten, procedures, hulpmiddelen en richtlijnen veelvuldig gebruik van implementatietheorieën (Barnhoorn en Walda, 1992; Grol, 2001; Wensing e.a., 2000; De Regt e.a., 2001). ZonMw koos voor een indeling van de preventieprogramma's in innovatieve en implementatiegerichte onderdelen. Daarnaast benadrukt ZonMw het belang van implementatie door eigen studies op te zetten, door congressen te organiseren (*Kennis beter delen* 2001, 2003 en 2006) en door implementeerbaarheid een vast aandachtspunt bij het beoordelen van subsidieaanvragen te maken.

In gezondheidsbevordering werken instellingen als GGD-NL, het Trimbos-instituut, het NIZW en het NIGZ actief mee aan het ontwikkelen en verspreiden van nieuwe inzichten. Daarbij zijn werkafspraken gemaakt, bijvoorbeeld over het registreren van lopende projecten via de QUI-databank op het internet. Ook op andere punten speelt het internet een steeds belangrijker rol om

informatie toegankelijk te maken. Naast de universitaire opleidingen hebben het NIGZ en het NSPOH afspraken gemaakt over het postdoctorale opleidingspakket. Uit onderstaande box blijkt dat het kennismanagement in public health en dus ook in gezondheidsbevordering nog lang niet optimaal verloopt.

> In opdracht van VWS werkte de RGO een advies uit over kennis voor public health. Daarin concludeert de Raad:

‘Deze aanwijzingen in aanmerking genomen constateert de Raad dat voor adequate toepassing van kennis in de public health de volgende punten verbetering behoeven:

- *er zijn nog te weinig systematische reviews van public health-interventies;*
- *de ontwikkeling van standaarden en richtlijnen is voor de jeugdgezondheidszorg op gang gekomen, maar is op andere terreinen van de public health nog niet ver voortgeschreden;*
- *de implementatie van richtlijnen in de praktijk is dan ook nauwelijks aan de orde;*
- *de opleiding van public health-professionals is niet optimaal;*
- *contact tussen onderzoek, opleiding en onderwijs in de vorm van academische werkplaatsen voor public health komt nog niet goed van de grond;*
- *systematische kwaliteitsborging staat nog in de kinderschoenen’*

RGO, 2003

Dit boek trekt die lijn voor gezondheidsbevordering door en doet voorstellen om het kennisuitwisselingsproces zowel te intensiveren als te versnellen.

7.2 Kennis als circulair proces

If knowledge can create problems, it is not through ignorance that we can solve them.

– *Isaac Asimov*

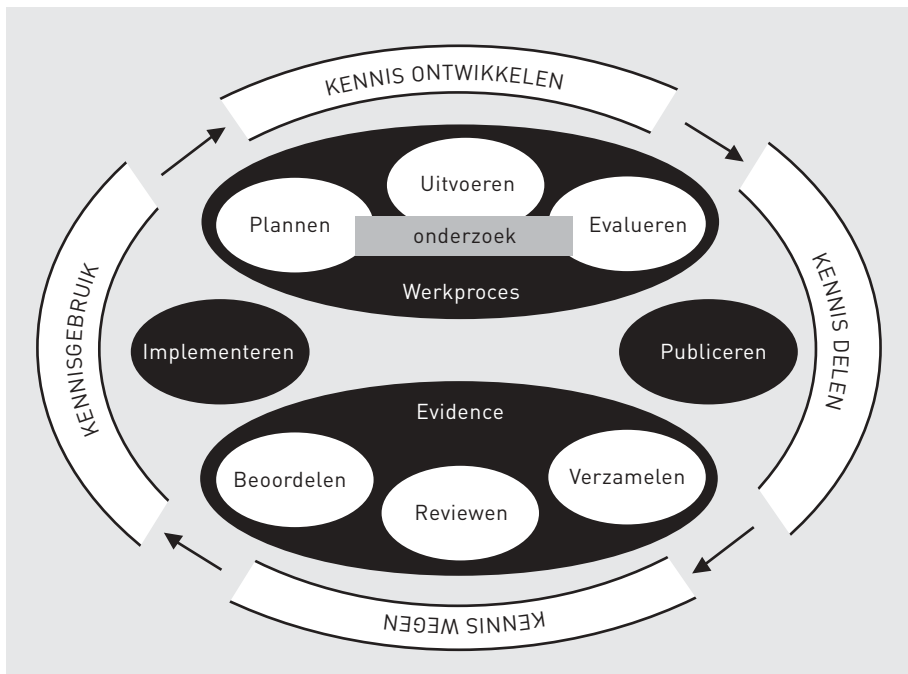
Om inzichten, diagnose en aanbevelingen te ordenen, is de kenniscirkel ontwikkeld. Deze bestaat uit vier fasen: kennis maken, kennis delen, kennis wege en kennis gebruiken. Het is een cirkel omdat gebruik van kennis weer de start

is voor het maken van nieuwe kennis: ervaring met toepassen leidt tot knelpunten, tot nieuwe hypotheses et cetera.

Volgens het *Referentiekader* zijn voor gezondheidsbevordering met name drie soorten kennis van belang:

1. kennis over het organiseren van interventies en de context waarbinnen dit plaatsvindt;
2. kennis over de planning en het verloop van de interventieprocessen;
3. kennis over de resultaten op korte en lange termijn.

Ter toelichting op de onderdelen van de kenniscirkel lopen we de fasen één voor één na.



7.2.1. Kennis ontwikkelen

It is my belief that all forms of learning and change start with some form of dissatisfaction or frustration generated by data that disconfirm our expectations or hopes.

– *Edgar H. Schein*

Bij het ontwikkelen van kennis ligt de nadruk op het kritisch en systematisch analyseren van de verschillende onderdelen van het werkproces. Het begint met het diagnosticeren van de startsituatie (context en organisatiecapaciteit), het zoeken naar relevante bronnen, het bepalen van prioriteiten, het selecteren van een adequate strategie en het investeren van voldoende middelen. Deze keuzes hangen af van ideeën en visie, de concrete situatie, theoretische concepten, vakprincipes en beschikbare evidence, dus deels van expliciete, deels van impliciete kennis. Via indrukken en/of formeel onderzoek worden de voortgang van de processen en de resultaten vastgesteld. In de voorgaande hoofdstukken is het belang van het integreren van praktijk en onderzoek al vaak aan de orde geweest.

Bij het beschrijven van bovenstaand werkproces is het gebruik van bestaande en het ontwikkelen van nieuwe kennis gekoppeld aan programma's of projecten. Er bestaat echter ook kennis over het functioneren van de organisaties als zodanig, over positionering, de structuur, de financiering en de relaties met andere organisaties. Op lokaal niveau is kennis van de lokale politiek, op nationaal niveau van het regeringsbeleid en het parlementaire systeem van belang. Dergelijke kennis van het systeem is veelal impliciete kennis achter het organiseren per project.

De sectoren beleid, praktijk en onderzoek hechten ieder hun eigen waarde aan de betekenis van idee, situatie en evidence en komen zo tot bepaalde afwegingen. Zo heeft ook ieder een eigen norm over hoe proces en resultaten vastgelegd moeten worden. Wetenschap bloeit op zorgvuldig formuleren en nauwkeurig documenteren, politiek eerder op een positieve pers. Praktijkwerkers komen niet zo vaak tot documentatie van ervaringen en inzichten: de gelegenheid en bereidheid tot het delen van reflectie op ervaringen en inzichten is nog gering. Beleidsprocessen zijn maar ten dele terug te vinden in beleidsdocumenten: daarin ligt de nadruk op de uitkomst, minder op de input en de afwegingen.

7.2.2. Kennis delen

Kennis, liefde en eer nemen toe door te delen.

Kennis delen gaat via communicatie, via het mondeling vertellen en het schriftelijk rapporteren van bevindingen, van 'verhalen'. In het beleid, waar machts-politiek altijd een rol speelt, zijn dit vaak pr-verhalen; in de praktijk reisverhalen. Veel van deze verhalen gaan over casuïstiek, veel blijft impliciet. Beleids- en praktijkrapportages dienen veelal administratieve doelen en blijven vaak intern. Wetenschappers hebben de verst uitgewerkte afspraken over formele verslaglegging: Consort (2001) en Trend (2004). Het wetenschappelijk bedrijf drijft op publicaties en congresbijdragen: het expliciteren en delen van kennis is er deel van het primair proces.

	Impliciete kennis	Expliciete kennis
Beleid	Verhalen Casuïstiek	Beleidsvoornemens Discussieverlagen Beleidsrapportages
Praktijk	Verhalen Casuïstiek	Werkplannen Rapportages
Onderzoek	Verhalen Casuïstiek	Inhoud en vorm van publicaties volgens erkende standaarden

Willen de 'verhalen' effect hebben, dan moeten ze aan drie eisen voldoen: ze moeten doorverteld worden, ze moeten zo volledig mogelijk zijn en ze moeten toegankelijk zijn.

Niet alle verhalen worden *doorverteld*, daardoor is er een eenzijdigheid van het kennisaanbod ontstaan. Het rapporteren van onderzoek in tijdschriften en/of aan de subsidiegever is routine, maar de verhalen achter het onderzoek komen vaak pas in persoonlijke contacten naar voren. Praktijkervaringen en beleidsbeschrijvingen zijn wel beschikbaar, maar zelden systematisch opgesteld of kritisch geanalyseerd. Dat gebeurt meestal pas als in het kader van wetenschappelijk onderzoek naar bepaalde aspecten van het werk gekeken wordt. Of doordat betrokkenen in een interview inzicht geven in aspecten van hun werkwijze. Er

zou in het kader van een breed kwaliteitsbeleid eigenlijk een plicht tot het bekend maken van ervaringen en resultaten moeten bestaan, een plicht tot het delen van kennis, dus een 'deel-plicht'. Daarbij zouden ook de middelen om het presenteren en publiceren te stimuleren ('deel'tijd en 'deel'premies) beschikbaar moeten zijn.

Ook de *volledigheid* van de rapportages is een punt van zorg. Wetenschappelijke onderzoeken beschrijven interventies vaak te globaal en leggen de nadruk op cijfers en statistieken. Onderzoeksverslagen, beleidsevaluaties en praktijkrapportages zijn pas echt relevant en bruikbaar (zie het *Referentiekader*) als ze ook informatie geven over:

1. De organisatorische inspanning om de interventies te starten, inclusief een beschrijving van de maatschappelijke context voor en tijdens het proces.
2. Het interventieproces, inclusief tussentijdse aanpassingen, mee- en tegenvallers. In casuïstiek moeten dan ook de persoonlijke ervaringen van de meest betrokkenen (doelgroep, projectmedewerkers) worden opgenomen, zeker als deze elkaar tegenspreken.
3. De directe resultaten en hoe deze doorwerken op determinanten van gezondheid en uiteindelijk op de gezondheid zelf. Daarbij gaat het ook om gegevens over de tevredenheid en de bereidheid van publiek, van professionals, van organisaties en van beleidsmakers om in de toekomst mee te blijven doen.

In sommige onderzoeken zijn bovenstaande elementen los van elkaar onderwerp van onderzoek, maar het gaat hier juist om de combinatie van rapportage-elementen.

Op elk van bovenstaande punten moeten standaarden ontwikkeld worden, die de rapportages begrijpelijk en controleerbaar maken. De wetenschap heeft daarmee veel ervaring opgedaan; ervaring die ook voor rapportages over beleid en praktijk bruikbaar is.

Een derde punt van aandacht is de *toegankelijkheid* van kennis. Het is begrijpelijk dat wetenschappelijke tijdschriften hun publicatieformule afstemmen op de normen die bij hun abonnees in academische kring gangbaar zijn. De *citation index* (een maat voor het aantal citaties dat een gemiddeld artikel in het betreffende tijdschrift behaalt) en de *impact factor* (het aantal maal dat een tijdschrift weer door anderen wordt geciteerd) zijn bepalend voor de status van het tijdschrift en dat bepaalt weer hoeveel academische credits de wetenschapper kan verzamelen door in dat tijdschrift een plek te verwerven. Daarom zijn zij niet primair geïnteresseerd in toegankelijkheid buiten het universitaire publicatiecir-

cuit. Subsidievoorwaarden voor onderzoek schenken steeds meer aandacht aan andere vormen van rapportage, bijvoorbeeld via publicaties en congressen van ZonMw.

Internet levert een belangrijke bijdrage aan de toegankelijkheid van kennis en maakt het mogelijk dat wetenschappelijke rapporten die in opdracht van organisaties als de Wereldbank, WHO, Unesco, OECD en dergelijke zijn gemaakt, voor iedereen beschikbaar zijn. Er zijn organisaties die zich toeleggen op het toegankelijk maken van dergelijke bronnen. Ook vergaderingen, meetings en conferenties zijn gelegenheden tot kennisuitwisseling.

BRONNEN

Bronnen van internationale informatie

- Worldbank www.worldbank.org
- WHO www.who.int/en
- OECD www.oecd.org/home
- UNESCO <http://portal.unesco.org>
- EU Volksgezondheid http://europa.eu.int/pol/health/index_nl.htm
- Centres for Health Evidence, Canada www.cche.net/che/home.asp
- Canadian Links www.chps.ualberta.ca/links/canada.htm
- Evidence for Policy and Practice Information (EPPI) Centre, Institute of Education, London, for health and education policy makers
<http://eppi.ioe.ac.uk/EPPIWeb/home.aspx>
- Eppli gezondheidsbevordering
<http://eppi.ioe.ac.uk/EPPIWeb/home.aspx?page=/hp/intro.htm>
- Evidence-Based Social Policy, UK www.evidencenetwork.org
- Health Development Agency www.hda-online.org.uk/html/research/index.html
- Cochrane Collaboration www.cochrane.nl/index.html
- CDC Health Promotion www.cdc.gov/node.do/id/0900f3ec80059b1a
- Agency Healthcare Research & Quality www.ahrq.gov
- Australian HP Centre www.achp.health.usyd.edu.au/resource/rsc_l.html
- Australian Links
www.health.vic.gov.au/healthpromotion/resources_links/index.htm
- The Communication Initiative www.comminit.com

7.2.3. Kennis wegen

‘Our many errors show that the practice of causal interference ... remains an art. Although to assist us, we have acquired analytical techniques, statistical methods and conventions and logical criteria, ultimately the conclusions we reach are a matter of judgement’

– *Susser*

Conclusies uit één onderzoek geven een aanwijzing, maar pas wanneer meerdere onderzoeken in dezelfde richting wijzen, ontstaat er een coherent beeld. Het systematisch verzamelen, beoordelen en synthetiseren van onderzoeken gebeurt in ‘reviews’. In de zeventiger jaren legden de sociale wetenschappen de basis voor de review-werk, vooral op het gebied van onderwijs en criminologie. Daarna nam die aanpak in de medische wereld een grote vlucht met de Cochrane samenwerking (Chalmers, 2002) (www.cochrane.nl/index.html). Op veel plaatsen in Nederland werken instellingen en professionals aan het houden van overzicht op de beschikbare kennis. Ieder gebruikt daarbij een eigen protocol. De voorgestelde standaardisatie via het *Referentiekader* en een daarvan af te leiden publicatierichtlijn zal een eerste aanzet zijn om betere reviews te maken.

Uitwisseling en stroomlijning van de onderzoeks- en reviewprotocollen is gewenst. Het zal tevens het wetenschappelijk debat voeden. Bij de protocolontwikkeling kunnen de principes van de Cochrane en Campbell collaborations (www.cochrane.nl/index.html, www.campbellcollaboration.org) richtinggevend zijn, mits uitgangspunten als participatie, equity en contextafhankelijke dynamiek hun plaats krijgen.

Er zijn voldoende voorbeelden van reviewprotocollen beschikbaar. Health Canada liet het Canadian Consortium for Health Promotion Research een review maken van zeventien synthesemethoden (2001). Ook de Health Development Agency UK gaf in 2002 een overzicht van de methodologische problemen. Het Europees project Getting Evidence into Practice analyseert en vergelijkt vijftien protocollen (NIGZ, 2005), om via consensus een Europees protocol op te stellen. Het NIGZ-protocol is daarvan een bouwsteen.

> Voorbeelden van reviewprotocols

- *Levels of Evidence and Grades of Recommendation*
www.cebm.net/levels_of_evidence.asp
- *Guidelines for reviewers of health promotion and public health interventions (draft).*
2004. www.vichealth.vic.gov.au/cochrane/activities/Guidelines%20for%20HPPH%20reviews.pdf
- *CRD: NHS Centre for Reviews and Dissemination. (Effective Health Care Bulletins).*
CRD Report Number 4: Undertaking systematic reviews of research on effectiveness.
CRD's guidance for those carrying out or commissioning reviews (2nd edition), 2001 www.york.ac.uk/inst/crd/index.htm.
- Jackson, S.F., Edwards, R.K., Kahan, B. & Goodstadt, M. (2001).
An Assessment of the Methods and Concepts Used to Synthesize the Evidence of Effectiveness in Health Promotion: A Review of 17 Initiatives.
Population and Public Health Branch, Health Canada
www.utoronto.ca/chp/CCHPR/synthesisfinalreport.pdf
- Voor een overzicht van de hele procedure bij de Health Development Agency in London zie:
Swann, C., Falce, C., Morgan, A., Kelly M. & Powell, G. (2004).
Process and Quality Standards Manual for Evidence Briefings, HDA London
www.hda-online.org.uk/evidence/ebmanual_pqs.html
- Voor het Europese protocol (juni 2005 gereed) uit het project *Getting Evidence into Practice* zie: www.nigz.nl/gettingevidence

De reviewproces kent vier stappen:

- het *formuleren* van de reviewvraag;
- het *verzamelen* van informatie door het bestuderen van publicaties en grijze literatuur en door het interviewen van relevante partijen;
- de *reviewen* in engere zin van de informatie;
- het *beoordelen*, synthetiseren van de inzichten en het formuleren van conclusies.

Vaak is dit een iteratief proces: gedurende de werkzaamheden treedt vaak precisering van de startvraag op.

Verzamelen

Bij het verzamelen is het gebruikelijk een beroep te doen op databanken die via internet te raadplegen zijn. Het vinden van grijze literatuur en het interviewen van betrokken personen kost meer moeite. Ook vraagt dat laatste om een interpretatie van de gegevens, omdat rapportagestandaarden ontbreken. Daarbij bieden de gebruikelijke criteria van kwalitatief onderzoek het meeste houvast.

Reviewen

Bij het doornemen van de afzonderlijke rapporten enzovoorts zijn zogenaamde 'levels of evidence' gebruikelijk. Die nemen meestal het studiedesign van een onderzoek als eerste criterium en hechten de meeste waarde aan een goed uitgevoerde RCT. Dat is zeker van belang als de review een vergelijking van de uitkomsten beoogt.

Zoals beschreven in het vorige hoofdstuk helpt het niet alleen om te begrijpen of een interventie werkt, maar ook *waarom* een interventie al dan niet werkt. Bij zo'n interpretatie van resultaten is het belangrijk verschil te maken tussen 'goede evidence van ineffectiviteit' en 'het niet aantonen van wél bestaande effectiviteit'. In het eerste geval deugt de interventie niet, in het tweede geval het onderzoek niet. Als er niets bekend is over de context, de kwaliteit van het organiseren, de stabiliteit en robuustheid in de uitvoering en over de relevantie en adequaatheid van de gekozen indicatoren, wordt het moeilijk om negatieve resultaten te duiden (Koelen e.a., 2003; Rychetnik e.a., 2002).

Bij het doorlichten van grijze literatuur en expert-opinions is het belangrijk vanuit verschillende perspectieven naar de beschikbare gegevens, methoden en bronnen te kijken. Ook verdient het aanbeveling om de verzamelde informatie met de betrokkenen door te nemen. Ieder van de partijen uit publiek, professionals of politiek brengt zijn eigen interpretatie en ervaring mee. Ook zullen zij resultaten van onderzoek en de interpretatie van die gegevens verschillend opvatten. Die verschillen kunnen te maken hebben met het verschil van positie; het kan er ook op wijzen dat de resultaten van het onderzoek niet eenduidig genoeg zijn om een dergelijke toets door meer partijen te doorstaan.

Beoordelen

Bij het afwegen van kennis is het vinden van 'best practices' vaak de opgave. Beleidsmakers hopen zo een klein maar degelijk repertoire van interventies vast te kunnen stellen, dat zich ook wat betreft tijd, geld en kwaliteit goed laat sturen. In de Verenigde Staten is het publiek wegens van de wetenschappelijke informatie door een groep onafhankelijke, externe deskundigen en het doen van aanbevelingen voor financiering een apart uitgewerkte stap. In het UK-protocol zijn onafhankelijke referenten en *peer-reviewing* van de uitkomsten geregeld.

Het boven beschreven verzamelen, reviewen en beoordelen resulteert in drie soorten aanbevelingen. Op de eerste plaats bieden gemaakte fouten of onduidelijkheden aanwijzingen voor innovaties en dus voor verder onderzoek. Leren van fouten of tegenvallers zou een systeem moeten worden, net zoals dat bij kwaliteitssystemen in het bedrijfsleven het geval is. Op de tweede plaats kunnen beleidsmakers hun keuzes laten sturen door dergelijke informatie. Op de derde plaats levert evidence aanbevelingen voor de praktijk, ook wel aangeduid als 'best practices'.

Voor de gezondheidsbevordering is het van belang een onderscheid te maken tussen twee vormen van 'best practices', te weten: 'best packages' en 'best principles'. Themaprojecten met voorlichtingsinterventies werken vaak vanuit 'packages', terwijl settingprojecten beter met 'best principles' uit de voeten kunnen.

'Best packages' baseren zich op conclusies uit onderzoeken met een sterke interne validiteit. Het is een kopieerbaar product of een interventieformule, waaraan hooguit kleine aanpassingen nodig en toegestaan zijn, maar grotere aanpassingen kunnen het effect wijzigen. Ze zijn te vergelijken met vaccinaties: ook daar is de werkzame component sterk gestandaardiseerd.

Als ze worden ingezet bij een homogene doelgroep op een zelfde thema, als de interventie herhaalbaar is vanuit een soortgelijke stabiele organisatie, als de middelen (deskundigheid, financiering, partners enzovoorts) en processen redelijk contextonafhankelijk zijn, dan maakt de interventie kans op succes, net als het prototype. Een protocol of een standaard voor het uitvoeringsproces trouw volgen, is daarbij een vereiste. Successen uit het verleden zijn hier dus een zekere garantie voor de toekomst.

Niet iedereen is zonder meer overtuigd van deze benadering. Melief (2003) spreekt van 'Aardige methoden verworden door klakkeloze toepassing tot panaceeconservatisme.'

'Best principles' zijn aan de orde als dergelijke standaardinterventies (klaar voor replicatie) niet gevonden worden. Denk aan situaties, waar participatie met veel lokaal gekleurde thema's en onder lokaal bijzondere omstandigheden aan de orde zijn. In die situaties kunnen reviews aangeven welke aandachtspunten of principes van belang zijn om de planning en de uitvoering te optimaliseren. Iedere implementatie van een soortgelijk proces is dan een re-innovatie, maar wel volgens bepaalde spelregels. Succes hangt af van toegepaste lessen over organisatie, van planning en van het benutten van kansen.

Instrumenten als de Preffi (www.preffi.nl) en een aanpak als 'intervention mapping' (www.interventionmapping.nl) geven aanwijzingen voor planning en bij-

sturen, laten zien hoe je creatief kunt omgaan met mogelijkheden. In Canada zijn soortgelijke checklists met professionele principes ontwikkeld door Kahan en Goodstadt (2001, www.bestpractices-healthpromotion.com). Zij leggen meer dan het Nederlandse model de nadruk op de onderbouwing van de activiteiten met behulp van:

1. de waarde en doelen van gezondheidsbevordering;
2. theorieën en overtuigingen;
3. evidence.

Ook Kahan en Goodstadt besteden aandacht aan de in- en externe omgeving, maar interpreteren die iets anders dan het begrip 'context' in het *Referentiekader*. Zij onderscheiden daarin factoren die betrekking hebben op gezondheid en de organisatie. Door die contextanalyse proberen zij specifiek aan te duiden wat onder bepaalde omstandigheden een relevante verandering is. Ook een handboek als *Health promotion planning* (Green & Kreuter, 2005) bevat dergelijke aanwijzingen.

In het eerder genoemde Europees project *Getting Evidence into Practice* zal een van de uitkomsten zijn: een Europese versie van de Preffi.

De gedetailleerde uitwerking van 'best principles' in checklists en guidelines kan resulteren in lange lijsten (zie bij voorbeeld www.bestpractices-healthpromotion.com/index.html). Die zijn geen substituut voor en kunnen niet gebruikt worden zonder voorafgaande professionele opleiding. In de praktijk blijkt dat professionals een enkele maal de volledige checklists gebruiken en dat zij vervolgens hoofdpunten deel maken van de routine van hun werkzaamheden. Zo verandert de expliciete kennis weer in impliciete kennis. Kwaliteitssystemen, zoals intervisie, kunnen ervoor zorgen dat de professional steeds de nieuwe principes benut.

Voorbeelden van NIGZ-reviews

Het NIGZ heeft een traditie in het opstellen van reviews, eerst vanuit het CRIM (Centrum voor Review en Implementatie), nu vanuit het Centrum Kennis en Kwaliteit. Het NIGZ maakt reviews op een gestandaardiseerde manier aan de hand van een reviewprotocol. Naast onderzoekspublicaties wordt bij de selectie en verwerking van informatie ook gebruikgemaakt van beleidsnota's, projectoverzichten, grijze literatuur en input van experts. Voor een overzicht zie bijlage 4.

De organisatie van het reviewproces

Losse onderzoeken vormen de bouwstenen; zij zijn hooguit eerste indicaties. Pas als meer onderzoeken samen met ervaringen uit praktijk en beleid in dezelfde

de richting wijzen en als dat via een afgewogen oordeel is vastgesteld, zou men van evidence moeten spreken (voorbeelden zijn: Jané-Llopis, 2002; IUHPE, 2000).

Het is van belang de interpretatie van de uitkomsten en de vertaling daarvan in aanbevelingen niet over te laten aan individuele reviewers, maar hiervoor een brede groep van in- en externe stakeholders verantwoordelijk te maken, zoals in de Verenigde Staten gebeurt. Bij de samenstelling van de groep kunnen de drie sectoren beleid, praktijk en onderzoek een plek krijgen. Publieke debatten en eigen beargumenteerde adviezen kunnen een belangrijke impuls geven aan (zelf)-kritiek op theorie, onderzoek, beleid en praktijk (zie ook EiHP, hoofdstuk 3).

7.2.4. *Kennis gebruiken*

The most savage controversies are those about matters as to which there is no good evidence either way.

– *Bertrand Russell*

Een review met gewogen evidence is geen recept met garantie. Het blijft belangrijk de praktische toepasbaarheid van de aanbevelingen in te schatten, zeker wanneer er weinig informatie is over de vereiste organisatorische input en de gunstige en bedreigende factoren in de context. Aanbevelingen voor gebruik zouden dan ook aandacht moeten besteden aan de mate waarin de voorgestelde aanpak in de huidige organisatorische mogelijkheden en financiering is in te passen. Ook is het belangrijk aan te geven waar de innovatie beter is dan de gangbare routines. Innovatie kan niet zonder het afschaffen van verouderde manieren van werken: innoveren is substitueren. Via een onderzoeksprogramma naar niet productieve routines ('bad practices'), is ruimte te vinden voor 'better practices'.

Kennisgebruik kan drie verschillende vormen aannemen:

1. aanwijzingen voor verder onderzoek;
2. groeiende professionele competentie;
3. verantwoorde beleidsvorming bij de beslissingen over prioriteiten en investeringen.

Afhankelijk van de opdrachtgever en de gebruiker zullen reviews het accent op het ene of het andere onderwerp leggen, maar het zou wenselijk zijn ze toch alledrie mee te nemen.

Verder onderzoek

Uit een review kunnen diverse voor onderzoek relevante signalen komen. Op de eerste plaats is de confrontatie van diverse bronnen vaak een aanleiding om vragen te stellen bij verklaringsmodellen en theorieën. Op de tweede plaats kunnen onderwerpen worden geïdentificeerd die voor verdere studie van belang zijn. Het hierboven genoemde substitutieonderzoek (wat zijn 'bad practices') behoort hiertoe. Op de derde plaats kan uit een review blijken welke onderzoekstechnische kwesties gevonden zijn en hoe daarop ingegaan kan worden.

Groeiende professionele competentie

Uitgangspunten, theorieën en werkwijzen van een professie worden veelal ondergebracht in identiteitsdocumenten, handboeken en checklists of kwaliteitsinstrumenten. Professionele profielen moeten worden aangescherpt, accrediterings- en certificeringscriteria herzien. Aanbevelingen uit reviews krijgen daarin na verloop van tijd een plaats.

Professionals zouden hun werk meer moeten inrichten als een-leven-lang-leren. Inbouwen van monitoring, van kwaliteit (EiHP, Ch 8) en van het leren gebruiken van kennisbronnen en het daaraan bijdragen vraagt een andere werkstijl, waarin innovatiebereidheid belangrijk is. De *practice-based evidence* is een voorwaarde voor een *evidence-based practice* (Van der Laan, 2003).

Opleidingsprogramma's kunnen tijdens de hele professionele carrière een bijdrage leveren aan de professionele competentie. Belangrijk is 'het leren' niet te beperken tot de formele onderwijssetting, maar via intervisie en coaching de voortdurende reflectie op de werkplek te integreren.

Verantwoorde beleidsvorming

Ook *beleidsmakers (managers)* hebben een aandeel in deze ontwikkeling. Een andere werkstijl in de praktijk, de rol van onderzoekers als deel van teams, en de inzet van grootschaliger en langduriger programma's vraagt van het management en het beleid een eigen bijdrage. Onder druk van politieke en publieke actualiteit worden vaak de meer eenvoudige vragen gesteld en snelle oplossingen gevraagd. Evidence geeft managers argumenten om de verhouding tussen investeringen en resultaten te bewaken. Zij zouden meer aandacht moeten krijgen voor de rol van kennis en kwaliteit. Dat leidt tot een verbouwing van de projectenportefeuille, tot andere eisen aan projecten en met name tot meer aandacht voor cijfers en zelfkritiek. In *benchmarking* zou het gebruiken van en het bijdragen aan kennis een apart punt van beoordeling moeten zijn.

Subsidiegevers en financiers kunnen dit in hun voorwaarden opnemen.

Over de relatie tussen beleid en evidence is veel geschreven (zie lijst op pag XX). Collega's in Canada vatten de stand over *evidence-based decision-making* in het algemeen als volgt samen:

- > • We have come a long way in increasing acceptance for evidence-based decision-making in healthcare management and policy. However, the terminology is being used differently between the communities of research and policy-making.
- There will probably never be total agreement between researchers and decision makers about what constitutes evidence. It may be more useful to look at evidence-based decision-making as a social process to develop a common understanding between the two communities.
- Participants at the foundation's workshop did identify four characteristics of the decision process they felt were essential to evidence-based decision-making: transparency; reliability; inclusiveness; and explicitness.
- Evidence is a lot more than research, and it includes a lot of contextual information. We should not look at evidence as a way to end today's healthcare debates, but rather as a way of raising the level of dialogue around important decisions. In this sense, evidence-informed decision-making may be a better term than evidence-based decision-making.
- Evidence-based decision-making is a value-laden process, as is the construction of the meaning of evidence. Recognizing the role that values play will lead to a greater level of transparency and understanding, helping to improve the quality of policy and management decisions.

Clements, D. (2004) WHAT COUNTS? *Interpreting evidence-based decision-making for management and policy*. Report of the 6th CHSRF Annual Invitational Workshop, Vancouver, British Columbia, March 11, 2004, Canadian Health Services Research Foundation.

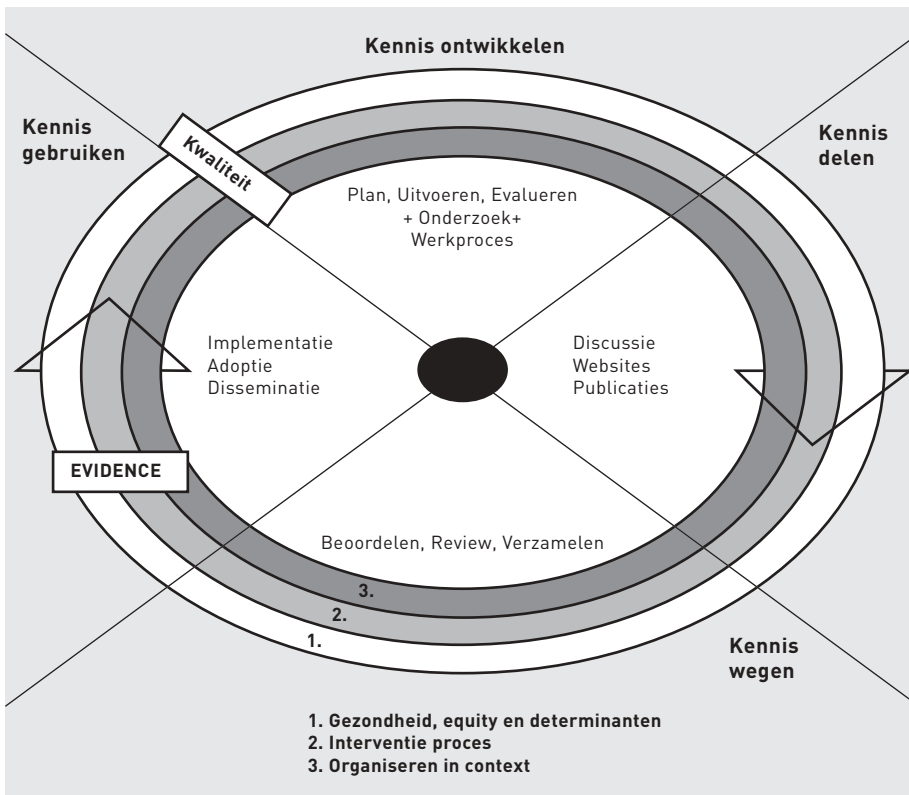
www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/2004_workshop_report_e.pdf

7.2.5. Tegen de stroom in

In de beschrijving hierboven is gekozen voor een logische volgorde: ontwikkelen, delen, wegen en gebruiken. In ieder van die vier processen kunnen barrières optreden en ook de schakeling naar de volgende stap kan op moeilijkheden stuiten.

Het kan instructief zijn de stroom tegendraads te onderzoeken: slecht gebruik kan ook te maken hebben met een slecht bruikbare uitkomst van het weegproces, die weer veroorzaakt is door eenzijdige input, die gekenmerkt is door eenzijdige rapportages. Dat is de situatie die tot voor kort in veel reviews gold. Diverse instellingen hebben dan ook het protocol van de review gewijzigd en

onderzoekers gevraagd om andere onderzoeksuitkomsten. Dat in de bespreking van het *Referentiekader* zoveel nadruk ligt op de drie kennisfacetten (organiseren in context, interventieprocessen en resultaten, heeft te maken met onze opvatting dat daardoor niet alleen de bruikbaarheid van reviews groter zal zijn, maar dat het de relevantie van kennis langs de hele kennis-cirkel zal vergroten. Onderstaande afbeelding benadrukt die drie stromen van kennis.



7.3 Versterking van de kenniscirkel

Evidence without capacity is an empty shell.

– *Mohan Singh*

De kenniscirkel is een instrument om sterke en zwakke plekken in het kennismanagement vast te stellen. Iedere professional en elk team kan met de kenniscirkel de eigen manier van omgaan met kennis over gezondheidsbevordering doorlichten en versterken. Paragraaf 7.3.1 geeft daarvan een illustratie. Vervolgens worden in paragraaf 7.3.2 aan de hand van de onderdelen van de kenniscirkel de adviezen aan instellingen en partijen geformuleerd.

'123'

Met de mantra '123' is een van de kernboodschappen van het Referentiekader samengevat. Waar in de tekst sprake is van '123', staat dat voor een standaard waarmee steeds volgens een vast patroon beschreven zijn:

- (1) context en organisatie;
- (2) interventieproces;
- (3) resultaten.

7.3.1. Lokaal gebruik van de kenniscirkel

Om hun beroep up-to-date uit te oefenen, moeten professionals hun kennis actief vernieuwen. Hierna volgt een checklist, gebaseerd op de kenniscirkel, waarmee een team het eigen kennismanagement kan beoordelen. Onderdelen van dat zelfbeoordelingsproces komen ook in kwaliteitssystemen aan de orde. Bij de uitwerking van de veldnormen voor de beroepsuitoefening van de NVPG zou dit kennismodel dan ook een behulpzame rol kunnen spelen.

Hoe deze vragen beantwoord worden, hangt onder andere samen met de omvang van de organisatie, bijvoorbeeld of een eigen bibliotheek beschikbaar is, of in de buurt een universiteitsbibliotheek toegankelijk is, et cetera. Het NIGZ biedt op een aantal punten ondersteuning en kan als kennispartner voor lokale teams en individuele werkers optreden. Zo stimuleert de elektronische nieuwsbrief SCAN (www.nigz.nl/actueel/index.cfm?code=854) het gebruik van beschikbare informatie en produceert het Centrum voor Kennis en Kwaliteit binnen het NIGZ regelmatig reviews. Ook draagt het NIGZ bij aan de verdere ontwikkeling en verspreiding van de Preffi en verzorgt het cursussen en con-

gessen, waaraan praktijkwerkers, onderzoekers en beleidsmakers een bijdrage leveren.

Op een aantal punten vraagt onderstaande checklist naar beschikbare tijd en geld. Daar ligt een taak voor managers en beleidsmakers. Voor hen is het vaak lastig tijd en geld vrij te maken voor intern gerichte activiteiten die niet rechtstreeks in productieve uren resulteren. Maar investeren in kennis en kwaliteit is juist bedoeld ter verhoging van de kwaliteit van de productie. Daarom is het aan te bevelen 10 procent van het afdelingsbudget voor dergelijke kennisprocessen (inclusief rapportages, scholing et cetera) te reserveren. Ervaring zal leren of dat volstaat.

Checklist kennismangement op teamniveau	
Vragen vooraf	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe formuleren wij uitgangspunten van ons werk? - Welke invulling geven wij aan het Referentiekader? - Welke disciplines dragen bij?
Kennis-ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> - Welke basiskennis is via vooropleidingen beschikbaar? - Wat is de top-drie van handboeken? - Beschikbare tijdschriften - Lijst van favoriete websites - Plan van competentieontwikkeling, voor bij- en nascholing - deelname aan conferenties - Tijd beschikbaar voor regelmatige update van kennis - Hoe ver gaan we in de analyse, gebruik van Preffi en intervention mapping? - Hoe gedetailleerd zijn plannen beschreven met '123'? - Documenteren van tussentijdse wijzigingen - Gebruik '123'-model van rapportage - Tijd en geld (overhead) daarvoor beschikbaar
Kennis delen	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe vaak publiceren we ervaringen? - Hoe volledig is ons werk in de QUI-database beschreven? - Aan hoeveel congressen leveren we een bijdrage? - Combineren we onze ervaringen met die van anderen? - Nodigen we teams uit die op vergelijkbare onderwerpen bezig zijn voor uitwisseling, voor intervisie? - Deeltijd en deelpremies zijn beschikbaar

Kennis wegen	<ul style="list-style-type: none"> - Zijn we vertegenwoordigd in het proces van kennis wegen? - Worden onze publicaties gebruikt? - Worden we geraadpleegd als expert? - Zijn we het eens met de criteria van verzameling, van weging? - Zijn we het eens met de afwegingen voor aanbevelingen? - Zijn die voor ons bruikbaar?
Kennis-gebruik 2	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe blijven we op de hoogte van nieuwe reviews? - Bespreken we de uitkomsten en de gevolgen voor ons werk? - Worden in aansturing en systemen de juiste veranderingen in de capaciteit voorzien?

7.3.2. Nationaal gebruik van de kenniscirkel

Over de stand van kennismanagement in gezondheidsbevordering is maar op onderdelen informatie beschikbaar. Onderzoeken onder de praktijkwerkers geven een indruk van voorkeuren en werkomstandigheden (Albada, 2002; Van der Poel e.a., 2004). De ontwikkeling en implementatie van de Preffi is van nabij met onderzoek gevolgd (Molleman, 2005). De RGO bracht onderzoek in public health in kaart en zette dat nadrukkelijk in het kader van de kennisinfrastructuur (RGO, 2003). Ook de verkenning van kennisgebruik bij beleidsmakers past in dit kader (Keijzers e.a., 2005).

In de voorgaande hoofdstukken zijn steeds samenvattingen en conclusies opgenomen voor de drie sectoren (onderzoek, beleid en praktijk). Deze paragraaf bouwt op die conclusies voort, zonder ze allemaal te herhalen.

Onderstaande aanbevelingen zijn niet gebaseerd op onderzoek naar het functioneren van het kennisstelsel voor gezondheidsbevordering als geheel. Ze sluiten wel aan bij de knelpunten die op de website brancherapporten van VWS (met inbegrip van 2006 de ZorgBalans) gesignaleerd worden:

> Veel maar soms ongelijksoortige informatie over preventie voorhanden

Er blijkt veel informatie beschikbaar te zijn over het preventieveld en preventieve interventies. Omdat het preventieveld zeer veel spelers en informatiebronnen

kent, zijn deze gegevens echter nog nauwelijks op elkaar afgestemd wat betreft gehanteerde definities en het aggregatieniveau van de beschikbare gegevens. Dit maakt het lastig om verschillende subsectoren binnen de preventiesector met elkaar te vergelijken. Verder zijn er enkele lacunes geconstateerd die voornamelijk liggen bij de informatiecategorieën 'gebruik en productie', 'financiering' en de 'kwaliteit en effectiviteit'.

www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o84n908.html

Beter 'kennis ontwikkelen'

Het startpunt van beleids-, onderzoeks- en praktijkontwikkeling is bestaand beleid, beschikbaar onderzoek en praktijkervaring, dus gebruik van kennis uit een eerdere fase. Het is een professionele basiscompetentie om in het *praktijkwerk* gebruik te maken van gewone onderzoeksinzichten en -technieken. Dergelijk ingebouwd of 'light onderzoek' waarvoor 10 procent van het budget apart gezet dient te zijn, garandeert het gebruik van 'best principles' (bijvoorbeeld via de Preffi 2.0), van recente 'evidence' en van eenvoudige (= 'light') manieren om organisatie, proces en uitkomsten te monitoren. *Praktijkwerkers* kunnen in overleg met onderzoekers daarvoor standaarden ontwikkelen en deze in beroepscompetenties en kwaliteitsnormen vastleggen. Het veronderstelt wel dat praktijkwerkers beter gebruikmaken van een referentiekader, zich meer cijferminded tonen en kritischer met hun werk omgaan.

Beleidsmakers geven met hun beleid de hoofdlijnen aan, scheppen daarvoor de voorwaarden en vragen rekenschap, bijvoorbeeld via kwaliteitssystemen.

Onderzoekers kunnen een grotere steun zijn voor de praktijk als zij meer onderzoek doen naar de processen bij interventies en naar de rol van de factoren 'organisatie' en 'context'. Daarbij is een beroep op een scala van andere wetenschappen zoals bedrijfskunde (vooral kwaliteit), economie, onderwijskunde, communicatieleer enzovoorts gewenst. Normen en richtlijnen voor 'light' onderzoek kunnen zij mee ontwikkelen en uittesten.

Dit betekent het volgende voor de partijen.

1. *Praktijkwerkers*, ongeacht of ze nu lokaal of nationaal werken, zijn er als professionals aan gehouden optimale kwaliteit te leveren en dus hun kennis optimaal te gebruiken en te delen. *Beroepsverenigingen* kunnen het beroepsprofiel doorlichten met de aanbevelingen van dit boek (cijfer-mindedness,

gebruik van kennis, '123' in plan en rapportage, kritische reflectie), kunnen 'light onderzoek' inbouwen in kwaliteitsnormen en deelname aan grootschalige onderzoeken stimuleren. Bij toekomstige onderzoeken naar het functioneren van de beroepsgroep zou de kenniscirkel behulpzaam kunnen zijn om de stand van kennismanagement in en door de beroepsgroep te analyseren. In het Verenigd Koninkrijk is een programma gestart om expliciet van de praktijk te leren, door de ervaringen expliciet te documenteren en met research evidence te combineren (HDA, 2004).

2. *Beleidsmakers (managers en eventueel koepels)* kunnen in hun personeelsbeleid en kwaliteitssystemen de eisen aan hun medewerkers op kennismanagement afstemmen. Zij kunnen vragen naar desk research voor de start van een project om optimaal kennisgebruik in te bouwen, ze kunnen toezien op het gebruik van 'light onderzoek' en deelname aan grotere onderzoeken stimuleren. Ze kunnen in het hele werkproces de '123'-aanpak stimuleren.
3. *Onderzoekers* bij universiteiten en andere onderzoeksinstituten kunnen bijdragen aan indicatoren en instrumenten, kunnen actief het *Referentiekader* gebruiken en in hun studieopzet en rapportage de drie typen kennis '123' opnemen. Ook zouden zij meer samenwerking moeten zoeken met andere wetenschappen, met name bedrijfswetenschappen.
4. *Beleidsmakers bij VWS en ZonMw* hebben al te kennen gegeven de invoering van een breder gebruik van het *Referentiekader* te steunen en zien het belang van een innovatief kennismanagement in. Zij kunnen landelijke instellingen als het RIVM en het NIGZ, evenals nationale koepels stimuleren om met de in dit boek bepleite uitgangspunten te werken. Binnen het NIGZ werkt het Centrum Kennis & Kwaliteit als stimulans voor de hele kenniscirkel via toegankelijke en bruikbare reviews, via het stimuleren van 'best principles' met de Preffi 2.0, waarin '123' al een plaats heeft. De uitwerking van 'light onderzoek' heeft al aandacht. In het convenant met de VNG en GGD-NL is samenwerking via langdurige contracten op lokaal niveau voorzien, waarbij de koppeling beleid-onderzoek-praktijk extra aandacht heeft.

Beter 'kennis delen'

Dit deel van de kenniscirkel is beschreven in drie delen: vertellen, volledig en toegankelijk. In de aanbevelingen worden alle partijen tot delen via vertellen en publiceren opgeroepen, maar bij de toegankelijkheid van kennis zijn specifieke rollen te verdelen.

1. *Alle professionals* zouden meer met hun ervaringen en inzichten moeten doen. Tenminste zouden zij eigen websites en databases (QUI) beschikbaar moeten stellen, verslagen schrijven en presenteren op congressen, van uitgebreide rapportages korte factsheets of brochures maken. *Beroepsverenigingen* zijn in staat via een registratiesysteem het publiceren en geven van voordrachten te honoreren, maar daarvoor zelf ook gelegenheden scheppen, bijvoorbeeld door regiobijeenkomsten, intervisie, et cetera.
2. *Onderzoekers* zullen van de gewenste variatie in onderzoek uitgebreider '123' verslag moeten doen, bij voorkeur ook langs andere kanalen dan wetenschappelijke publicaties. Inmiddels is er een koppeling tussen regionale en nationale registratie- en monitorsystemen in voorbereiding. Het is van belang bij de uitwerking van nieuwe registraties recht te doen aan de principes die in dit boek verwoord zijn: het opnemen van relevante interventieuitkomsten, van procesgegevens en van informatie over capaciteit en context. De volgende versies van VTV en brancherapporten bieden een goede gelegenheid om vanuit het *Referentiekader* enkele nieuwe accenten te leggen.
3. *Redacties* van elektronische en papieren tijdschriften kunnen bij de beoordeling van publicaties op het gebruik van het *Referentiekader* en brede rapportage ('123') letten. Door het inzetten van journalisten kunnen zij meer grijze literatuur en verhalen aan het licht brengen.
4. *Nationale organisaties* als GGD-NL, het Trimbosinstituut en het NIGZ kunnen alle publicaties toegankelijk maken via hun portals, bij voorkeur met een rapportagestandaard ('123'). De attendering via nieuwsbrieven als SCAN zal ook op andere sectoren en wetenschappen betrekking moeten krijgen. In de samenwerking rond de QUI-database is het uitbouwen met '123'-type projectregistratie gewenst, zeker als dergelijke data ook bouwstenen moeten zijn voor brancherapporten. Initiatieven als de prijs voor de Preffi, ter stimulering van het delen van een goed verhaal uit de praktijk, zijn een goede manier om het expliciteren van praktijkkennis te stimuleren.
5. *ZonMw en VWS* zouden onderzoek naar kennisinformatiestromen kunnen entameren en daarbij periodiek de volledigheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van kennis onder de loep kunnen nemen. Zij zouden uit de verdere ontwikkeling van het *Referentiekader* een standaard voor '123-rapportage' kunnen destilleren en deze in registraties en kwaliteitssystemen een plaats geven.

Beter 'kennis wegen'

Iedereen heeft een eigen manier voor het verzamelen, combineren en beoordelen van kennis. Ook individuele werkers gebruiken eigen bronnen en maken daarbij hun eigen afwegingen. Instituten als het NIGZ hebben een formele werkwijze bij het opstellen van reviews. Er is echter nog geen afstemming omtrent het protocol en de taakverdeling. Ook is de stap van review naar beleidsadvies nog niet in een apart publiek debat georganiseerd. Door deze stappen efficiënter in te richten is belangrijke winst voor het hele werkveld te realiseren. De uitkomsten van het Europees project *Getting Evidence into Practice* kunnen daarbij richtinggevend zijn.

In reviews moeten de drie kennisstromen aandacht krijgen, terwijl de uitkomsten zowel op beleid, praktijk als onderzoek gericht moeten zijn. In de uitkomsten is het onderscheid tussen 'best packages' en 'best principles' belangrijk.

1. *Professionals en beroepsverenigingen* kunnen op het reviewproces toezien, er als expert of beoordelaar aan meewerken en zo bijdragen aan een afgewogen beoordeling en het formuleren van (voor de praktijk bruikbare!) conclusies.
2. Voor *onderzoekers* zijn reviews van belang als impuls voor verder onderzoek. Ook kunnen zij een bijdrage leveren aan het formuleren van richtlijnen om informatie van ongelijksoortige herkomst, bijvoorbeeld uit andere wetenschappen of van expert-opinies, te combineren.
3. De *opstellers van reviews* zouden in hun werkproces beleidsmakers, onderzoekers en praktijkwerkers moeten betrekken, zeker wanneer het gaat om het beoordelen en gebruiksklaar maken van de uitkomsten. Dat formuleren van conclusies zou meer een publiek proces moeten zijn, waarin dan beleidsmakers op grond van de resultaten toezeggen de noodzakelijke herschikking van de capaciteit te regelen.
4. *VWS en ZonMw* zouden in het verlengde van hun eigen beleid op hoofdpunten periodiek reviews moeten (laten) samenstellen, om zo de kennisbasis voor alle betrokkenen te actualiseren. Daarmee zouden zij de reviewmachine een vaste basis geven, als vitale schakel in de kenniscirkel. De later te bespreken periodieke kennisaudit zou aanwijzingen moeten geven voor het reviewprogramma. Afstemming met de werkzaamheden in andere landen in Europa is gewenst, omdat reviewers vrij vaak uit dezelfde informatiebronnen putten.

Beter 'kennis gebruiken'

Hiermee wordt de cirkel gesloten: kennis als startkapitaal voor het volgende werkproces. Vandaar dat 'kennis' een prominente plaats heeft in de organisatiezone van het *Referentiekader*: zonder kennis wordt het amateurisme. Het bevorderen van kennisgebruik bij beleidsmakers, onderzoekers en professionals is een vorm van gedragsverandering. Dat moet net zo professioneel aangepakt worden als wat we zelf doen voor gezondheid. Dus de implementatie moet gericht zijn op alle partijen: op de individuele werker, op teams, op hoofden en managers, op financiers en beleidsmakers, op onderzoekers. Bovendien moet een steunende infrastructuur (ICT, opleidingen, informatiemakelaars) beschikbaar zijn om de 'evidence choice the easy choice' te maken. De kennis op het gebied van disseminatie, adoptie en gebruik is de laatste decennia sterk ontwikkeld, het is nu vooral een kwestie van het implementeren van die implementatie-know-how.

1. Voor *praktijkwerkers en beroepsverenigingen* zijn 'best principles' de impuls om hun werkstijl aan te passen. Ze horen een plaats te krijgen in kwaliteitssystemen. Vakbladen kunnen standaarden, richtlijnen en 'best practices' (= packages en principles) verspreiden. Door in registratie het gebruik te belonen, zullen de praktijkwerkers onderling kennis van de innovaties verspreiden en elkaar bij het gebruik ervan stimuleren.
2. *Managers en de koepels* zullen moeten toezien op het daadwerkelijk gebruik van 'best principles' en zullen 'bad principles' moeten ontmoedigen. Zij zullen er bij het overnemen van 'best packages' op moeten toezien dat de capaciteit daarvoor vrijgemaakt is. Zij zijn primair verantwoordelijk voor het beëindigen van bad-practices-activiteiten.
3. *Onderzoekers* kunnen het implementatieproces begeleiden en nagaan waar barrières optreden. Gezien de veelheid van onsamenhangende innovatie-impulsen op dit moment zouden zij ook over de keuzeargumenten nadere studie moeten doen: dat kan verspilling bij mislukte implementaties voorkomen.
4. *VWS en ZonMw* kunnen de uitkomsten van reviews een plaats geven in hun beleid, door er duidelijk aan te refereren. Tot nu toe is veel onderzoek gedaan naar de implementatie via de individuele werker. Het zou wenselijk zijn om een grootschaliger onderzoek te doen naar de rol die capaciteit en substitutie spelen en hoe beleidsmakers en financiers daarin hun verantwoordelijkheid kunnen nemen.



Samenvatting en conclusies over de kenniscyclus



Algemeen

1. Passend onderzoek tegen de achtergrond van het *Referentiekader* zal de kennis voor gezondheidsbevordering een belangrijke impuls geven. Ook de kennis en ervaring van beleidsmakers en praktijkwerkers moet toegankelijk zijn.
2. Kennis is een voorwaarde voor verantwoord werk.
3. Kennismanagement helpt ontwikkeling, delen, wegen en gebruik beter te organiseren.
4. In het managen van kennis hebben veel partijen een rol, de overheid (VWS) is samen met ZonMw verantwoordelijk voor de sturing.



Beleid

5. Managers moeten het werken met kennis hoger waarderen. Zij moeten het inbouwen in kwaliteitssystemen, 10 procent van het budget daarvoor opzij zetten, toezien op gebruik en delen, ook wat hun eigen kennis betreft.
6. In de organisatie moeten infrastructuur voor kennis beschikbaar zijn: daartoe behoren ICT, personeelsbeleid, bibliotheek en opleidingsbudgetten.
7. Bij de invoering van nieuwe 'packages' dient het duidelijk te zijn, hoe de voorwaarden daarvoor georganiseerd zijn (vergelijk kolom 1 van het *Referentiekader*). Innovatie vraagt substitutie: het vrijmaken van capaciteit, dan wel het uitbreiden van de mogelijkheden via bij voorbeeld fondsenwerving.



Onderzoek

8. Onderzoekers hebben niet het alleenrecht bij het ontwikkelen van kennis. Ook beleidsmakers en praktijkwerkers hebben relevante kennis. Onderzoekers kunnen behulpzaam zijn bij het expliciet maken van ervaringen en inzichten van beleidsmakers, bij voorbeeld met onderzoek naar het functioneren van de organisatie en de satisfactie van de betrokkenen.
9. Bij de opzet en uitvoering van onderzoek zal het gebruik van de '123'-formule bijdragen aan een beter beeld van de implementatievereisten en dus aan beter gebruik.
10. Voor routineactiviteiten in de praktijk zullen maatstaven voor 'light' onderzoek nodig zijn, teneinde '123'-monitoring mogelijk te maken.



Praktijk

11. Gezondheidsbevordering is een kennisintensieve bedrijfstak. Tot de professionele normen voor de praktijk hoort dan ook:
 - intensief gebruik van kennis;
 - een actieve bijdrage aan kennisontwikkeling (cijferminded, 'light' onderzoek vanzelfsprekend, meewerken aan grotere onderzoeksprojecten), aan kennis delen.
12. Via de beroepsvereniging dienen professionals zich in te zetten voor het goed wegen van kennis, voor een goed systeem van verspreiding en gebruik.
13. Kennismanagement dient in de kwaliteitssystemen en de beroepsdocumenten (beroepsprofiel en registratie) een prominente plaats te krijgen.

Hoofdstuk 8 De aanbevelingen

Dit boek is ontstaan uit de bezorgdheid dat de mogelijkheden van gezondheidsbevordering niet optimaal tot hun recht komen. Er is binnen het hele werkveld sprake van een versnippering in uitgangspunten, taal en concepten. Daarnaast past traditioneel onderzoek niet goed bij de praktijk van gezondheidsbevordering en is er nog te weinig merkbaar van gericht kennismanagement. In de voorafgaande hoofdstukken zijn deze knelpunten besproken en is in samenvattingen en conclusies de route naar mogelijke verbetering aangegeven.

In dit slothoofdstuk passeren nogmaals de vijf voornaamste boodschappen uit dit boek de revue en vergelijken we de aanbevelingen met die uit gelijksoortige publicaties. Tenslotte keren we terug naar de titel van het boek: Gezond effect bevorderen.

> *But generally evidence-based principles still need to be established for public health expenditure decisions. Although there is often evidence on the scientific justification for action and for some specific interventions, there is generally little evidence about the cost-effectiveness of public health and preventative policies or their practical implementation. Research in this area can be technically difficult and there is a lack of depth and expertise in the core disciplines. This, coupled with a lack of funding of public health intervention research and slower acceptance of economic perspectives within public health, all contribute to the dearth of evidence of cost-effectiveness.*

This has led to the introduction of a very wide range of initiatives, often with unclear objectives and little quantification of outcomes and it has meant it is difficult to sustain support for initiatives, even those which are successful.

It is evident that a great deal more discipline is needed to ensure problems are clearly identified and tackled, that the multiple solutions frequently needed are sensibly co-ordinated and that lessons are learnt which feed back directly into policy.

David Wanless (2004). *Securing good health for the whole population*. Her Majesty's Treasury UK.

www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm

8.1 Het *Referentiekader* heeft een meerjarenplan nodig

Some people like my advice so much that they frame it upon the wall instead of using it.

– *Gordon R. Dickson*

Werken met het *Referentiekader* maakt de planmatigheid van het werk zichtbaar en biedt een instrument om sturing op kwaliteit te garanderen. Om het gebruik op bredere schaal te stimuleren is een aantal stappen nodig:

1. Van het *Referentiekader* moeten volgende versies komen, met steeds betere operationalisatie van het begrippenkader, met indicatoren per cel en met meetinstrumenten om de situatie per variabele en van patronen van factoren vast te stellen. Door een toekomstige versie interactief op internet aan te bieden, is een koppeling naar bestaande datasets mogelijk, zijn koppelingen naar deel-modellen op de juiste plaats aan te brengen en kan benchmarking plaatsvinden.
2. Vooral in de opzet van grootschalige programma's is het gebruik van het *Referentiekader* als instrument om de strategie te ordenen aan te bevelen. Experimenten in een paar proefregio's kunnen bijdragen aan de bovenstaande uitwerking.
3. Vervolgens is expliciete consensus van opinieleiders op dit gebied noodzaak. Bijeenkomsten, publicaties en interviews met gebruikers kunnen dit proces ondersteunen. Inbouw van het *Referentiekader* als een standaard in kwaliteitssystemen, in beleidsnota's van nationale en lokale overheid, in VTV en in ZorgBalans zal de formele sanctionering van dit kader versterken, wat een voorwaarde is voor breed gebruik. VWS en ZonMw hebben in 2004 meteen al nadrukkelijk te kennen gegeven dat zij met dit instrument verder willen werken.
4. In opleidingen moet het gebruik van het *Referentiekader* gestimuleerd worden: docenten kunnen hun studenten leren hoe zij met eigen accenten en deelvaders om kunnen gaan. Universiteiten worden verzocht een actieve rol te vervullen bij de verbreding van het onderzoeksrepertoire tegen de achtergrond van dit kader.
5. In onderzoek moet de verantwoording van de interventieopzet ook tegen de achtergrond van het *Referentiekader* plaatsvinden. Ook bij een beoordeling

voor financiering, toekenning en rapportage is het bruikbaar. ZonMw maakt bij de feedback op projectvoorstellen al van dergelijke principes gebruik. Bij oproepen voor en keuze van projecten kan nadrukkelijk gewezen worden op de noodzaak van het gebruik van het Referentiekader, bijvoorbeeld:

- ga na wat de relatie tussen de interventie-uitkomsten en de determinanten van gezondheid is;
- geef aan welke andere wetenschappelijke disciplines opportuun zijn;
- stimuleer combinaties van interventies;
- leg veel meer nadruk op het rapporteren over de randvoorwaarden ('123').

ZonMw kan beoogde gebruikers zoals commissieleden, referenten en projectleiders een kennismakingscursus *Werken met het Referentiekader* aanbieden. Ervaringen met die cursussen zal weer bijdragen aan verbeterde versies.

Ten slotte: het gaat om een *Referentiekader*, een toetssteen waar andere 'logische modellen' tegenaan gehouden kunnen worden. Op de eerste plaats wil het gebruik van dergelijke modellen meer coherentie en transparantie bevorderen. Tegelijk is het een middel om te werken aan standaardisatie, om daardoor op termijn aan te kunnen geven welk rendement investeringen hebben, welk onderzoek noodzakelijk is, welke knelpunten bijsturing van beleid vragen. Op de derde plaats is het *Referentiekader* een impuls om vooral bij complexe interventies meer nadruk te leggen op 'theory-driven' evaluatie (Judge, 2001). Het *Referentiekader* kan op deze manier uitgroeien tot een standaard voor beleid, onderzoek en de beroepsuitoefening in de praktijk.

8.2 Regionale consortia als lokale kennismachines

De kennismachine draait niet vanzelf: kennis en kwaliteit vragen om gericht management. Nog steeds zijn er veel kortlopende projecten die worden uitgevoerd op een vrij kleine schaal, elk met een eigen taal, nauwelijks voldoende onderbouwd of geëvalueerd en daardoor met een zeer beperkt effect. Ook is het bestaan van sommige projecten nog onbekend en de toegankelijkheid van de lessen uit dergelijke projecten gering. Geleidelijk worden van grotere projecten de lessen goed gedeeld en gebruikt, dankzij de implementatie-inspanningen van ZonMw.

Sommige op zich begrijpelijke impulsen dragen bij aan de versnippering:

- territoriumdrift van organisaties en professionals;
- financiering van veelbelovende noviteiten los van bestaande kanalen;
- politieke druk om snel 'iets' aan een bepaald probleem te doen;

- afhankelijkheid van ‘derde geldstromen’;
- verdeling van budgetten over veel partijen resulterend in veel kleine investeringen.

Het nu volgende voorstel wil een aantal van die vaak onbedoelde incentives ombuigen. De kern van het voorstel is:

1. in plaats van veel kleine projecten een aantal zwaarder opgezette programma’s met een langere looptijd;
2. elk programma uitgevoerd door een *consortium*, een samenwerkingsverband waarin lokale uitvoerders, praktijkontwikkelaars, onderzoekers en beleidsinstanties participeren en waarbij de samenwerking met nationale ondersteunende instellingen geregeld is;
3. in het consortium zijn uitgangspunten, aanpak en werkwijze contractueel vastgelegd.

De consortia hebben als doel:

- de ontwikkeling en uitvoering van ‘best practices’;
- gesteund met en gevolgd door een brede variatie van onderzoek;
- met extra aandacht voor ‘context’, ‘organisatie’ en ‘werkprocessen’;
- met ingebouwde tijd en gelegenheid tot:
 - planontwikkeling met het *Referentiekader*,
 - uitwisseling met andere consortia,
 - bijsturen bij tegenslag of nieuwe kansen,
 - snelle overdracht van ervaringen, instrumenten en technieken,
 - het maken van voorbeelden van ‘123’-rapportages.

De consortia moeten zorgen voor voldoende kritische massa, voor een kwaliteitsdoorbraak en voor een versterking van de gezondheidsbevordering. Doordat partijen lokaal en nationaal volgens een contract samenwerken, is veel tijd-winst te boeken: de kennismachine draait sneller.

De consortiumformule

Een consortium gebruikt in een dergelijk contract de volgende elementen:

- een programma wordt gezamenlijk ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd;
- een programma kan meerdere deelprojecten omvatten;
- het programma past binnen zowel lokaal beleid als binnen de prioriteiten van VWS en ZonMw;
- een looptijd van tien jaar of meer met ingebouwde toetsings- en bijsturingsmomenten;
- bij de ontwikkeling van de plannen wordt een gezamenlijk werkmodel gebruikt met het Referentiekader als vertrekpunt;

- voor onderbouwing, procesbegeleiding en uitkomstbewaking worden brede researchplannen opgesteld, gebruikmakend van al bestaande en nog te ontwikkelen instrumenten, om de werking van de projecten in de beleidsomgeving en de praktijk kritisch te volgen en te optimaliseren;
- het team rapporteert op een gestandaardiseerde wijze met de '123-formule', waardoor een onderlinge vergelijking mogelijk is (benchmarking).

Samenvattend: consortia als georganiseerde lokale kennismachines	
Kennis ontwikkelen	Koppeling onderzoek en praktijk Meerjarig contract Gebruik van beste bronnen en planprocessen Ook aandacht voor context en organisatie
Kennis delen	Tussentijds ervaringen en instrumenten uitwisselen garandeert tussentijds optimaliseren van de interventie(s) Rapportage via publicaties en congressen
Kennis wegen	Ondersteunend team vergelijkt ontwikkelingen in teams en rapporteert op grote lijnen, ook voor derden Identificeert knelpunten, brengt deze ter discussie (wetenschappelijke forumfunctie)
Kennis gebruiken	Beleid: Lessen over organisatievoorwaarden geven richting aan beleid en investeringen Onderzoek: Lessen over onderzoek geven verbreding van onderzoeksrepertoire en standaardisatie van metingen Praktijk: Doorlichten van interventieprocessen geeft richting aan 'best practices'

De consortia wisselen onderling informatie uit en een nationaal ondersteunend team rapporteert de lessen en de uitkomsten van de benchmarking en gebruikt deze ook bij de verdere uitwerking van het *Referentiekader*. Dat maakt niet alleen de verschillen in resultaten, maar ook de oorzaken daarvan zichtbaar. Het gaat om demonstratieprojecten met de bedoeling om van iedere valkuil nadrukkelijk een leerpunt te maken.

Deze voorstellen passen goed bij de plannen voor de academische werkplaatsen, mits daarin de partners van gelijk gewicht zijn. 'Academisering' van de praktijk

en 'Vermaatschappelijking' van de academie hebben elkaar nodig (De Haes, 2002). Ook passen ze in de koppeling nationaal-lokaal zoals bepleit in de VWS-nota *Langer gezond leven* (2003), bij de adviezen in de RGO-studie en de voornemens van de VNG, GGD-NL en het NIGZ om in het kader van het door hen gesloten convenant te gaan werken met ontwikkelregio's.

8.3 Afstemming in de nationale ondersteuning

Via diverse initiatieven werken nationale *beleidsmakers* en instellingen aan een kennisinfrastructuur voor 'public health'. De aanzet daartoe is gegeven door een rapport van de Raad voor het Gezondheidsonderzoek (2003). In de nota *Langer gezond leven*' is deel 3 gewijd aan 'Het investeren in Kennis en Kwaliteit'.

De Raad concludeert in 2003 (net als wij) dat zowel investeren in onderzoek als het bevorderen van de toepassing van kennis noodzakelijk is om een krachtige kennisinfrastructuur voor de 'public health' te bereiken. De Raad doet daartoe de volgende aanbevelingen, waarbij we de nodige kanttekeningen plaatsen:

- > 1. Bundeling van onderzoek, in het bijzonder tussen (universitaire of buitenuniversitaire) onderzoeksgroepen en GGD'en of tussen universitaire en buitenuniversitaire groepen.
- Betere academische inbedding van 'public health': aan alle universitair-medische centra dienen vakgroepen en hoogleraren op het terrein van de 'public health' te zijn; er dient een potentieel aan goede public-health-onderzoekers opgebouwd te worden door middel van een opleidingsprogramma voor onderzoekers.'

Reactie: In de opleidingen zou meer aandacht voor gevarieerd onderzoek een plaats moeten krijgen, moeten onderzoekers worden voorbereid op hun rol als participierend onderzoeker en moet de koppeling met beleids- en praktijkvragen nadrukkelijker gelegd zijn.

'De inrichting en instandhouding van academische werkplaatsen voor sociale geneeskunde/public health is nodig om de aansluiting tussen praktijk, onderwijs en onderzoek te verbeteren. Voor de financiering hiervan zou de Rijksbijdrage aan de academische ziekenhuizen gebruikt moeten worden.'

Reactie: Wij spreken van consortia omdat academische werkplaatsen soms te veel door academische vraagstellingen en regels bepaald worden. Beter dan een aparte regeling is de 10 procent-clausule in ieder project of programma. Beide initiatieven tegelijk heeft de voorkeur.

2. De huidige financiering voor public health-onderzoek moet op peil gehouden worden. Bij bestaande onderzoekprogramma's (waaronder de programma's van het Regieorgaan Genomics) kan meer rekening gehouden worden met de behoefte aan public health-onderzoek. Voor de aanpak van bepaalde lacunes in het onderzoek, in het bijzonder determinanten- en interventieonderzoek, is een stimuleringsprogramma aangewezen, onder te brengen bij ZonMw maar met inbreng vanuit meerdere departementen.'

Reactie: Investeren in onderzoek kan ook door beleid en praktijk nauwer bij onderzoek te betrekken en zelf meer met 'light' vormen te laten werken. De 10 procent-norm is niet alleen onderzoeksgeld: het is vooral een bijdrage om aan de kenniscyclus deel te kunnen nemen. Die intersectorale inbreng zou juist voor gezondheidsbevordering van groot belang zijn. En hoe dan ook is via '123-rapportage' aandacht voor capaciteit en continuïteit van belang.

3. Efficiënter gebruik van (bestaande) registraties moet bevorderd worden. Voor secundaire gegevensanalyse in bestaande dataverzamelingen en voor het opzetten en instandhouden van cohortstudies dient een financieringsstructuur te komen.'

Reactie: Mogelijkheden van secundaire analyses van bestanden bij andere wetenschappen voor gezondheidsdoelen, zou een goede basis voor interdisciplinaire samenwerking kunnen zijn.

4. Public health dient een nadrukkelijke plaats te krijgen in de opleiding tot basisarts. Ook is een goed post-initieel opleidingsaanbod nodig voor 'instromers' van verschillende disciplines. De aansluiting tussen opleiding en onderzoek moet versterkt worden. Tevens zijn maatregelen nodig om te verzekeren dat van het opleidingsaanbod voldoende gebruik gemaakt wordt.'

Reactie: Het RGO-rapport beperkt zich veelal tot de sociale geneeskunde. Dit boek gaat over het werk van zo'n 1500 specialisten in gezondheidsbevordering. Die vorm van 'public health' is een interessant toepassingsgebied voor alle sociale wetenschappen. Het dient dan ook in meer opleidingen een plaats te krijgen. Het is goed dat de NPHF in 2004 een brede

beroepskrachtenstudie opkomt, waarin de diversiteit van vereiste wetenschappen en opleidingen zeker een thema zal moeten zijn.

5. Er is een programma nodig om het opstellen van systematische reviews, richtlijnen en standaarden te stimuleren. De implementatie van richtlijnen en standaarden vergt aparte aandacht. Meer mogelijkheden voor een landelijke regie van de implementatie van richtlijnen in de public-health-praktijk zijn gewenst.'

Reactie: Van harte mee eens. Bij die standaarden is een soort referentiekader een noodzaak om de andere richtlijnen te ordenen. Op het gebied van '123-inzet' en rapportage moeten ook nog afspraken gerealiseerd worden.

6. Bundeling van kennistransferactiviteiten is noodzakelijk. De verschillende initiatieven die hierop gericht zijn dienen goed op elkaar afgestemd te worden. De RGO stelt voor dat de betrokken partijen een invitational conference houden om overeenstemming te bereiken.'

Reactie: Na die conferentie heeft VWS aan de NPHF gevraagd een project Kennisstructuur Public Health in de werkplannen 2005-2008 mee te nemen. Dit project is inmiddels gestart: dit boek biedt daarvoor modellen en richting. Tussen de gezondheidsbevorderende instituten (GBI's) is in 2005 overleg over een kennisinfrastructuur in gang gezet op initiatief van het Trimbos-instituut.

In het voorafgaande hoofdstuk over de kenniscyclus zijn ook over de nationale infrastructuur opmerkingen gemaakt. In combinatie met bovenstaande opmerkingen geven ze het menu om de 'capacity-building' (vergelijk pagina x) voor gezondheidsbevordering vorm te geven. Voor de organisatie-ontwikkeling is al gewezen op de rol van consortia. Voor menskracht zijn diverse opleidingsinstituten verantwoordelijk, met daarin een speciale rol voor de NSPOH. Het loont de moeite om te kijken naar het Australische Public Health Education and Research Program (PHERP), omdat daarin al sinds 1987 via een netwerk van bestaande opleidingen de training van onderzoekers en praktijkwerkers gestimuleerd is. Voor de derde fase is € 28,5 miljoen beschikbaar (www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/pherp-about.htm). Het is een voorbeeld van hoe een combinatie van investeren en partnership de capaciteit sterk kan vergroten. In de Verenigde Staten is een wetsvoorstel ingediend, de Health Promotion FIRST Act (Funding Integrated Research, Synthesis and Training),

om \$ 800 miljoen voor vijf jaar voor versterking van gezondheidsbevordering te investeren (www.healthpromotionadvocates.org/hpradetail.htm). De nadruk in dat plan ligt meer op onderzoek en implementatie.

In Canada functioneert een netwerk van universitaire onderzoeksinstituten als partner van de nationale overheid en instellingen. Zij buigen zich ook over opleidingsvraagstukken (www.utoronto.ca/chp/CCHPR/index.htm)

In Nederland is het onderzoeks- en implementatie deel via ZonMw goed uitgewerkt, maar een uitbreiding naar een samenhangend kennissysteem is nog niet uitgewerkt. Dergelijke plannen zijn maar deels een vraag naar nieuwe investeringen in opleidingen en research. Het verleggen van accenten in de bestaande financiering is ook een goede mogelijkheid. Het advies om 10 procent van praktijkbudgetten te binden aan bepaalde spelregels om zo kennisuitwisseling te stimuleren is binnen de bestaande kaders te realiseren.

Samenvattend leidt dit tot de volgende tabel:

'Capacity-building' voor gezondheidsbevordering	
Organisatie-ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> - Regionale consortia - Nationale infrastructuur voor kenniscyclus
Menskracht	<ul style="list-style-type: none"> - Onderzoek naar trends in personeelsbehoeften - Opleidingsinfrastructuur - Specificatie competenties - Functie differentiatie en -substitutie
Investeren	<ul style="list-style-type: none"> - Reserveren van 10 procent van praktijkbudget voor kennis en onderzoek - Voortgaan met investeren via ZonMw in onderzoek - Investeren in de opleidingsinfrastructuur - Kenniscyclus faciliteren
Partnerships	<ul style="list-style-type: none"> - Afspraken over rol- en taakverdeling - Nationaal consortium of netwerk - Regelmatige uitwisseling
Leiderschap	<ul style="list-style-type: none"> - Regierol van VWS met ZonMw - Participatie in de kennisontwikkeling via een 'Raad van Toezicht' (zie hierna)

8.4 Een 'Raad van Toezicht' als 'borg' voor de kenniscirkel

Kennismanagement gebeurt niet spontaan, maar vraagt om sturing. In dit boek is kennismanagement op vijf niveaus aan de orde:

Individu en team	Kwaliteit van professioneel werk.
Consortia	Lokale/regionale samenwerking
Landelijke partijen	Voorwaarden voor kwaliteit via kennis realiseren
<i>Raad van Toezicht</i> of Borgcomité	Ontwikkelingen langs de hele kenniscyclus volgen en stimuleren, zonodig signaleren van knelpunten
VWS en ZonMw	Eindverantwoordelijke en regisseur van het kenniscyclus als geheel

Lokale teams en individuen kunnen de kwaliteit van het professionele werk vergroten. Hun management, koepel of beroepsvereniging kan daarbij een stimulator zijn. Elk consortium is een lokale kennismachine en onderdeel van het landelijke 'machinepark'. Op landelijk niveau ontplooiën veel partijen (als koepels, beroepsverenigingen en instellingen) acties om samen de kwaliteit van het werk te bevorderen. In voorgesprekken hebben vertegenwoordigers van die partijen aangegeven hoe zij hun aandeel in de nationale kennisontwikkeling willen versterken.

Kennis moet je 'organiseren', dus een regelmatig overzicht van de stand van zaken en een kritische bespreking daarvan zal een stimulator zijn voor dit losse netwerk van kennispartijen. Een 'Raad van Toezicht' of een 'Borgcomité' kan helpen te bewaken dat de 'kenniscirkel' van 'health promotion' in al zijn aspecten zich gunstig ontwikkelt en dat knelpunten worden opgelost.

Jaarlijks zouden er 'voortgangsrapporten' over één of meer aspecten van de kenniscirkel opgesteld moeten worden. Partijen die in de kenniscirkel een rol hebben, worden geïnterviewd over de inspanningen die zij leveren om de kenniscyclus beter te laten functioneren. Dat kan bijvoorbeeld door op het *Nationaal Congres Volksgezondheid*, het *NIGZ-Congres* of het congres *Kennis beter delen* periodiek een publieke hoorzitting te organiseren, waarin de 'raad' de resultaten van de rapportages en de bevraging toelicht en waarin de betrokken par-

tijen hun ervaringen, resultaten en voornemens rapporteren.

In de raad zouden gerespecteerde deskundigen zitting moeten nemen; VWS en ZonMw zijn als regisseurs van het kenniscyclus de voornaamste gebruikers van de adviezen van deze raad.

Met die stimulans willen we de kennismotor goed laten draaien. Zo willen wij de effectiviteit van gezondheidsbevordering in Nederland organiseren.

8.5 Vier uitdagingen voor verder onderzoek

Bij het afronden van dit boek bleek dat een viertal aspecten nog onderbelicht is, zowel in dit boek als in de Nederlandse onderzoeksliteratuur. Het gaat om beleid als object van onderzoek (8.5.1), om tijd (8.5.2), om geld (8.5.3) en om complexiteit (8.5.4).

8.5.1. Beleid

Het is opvallend dat er veel geschreven is over de koppeling tussen onderzoek en praktijk, maar dat de relatie tussen verschillende vormen van beleid en de professionele praktijk en ook de relatie tussen beleid en onderzoek onderbelicht is.

In het *Referentiekader* is beleid op meerdere plaatsen genoemd; het is een factor in het organiseren en het is een interventie-uitkomst. Beleidsmakers maken bij keuzes onder meer gebruik van onderzoeksuitkomsten: over deze 'evidence-based policy' zijn de nodige algemene inzichten beschikbaar (zie 3.2.1 op pag x).

Er is echter weinig onderzoek naar het functioneren van het beleid op het gebied van gezondheidsbevordering en van 'public health'. De Inspectie onderzocht de rol van gemeentebesturen in gezondheidsbeleid (1995), maar dat gaat weinig in op processen en factoren die in een wetenschappelijke studie aandacht krijgen. Ook de rekenkamer onderzoekt overheidsbeleid, bijvoorbeeld de sociaal-economische gezondheidsverschillen (2003). Ook dit is een beleidtoetsend en geen wetenschappelijke rapport.

Op inhoudelijk beleid is meer onderzoek gewenst. Op de eerste plaats verdient het proces van beleidvorming en uitvoering nader onderzoek. Beleidsmakers nemen besluiten deels op rationele gronden met gebruik van beschikbare gegevens. Inmiddels is wel duidelijk, dat veel beleid incrementeel (geleidelijk) tot stand komt, onder druk van partijen en dat daarbij van geordende stappen

meestal alleen op papier sprake is. Al is er in de politiek een roep om vooral 'evidence' te gebruiken, in de praktijk blijken beleidsmakers van diverse invloeden en kennisstromen gebruik te maken, waarbij vooral het eigen netwerk belangrijk is (Keijsers e.a., 2005).

Op de tweede plaats gaat het bij inhoudelijk beleid om beleidsevaluatie. In de ambtelijke organisatie is veel druk op verantwoording en transparantie, wat gepaard gaat met het ordenen van informatiestromen via registraties. Op die manier is het bereiken van doelen aantoonbaar. Over de keuze van de doelen, de indicatoren en de wijze van registreren zou nader onderzoek gewenst zijn. Zo is bekend dat bij het vaststellen van de Europese indicatoren voor 'health promotion' (Marshall e.a., 2004) vooral de beschikbare registraties belangrijk waren: niet 'wat willen we weten', maar 'wat weten we al' was de leidraad. Bij het opstellen van evaluaties is het interessant om terug te grijpen op het *Referentiekader*. Vooral het werken met afgesproken indicatoren voor het organiseren, voor het interventieproces en voor de interventieuitkomsten zal de stuurbaarheid vergroten.

Ook het voorwaardenscheppend beleid is nog niet goed in kaart gebracht en geanalyseerd. Het inrichten van nulde en eerste lijn, het opzetten van interventiesystemen en van kennissystemen is niet vaak object van onderzoek. Op welke gronden dergelijke keuzes tot stand komen, welke argumenten daarbij worden afgewogen en welke partijen welke rol spelen, zou beter in kaart moeten worden gebracht.

8.5.2. Geld

An investment in knowledge always pays the best interest.

– Benjamin Franklin

In het *Referentiekader* speelt geld expliciet een (kleine) rol: als investering in de kolom 'organiseren' en als een van de gevolgen van gezondheidswinst. Ook in 'de context' zijn economische factoren benoemd. Maar iedere stap of actie kost geld. Bij de roep om investeringen voor gezondheidsbevordering komt vaak de vraag naar de kosten-batenverhouding naar voren. Daarbij is een discussie over de discontering van de opbrengsten (gewonnen levensjaren) nodig, want nu leidt deze discontering voor investeringen die pas op lange termijn gezondheidswinst opleveren altijd tot een ongunstige uitkomst.

Als relatieve nieuwkomer moet dit werkveld concurreren met gevestigde structuren in de gezondheidszorg. Het NIGZ gebruikt als motto 'investeren in gezondheid' om de negatieve klank van 'kostenpost' te vervangen door een term die naar rendement verwijst. Dat is in lijn met de opvatting dat gezondheid ook een kapitaal goed ('public good') is.

> **Gezondheid als een kapitaal goed**

'Geld dat wordt uitgegeven aan gezondheidszorg is niet alleen een kostenpost: het levert ook wat op, namelijk gezondheid. Door zowel de kosten als de baten in beschouwing te nemen kan de besluitvorming over de gezondheidszorg worden verbeterd.

Net als een goede infrastructuur van wegen, net als technologie en net als onderwijs is gezondheid op te vatten als een kapitaal. Gezondheid is waardevol bezit waar we zuinig op moeten zijn en waar we wat voor over mogen en moeten hebben. Voor de derde wereldlanden wordt nu door de Wereldgezondheidsorganisatie gesteld: 'health is wealth' en 'wealth is health'. De rijkdom van een land hangt nauw samen met de gezondheid van haar bevolking. Maar dit geldt natuurlijk ook in Nederland. Het gezondheidskapitaal – dat zowel levensverwachting als kwaliteit van leven omvat – is heel goed te berekenen en vergroten van het gezondheidskapitaal zou centrale volksgezondheidsdoelstelling bij uitstek moeten worden.'

Van Lienden, H., Groot, W. & Brouwer, W. (2004) *Gezondheid: een kapitaal goed*. PH Forum. www.phforum.nl/artikelen.php4?artikel_id=143

Het onderzoek naar economische aspecten van gezondheidsbevordering vordert langzaam. De laatste jaren tonen overheden meer interesse voor dergelijke analyses. Rush e.a. (2004) vonden sinds 1990 vierhonderd evaluatiestudies in peer reviews en de grijze literatuur. Zij wijzen erop dat 90 procent biologische of gedragsdeterminanten bestudeert en dat bijvoorbeeld pleitbezorging of interventies op sociale en economische determinanten onvoldoende bestudeerd zijn.

Het is niet toevallig dat over gezondheidsbevordering op de werkplek veel economische analyses beschikbaar zijn (zie bijvoorbeeld www.rivm.nl/vtv/object_document/o2657n23192.html). Met het *Referentiekader* als werkmodel zouden analyses van investering en rendement mogelijk moeten zijn. Er zijn ook globale ramingen van kosten, nog zonder koppeling aan rendementen ([255](http://www.bran-</p></div><div data-bbox=)

cherapporten.minvws.nl/object_document/o108n212.html). Daar ligt nog een veld van studie braak. Maar de eerste aanzetten zijn beschikbaar (Ronkens e.a., 2001).

Wil de studie van geld in relatie tot gezondheidsbevordering voortgang vinden, dan zal een betere regie op en registratie van investeringen noodzakelijk zijn. Dat zou met een afspraak over budgetposten en wijze van boeken mogelijk zijn in projecten en bij overheidsinstellingen. Publieke organisaties houden dergelijke gegevens vaak achter omdat ze tot de bedrijfsgeheimen behoren.

8.5.3. Tijd

In de literatuur over gezondheidsbevordering zijn we de factor 'tijd' onvoldoende tegengekomen. Slechts weinig studies onderzoeken effecten over meerdere jaren (een voorbeeld is Schweinhart, 1993). Levensloop is vaker een indelingscriterium dan een studieterrein. Interventies vragen tijd en ook kennismanagement is tijdgebonden.

Tijd is een afwezige in de rapportages over interventies. Hooguit staan begin en eindtijd vermeld, maar de tijdsdynamiek blijft buiten beschouwing. Het is daardoor onvoldoende bekend:

- hoe lang het redelijkerwijs duurt om voor een bepaald interventiepakket de organisatorische basis te leggen;
- wat daarbij de rol is van seizoenen en vakantieperiodes (scholen hebben een eigen werkritme, waarin initiatieven van buiten slechts in een beperkt aantal weken welkom zijn);
- hoe lang het opstarten en uitvoeren van interventies kan duren;
- op welke termijn ze het eerste effect, en op welke termijn ze het meeste effect hebben, en vervolgens wanneer het effect uitdooft;
- hoe lang het duurt voordat interventie-uitkomsten in gezondheidsstatistieken zichtbaar zijn.

Voor een deel hangen deze tijden af van de aard van het thema: roken kent een ander tijds patroon dan bijvoorbeeld geslachtsziekten.

Op de tweede plaats zijn kennisprocessen tijdgebonden. In de traditionele R&D-cyclus was het tijdsverloop tussen het idee en het beschikbaar komen van overdraagbare resultaten vele jaren. Nu neemt de snelheid van maatschappelijke processen aldoor toe (Gleick, 1999). Dus als nu de resultaten beschikbaar zijn, is er in de samenleving vaak al zoveel veranderd dat het te betwijfelen is of de veronderstellingen waarop het project gestart was nog wel geldig zijn.

Bovendien moeten wij in gezondheidsbevordering vaak de infrastructuur eerst

opbouwen: netwerken opbouwen of vrijwilligers werven zijn vaak interventies die aan de andere interventies vooraf gaan. Als we dit vergelijken met het verspreiden van vaccinaties: daarbij is de benodigde infrastructuur (personeel, vaardigheden, financieringskanalen) meestal reeds in de organisaties aanwezig.

De nadruk op kennismanagement en de omschakeling van serieel naar parallel leren komt uit slechte ervaringen met de doorlooptijd van kennis voort.

Tenslotte is er weinig tijd voor terugkijken, om de historie van gezondheidsbevordering tegen het licht te houden en van vroegere ervaringen te leren. 'Without it, we are condemned to repeating ourselves' (Hernandez-Aguado, 2004). Ook het herhalen van onderzoek is niet populair: innovatiedwang is niet bepaald een stimulans voor continuïteit. Op al deze punten is nader onderzoek dringend gewenst. Ook in de '123-rapportages' verdient de factor 'tijd' een aparte paragraaf.

8.5.4. *Complexiteit en ecologie*

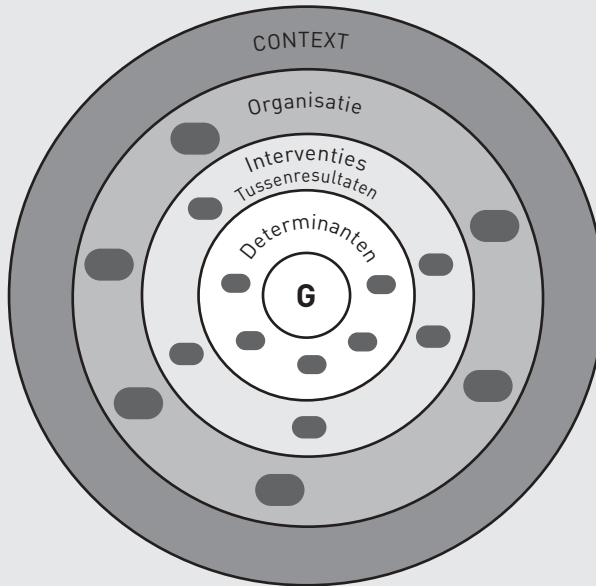
There are 'boxers' and 'clouders'. Boxers tend to isolate parts of the world and look at it box after box, one at a time. Clouders tend to link and combine everything with everything all the time.

– *David McQueen*

Bij de kenmerken van gezondheidsbevordering (zie 2.1.2 c, pagina x) is al aandacht gevraagd voor de complexiteit van gezondheidsbevordering. Na de formulering van de Ottawa Charter in 1986 is vanwege dat kenmerk door steeds meer publicaties de koppeling met ecologie gelegd. De term ecologie is afgeleid van het Griekse woord voor huis of plaats om te wonen (vergelijk het begrip setting). Het is in 1866 voor het eerst door Haeckel gebruikt voor de plantenwereld, maar is nu van toepassing op alle levende systemen. In de ecologische benadering is gezondheid 'the product of the continuous interaction and interdependence of the individual within his or her ecosphere: that is, the family, community, culture, societal structure, and physical environment' (Green & Raeburn, 1988, p. 154).

De genoemde factoren komen overeen met het *Referentiekader*, belangrijk zijn de woorden 'continuous interaction and interdependence'. Gezondheid is een resultante van een patroon van factoren. Vanuit die visie zou het *Referentiekader* er als volgt uit kunnen zien:

Het referentiekader als patroon van een krachtenveld



Tegelijk is gezondheid zelf ook deel van dat patroon. Vergelijk dat met de beschreven relatie armoede en gezondheid, die ook tweezijdig is.

Dit inzicht heeft drie gevolgen. Op de eerste plaats maakt het duidelijk dat eenvoudige ketens van een oorzaak met een gevolg eerder uitzondering dan regel zijn. Op de tweede plaats onderstreept het de noodzaak om bij de analyse en de planning steeds meerdere factoren en interventiemogelijkheden in aanmerking te nemen en te kijken hoe deze elkaar onderling beïnvloeden. Tenslotte vraagt het onderzoekers om ook ander ecologisch onderzoek te bestuderen, om te leren hoe patronen en interacties kunnen worden beschreven.

BRONNEN

Bronnen over ecologie en gezondheidsbevordering

- Green, L. & Raeburn, L. (1988) *Health promotion. What is it? What will it become?* Health Promotion 3:151-160.
- Hancock, T. (1993). *Health, human development and the community ecosystem: three ecological models.* Health Promotion International 8, 1, 41-47.

- Kickbusch, I. (1989). Approaches to an ecological base for public health. *Health Promotion* (4), 265-8.
- Labonte, R.N. (1991). Econology: Integrating health and sustainable development. Part One: Theory and background. *Health Promotion International* (6) 49-65.
- Labonte, R.N. (1991). Econology: Integrating health and sustainable development. Part Two: Guiding principles for decision-making. *Health Promotion International* (6) 147-156.
- McElroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly* (15) 351-377.
- Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H. & Green, L. (1996). Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* (10) 318-328.

De ecologische invalshoek heeft in de gezondheidsbevordering altijd al een grote rol gespeeld. De koppeling met zaken als globalisering, economie en milieu was daarbij steeds aan de orde. Hierboven staat een aantal publicaties om dat te illustreren.

In het wetenschappelijk onderzoek vanuit deze optiek is de term 'transdisciplinair onderzoek' gangbaar (Stokols, 2003; Higginbotham e.a., 2001; Morgan, 2004), omdat de term 'interdisciplinair' onderzoek suggereert dat met combineren van onderzoeken volstaan kan worden. Transdisciplinair onderzoek ver kent nieuwe uitgangspunten, technieken en onderzoeksnormen, die beter op een thema als gezondheid zijn toegesneden. Ook in Nederland is behoefte aan dergelijke teams.

8.6 Triangulatie van aanbevelingen

De aanbevelingen uit dit hoofdstuk staan niet op zich. In andere rapporten vonden we soortgelijke adviezen. Ter illustratie bespreken we drie voorbeelden. Op de eerste plaats het UK-rapport over *Public Health Intervention Research: The Evidence* (Millward e.a., 2001). Op de tweede plaats kijken we naar de aanbevelingen van het boek *Evaluation in Health Promotion* (2001), dat onze voornaamste inspiratiebron was. Ten slotte gaan we nogmaals in op ons pleidooi voor passend onderzoek aan de hand van het HDA-rapport *Evaluation of community-level interventions for health improvement: a review of the experience in the UK* (Hills, 2004).

Onderstaand als eerste de conclusies van het UK-rapport *The Evidence* (Millward, 2001).

> 6. Conclusion

This report has revealed that research that assesses the impact of specific interventions which might tackle inequalities is limited. Specifically, this report has revealed that;

- Not more than 0.4% of academic and research output from the bibliographic sources examined is relevant to public health intervention research.
- Whilst smaller review organisations (EPPI-Centre) produce more work relevant to the OHN public health promotion role, larger organisations (Cochrane) do not.
- Of the output from research organisations examined, between >0.1% and 6.1% is relevant to OHN public health intervention research.

The capacity to conduct intervention-orientated research appears therefore, to be underdeveloped. There may be several possible reasons. These reasons relate to five areas: complexity, methodology, timescale and return, structure and theory.

- **Complexity:** Complexity arises from several factors. The range of potential interventions embrace macro-economic as well as locally based small-scale community interventions. These also include alterations to service provision as well as activities to change behaviour. Whilst the nature of potential causes and effects are contingent upon the specific type of intervention, the task of understanding the nature of variables and cause and effect relationships across a multitude of varying discrete initiatives becomes complex.
- **Methodology:** That the public health community has been a little reluctant to settle for methodological pluralism also confounds the situation. There is a lack of consensus as to which techniques are best suited for intervention research which has tended to result in a polarisation of two positions, one of which supports the use of experimental and controlled type studies, the other which advocates qualitative techniques. The idea of hierarchies of evidences in different traditions has not been embraced.
- **Timescale and Return:** Policy makers may prioritise short term politically high profile effects rather than long term health gains. This may contribute to 'initiative overkill'. Long term health improvement trends and goals are neglected.

- **Structure:** There is no overall infrastructure to co-ordinate such research. Information is not centrally co-ordinated and assessed and there are relatively few syntheses that draw together original research that indicates success in reducing inequalities. Furthermore, there are few incentives for universities to engage in intervention orientated research. The HEFCE, CVCP and the Research Councils have evolved a system that unintentionally works against universities prioritising this type of research and the complexity and cost of intervention research does not lend itself to the quick return ethos promoted by the RAE. Furthermore, career structures tend to favour traditional epidemiology or medical sociology, rather than reward the kinds of endeavour required to conduct intervention research.
- **Theory:** Finally, there is debate about what constitutes acceptable evidence, whose definition should be employed and about whether the nature of outcomes should concern medical issues, physical disease issues or wider issues.

The following factors could serve as potential solutions and increase the capacity and profile for conducting intervention orientated research:

- Matching methods to purpose
- Ensuring interventions are commensurate with the scale of the project
- Conducting external comparative evaluations to assess effectiveness in the wider environment
- Further consideration of tiered intensity community interventions
- A research framework to lead development
- A National Public Health Database to highlight areas of duplication and measure the impact of policy in the short, medium and long term
- An infrastructure to embrace and co-ordinate the work of relevant parties, agencies and disciplines and to track multi-level interventions (This would also reduce respondent fatigue and allay potential contamination factors)
- To introduce incentives for universities to engage in intervention orientated research
- To translate conclusions into quality standards that can be monitored and assessed for long-term effects

Millward, L., Kelly, M. & Nutbeam, D. (2001) *Public Health Intervention Research: The Evidence*. Verenigd Koninkrijk: Health Development Agency.
www.hda.nhs.uk/evidence/phinterventionres_evid.pdf

Het is opvallend dat de conclusies veelal overeenkomen met de onze, al ligt het accent in dit rapport vooral op onderzoeksbeleid, waar wij de kennisontwikkeling bij alle drie de sectoren willen stimuleren.

De auteurs van het WHO-boek *Evaluation in Health Promotion* schreven eerder in hun rol als Europese WHO-werkgroep over evaluatie van gezondheidsbevordering (1998) ook een serie aanbevelingen. Zij vatten hun conclusies samen in deze tabel:

Conclusions	Recommendations to policy-makers
Those who have a direct interest in health promotion initiative should have the opportunity to participate in all stages of its planning and evaluation.	Encourage the adoption of participatory approaches to evaluation that provide meaningful opportunities for involvement by all of those with a direct interest in health promotion initiatives.
Adequate resources should be devoted to the evaluation of health promotion initiatives.	Require that a minimum of 10% of the total financial resources for a health promotion initiative be allocated to evaluation.
Health promotion initiatives should be evaluated in terms of their processes as well as their outcomes.	Ensure that a mixture of process and outcome information is used to evaluate all health promotion initiatives.
The use of randomized control trials to evaluate health promotion initiatives is, in most cases, inappropriate, misleading and unnecessarily expensive.	Support the use of multiple methods to evaluate health promotion initiatives. Support further research into the development of appropriate approaches to evaluating health promotion initiatives.
Expertise in the evaluation of health promotion initiatives needs to be developed and sustained.	Support the establishment of a training and education infrastructure to develop expertise in the evaluation of health promotion initiatives. Create and support opportunities for sharing information on evaluation methods used in health promotion through conferences, workshops, networks and other means.

Bij deze conclusies sluiten wij ons nauw aan, tot en met het percentage van het budget dat voor onderzoek en kennis gereserveerd moet zijn. Alleen splitsen wij nadrukkelijk de procesevaluatie in een deel voor 'context' en 'organiseren' en een deel voor het 'interventieproces'.

Tot slot een citaat uit een recent rapport van de Engelse collega's (2004):

- > During the early 1990s (pre-1997), evaluation of community-level interventions was largely influenced by three different traditions:
- **Experimental** and **quasi-experimental** designs
 - **Participatory methods** including empowerment, stakeholder, participatory and illuminative research strategies
 - **Multi-method strategies** that bring together a variety of research approaches, usually incorporating considerable use of qualitative data and process indicators.

Pluralistic evaluation and participatory and empowering evaluation strategies have been widely used in community-level interventions as a means of strengthening programme development, but often fail to generate generalisable results. Experimental and quasi-experimental approaches have occasionally been used, can be difficult to implement, and may be unpopular with programme participants.

The shortcomings of these approaches have been addressed by the development of new evaluation approaches, including:

- **Theory-based** and **realistic** evaluation strategies: these challenge the lack of attention to context, programme theory and the mechanisms of change in earlier experimental and quasi-experimental approaches
- **New evaluation frameworks**: these build on earlier multi-method approaches by providing frameworks that indicate different evaluation strategies at various stages, and at different levels, in a programme or project
- New thinking about the **nature of complexity** and adoption of **socio-ecological theoretical frameworks**: these are still at an early stage of development in terms of evaluation, and have yet to be developed into fully operational evaluation strategies
- Fresh thinking in the area of **indicators and outcome measures**: provides new ways of evaluating the structural changes that arise as a result of community-based projects
- Development of **new approaches to systematic reviews** that are less dependent on experimental and quasi-experimental designs.

Hills, D. (2004) *Evaluation of community-level interventions for health improvement: a review of experience in the UK*. Tavistock Institute.
www.hda.nhs.uk/Documents/community_review.pdf

Herkenbaar zijn de lijnen uit dit boek: gebruik van een *Referentiekader*, van diversiteit van onderzoek met aandacht voor complexiteit, nieuwe indicatoren en meetinstrumenten en ten slotte een andere wijze van kennis wegen.

8.7 Gezond effect bevorderen

In de titel van dit boek is de dubbele bodem duidelijk: in gezondheidsbevordering is het nodig om op een goede manier voortdurend aan de optimalisering van het effect van de interventies te werken. Dat kan binnen een programma of project als mensen bereid zijn te leren van ervaringen en daarop vervolgens bijsturen. Het kan als de drie sectoren onderzoek, praktijk en beleid zich 'gezond' tot elkaar verhouden. Met gebruik van de kenmerken van gezondheidsbevordering zijn de hoofdlijnen van die samenwerking op dit terrein samen te vatten:

1. De drie partijen zijn op elkaar aangewezen: ze zijn veroordeeld tot een *co-productie*. Via dit boek is gezocht naar de raakvlakken tussen de sectoren om via een vorm van ontwikkelingsproces in de 'professionele community' met respect voor diversiteit toch tot betere vormen van beleid, onderzoek en praktijk te komen.
2. Samenwerking vraagt om *communicatie*. Beleid, onderzoek en praktijk drie gedragen zich soms als drie 'stammen', elk met eigen rituelen, gewoontes en heilige boeken. Dat vraagt een interculturele communicatie: het *Referentiekader* fungeert daarbij als tolk. Het is belangrijk dat de discussie tussen die drie partijen voortgaat, dat het delen en gebruiken van kennis niet alleen via internet of publicaties verloopt, maar dat er meer momenten zijn van direct debat en confrontatie, van elkaar over en weer uitdagen en bevragen. Verschil van mening is vaak de motor voor reflectie en dus voor verdere ontwikkeling.
3. De *complexiteit van dit werkveld* zit niet alleen in het thema gezondheid, in de ecologische processen, maar zeker ook in de visies en theorieën die eraan ten grondslag liggen.

4. *Continuïteit van de kennisontwikkeling* vereist management, infrastructuur en competentie. Investeren in die kwaliteit legt de basis voor effectiviteit en efficiëntie.

Dit boek was geen handboek, maar een wegwijzer. Het Referentiekader is de kaart van de werkwereld, de kenniscirkel is meer de geologische kaart van de processen onder het oppervlak. In combinatie geven ze een beter beeld van de uitdagingen in dit werkveld. Wij nodigen u uit ze te gebruiken, ze te corrigeren en details toe te voegen om zo nog beter 'gezond effect te bevorderen'.

A book is a version of the world.

If you do not like it, ignore it; or offer your own version in return.

– *Salman Rushdie*

Bijlage 1 Waar te beginnen?

> Waar te beginnen?

Boeken

- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J. & Ziglio, E. (red.) (2001) *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. WHO Regional Publications. European Series, No 92. Kopenhagen: World Health Organization.
- Green, L.W. & Kreuter, M. (2005) *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*. Fourth Edition. McGraw-Hill.
- Tones, K. & Green, J. (2004) *Health Promotion: Planning and Strategies*. Londen: Sage.

Artikelen

- Nutbeam, D. (2001) Effective Health Promotion Programmes. In: Pencheon, D., Guest, C., Melzer, D. & Muir Gray, J.A.. *Oxford Handbook of Public Health Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Green, L. (2001) From Research to "Best Practices" in Other Settings and Populations. *American Journal of Health Behaviour* (2), 165-78.
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. & Shiell, A. (2002) Criteria for Evaluating Evidence in Public Health Interventions. *J. Epidemiol Community Health* (56) 119-27.

Auteurs

- I. Kickbusch
- M. Goodstadt
- L.W. Green
- D. McQueen
- D. Nutbeam
- P. Hawe
- K. Tones

Websites

- Gezond effect bevorderen: www.newhealthpromotion.nl
- NIGZ: www.nigz.nl
- The Communication Initiative: www.comminit.com
- HDA Resources and Links: www.hdaonline.org.uk/html/resources/links.html
- Evidence Network: www.evidencenetwork.org

- Contact met collega's wereldwijd:

www.asosh.org/WorldLinks/TopicSpecific/health_promotion.htm

Glossaries

- Nutbeam, D. (1998) *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization. www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
- Public Health electronic Library (PHeL) Glossary. Een verklarende woordenlijst van begrippen rond public health. www.phel.gov.uk/glossary/glossary.asp
- Rychetnik, L., Hawe, P., Waters, E., Barratt, A. & Frommer, M. (2004). A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health* (58) 538-45.
- Research Glossary for Consumers (Cochrane). Een gedetailleerde verklarende woordenlijst van termen uit onderzoek en statistiek, samengesteld door het Cochrane Consumer Network. www.cochrane.org/resources/glossary.htm

Bijlage 2 Literatuur

Just the knowledge that a good book is awaiting one at the end of a long day makes that day happier.

– Kathleen Norris

- Abma, T. (1996). *Responsief evalueren*. Delft.
- Abma, T.A. (2000). *Onderhandelend evalueren*, 'Fourth Generation Evaluation' van Egon Guba en Yvonna Lincoln.
www.bestuurskunde.nl/bestuurskunde/jg9/nr8/2000,12,9,8,4.php
- Abma, T. & Veld, R.J. in 't (red.) (2001). *Handboek beleidswetenschap*. Boom.
- Abma, T.A. (2001). Reflexive dialogues. A story about the development of injury prevention in two performing arts schools. *Evaluation* (7) 238-252.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Human Behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
[Over de Theory of Reasoned Action (TRA).]
- Albada, A. (2002). *Patiëntenvoorlichting onder de loep: een inventariserend onderzoek naar de stand van zaken van patiëntenvoorlichting anno 2002*. VPV.
- Albeda, W. (2003). *Verslag van de Commissie Sociaal Economische gezondheidsverschillen II* (SEGV II). Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland (ZON).
Beschikbaar via <http://w3.nigz.nl/docfiles/tekstrapportsegv2.pdf>
- Alder, K. (2002). *De maat van alle dingen*. Amsterdam: Anthos.
- Allinsky, S.D. (1971). *Rules for Radicals* (1th Edition). New York: Random House.
- Alting, D.E.M., Bouwens, J.G.M. & Keijsers, J.F.E.M. (2003). *Adviesdocument in het kader van het project Overzicht en advisering over onderzoeksmethoden en meetinstrumenten voor evaluatie van interventies die zijn opgezet vanuit de principes van de community benadering (Bijlage 1: Samenvatting en kernboodschap reviewstudie; Bijlage 2: Niveaus van uitkomsten van gezondheid)*. Woerden: NIGZ.
- Altman, D.G. et al. (2001). The Revised CONSORT Statement for Reporting Randomised Trials: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine* (134) 663-694.
www.consort-statement.org/explanation/newene.htm
- Antonovski, A. (1987). *Unravelling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Armstrong, D. (2003). *Outline of Sociology as Applied to Medicine*. Oxford: Oxford University Press.

- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association* (35) 216-224.
- Ashton, J. (red.) (1992). *Healthy cities*. Open University Press, Milton Keynes.
- AusGUIDE (2000). *Logical Framework Approach*. Australië: Ministry of Health. www.ausaid.gov.au/ausguide/ausguidelines/1.cfm
- Badura, B. & Kickbush, I. (red.) (1991). *Health promotion research. Towards a new social epidemiology*. Kopenhagen: WHO-EURO.
- Bamberger, M., Rugh, J., Church, M. & Fort, L. (2004). Shoestring Evaluation: Designing Impact Evaluations under Budget, Time and Data Constraints. *American Journal of Evaluation* (25) 5-37
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Barendsen, L. & Gardner, H. (2004). Is the Social Entrepreneur a New Type of Leader? *Leader to Leader* No. 34, Fall.
- Barnes, M., Matka, E. & Sullivan, H. (2003). Evidence, Understanding and Complexity. Evaluation in Non-Linear Systems. *Evaluation* (9) 265-284.
- Barnhoorn, H. & Walda, R. (1992). *De eerste lijn op spitzen*. Assen: Van Gorcum.
- Barrington, G.V. (1999). Empowerment Goes Large Scale: the Canada Prenatal Nutrition Experience. *The Canadian Journal of Program Evaluation, Special Issue*. 179-192.
- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G.J. & Gottlieb, N.H. (2001). *Intervention Mapping: Designing Theory- and Evidence-Based Health Promotion Programs*. New York: McGraw Hill.
- Baum, F. (2002). *The New Public Health (2nd edition)*. Victoria, Australië: Oxford University Press.
- Beattie, A. (1993). The Changing Boundaries of Health. In Beattie, A., Gott, M., Jones, L. & Sidell, M. (red). *Health and Wellbeing: a Reader*. Londen: Macmillan.
- Bell Woodard, G. et al. (2004). *Health Promotion Capacity Checklists: a Workbook for Individual, Organizational and Environmental Assessment*. Canada: Prairie Region HP Centre. University of Saskatchewan.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (1999). *What Keeps People Healthy? The Current State of Discussion and the Relevance of Antonovskys Salutogenetic Model of Health. Series Research and Practice of Health Promotion*. Keulen: Federal Centre for Health Education.
- Bennis, W., Parikh, J. & Lessem, R. (1996). *Beyond Leadership: Balancing Economics, Ethics and Ecology*. Cambridge, Massachusetts: Blackwell Business.
- Bennis, W.G. (1989). *On Becoming a Leader*. New York: Harper Row.

- Berkel, A. van, Hofman, K. et al. (2003). *Competentie-assessment*. Utrecht: Lemma.
- Berry, H. & Rickwood, D. (2000). *Measuring Social Capital at the Individual Level: Personal Social Capital, Values and Psychological Distress*. Int. J. of Mental Health Promotion (23) 35-44.
- Best, A., Stokols, D., Green, L.W., Leischouw, S., Holmes, B. & Bucholz, K. (2003). An Integrative Framework for Community Partnering to Translate Theory into Effective Health Promotion Strategy. *American Journal of Health Promotion* (18) 168-176.
- Bohlmeijer, E. & Cuijpers, P. (2001). *Tweede gids preventie psychische stoornissen en verslavingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Blommenstein, H.J. et al. (1984). *Handboek beleidsevaluatie, een multidisciplinaire benadering* Alphen aan den Rijn: Samson.
- Boekhoff, T. et al. (1998). *Kennis, een factor om te managen*. Amersfoort: Twijnstra Gudde Group.
- Bogaard, J. van den, et al. (2000). *Gezondheidskaart Bouwen en wonen*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.
- Bond, L., Thomas, L., Coffey C., Glover, S., Butler, H., Carlin, JB. en Patton, G. (2004). Long-term impact of the Gatehouse Project on cannabis use of 16-year-olds in Australia. *Journal of School Health*. (74) 23-29.
- Bond, L., Patton, G., Glover, S., Carlin, J., Butler, H., Thomas, L. & Bowes, G. (2004). The Gatehouse Project: can a multilevel school intervention affect emotional wellbeing and health risk behaviours? *J Epidemiol Community Health* (58) 997-1003.
- Boomsma, S. & Borrendam, A. van (2003). *Kwaliteit van dienstverlening. De integratie van dienstenmarketing, kwaliteit en management (4e druk)*. Deventer: Kluwer.
- Boot, J.M.D. (2001). *Inleiding in de medische sociologie (zevende, geheel herziene druk)*. Assen: Van Gorcum.
- Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bosma, M. & Hosman, C. (1990). *Preventie op waarde geschat. Een studie naar de beïnvloedbaarheid van psychische gezondheid*. Nijmegen: Bureau Beta.
- Bouman, M. (1999). *The Turtle and the Peacock: Collaboration for Prosocial Change: the Entertainment Strategy on Television* (proefschrift). Wageningen: Landbouw Universiteit.
- Bouter, L.M. & Dongen, M.C.J.M. van (1995). *Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie*. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bouwens, J. & Lucas Luijckx, N.B. (2003). *Alkmaarse jongens in balans, interventiekeuzes gericht op de energiebalans en psychisch evenwicht bij jongeren in Alkmaar* (review). Woerden: NIGZ.

- Bracht, N. (red.) (1999). *Health Promotion at the Community Level; New Advances. 2nd edition.* Thousand Oaks: Sage.
- Brug, J., Schaalma, H., Kok, G.J., Meertens, R.M. & Molen, H. T. v.d. (2000). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak.* Assen: Van Gorcum.
- Bryson, B. (2003). *A Short History of Nearly Everything.* Broadway Books. Random House Inc.
- Bunton, R. & Macdonald, G. (red.) (1992). *Health promotion. Disciplines and diversity.* Routledge: Londen
- Bussemaker, J. (2002). *Individualisering en sociale cohesie: een fundament voor sociale steun.* Wilhelmina Rouwenhorst lezing. TSG (80) 417-423.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A.L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. & Tyrer, P. (2000). Framework for Design and Evaluation of Complex Interventions to Improve Health. *British Medical Journal* (321) 694-696.
- Casti, J.L. *Introduction to Complex Systems.* Focus document op www.complexityscience.org/index.php
- Catford, J. (1997). Developing Leadership for Health: Our Biggest Blindspot. *Health Promotion International* (12):1.
- CDC (1999). *Framework for Program Evaluation in Public Health.* www.cdc.gov/eval/framework.htm
- CDC (1999). *An Ounce of Prevention... What are the Returns?* 2nd edition. Verenigde Staten: US Department of Health and Human Services.
- Chalmers, I. (2000). *Jerry Lee lecture 2000.* www.campbellcollaboration.org/archives/colloq-proceed/2003/pdf/jerry-lee-lecture-2003-ppt.pdf
- Chapman, S. (1998). *Over our Dead Bodies; Port Arthur and Australia's Fight for Gun Control.* Australië: Pluto Press.
- Chapman, L.S. (2003). *Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. The Art of Health Promotion* (6) 1-10.
- Clements, D. (2004). *WHAT COUNTS? Interpreting evidence-based decision-making for management and policy.* Report of the 6th CHSRF Annual Invitational Workshop. Canadian Health Services Research Foundation. Canada: Vancouver. www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/2004_workshop_report_e.pdf
- Cohen, S., Underwood, L.G. & Gottlieb, B.H. (2000). *Social Support Measurement and Intervention.* Oxford University Press.
- Coleman, James (1990). *Foundations of Social Theory.* Cambridge, Massachusetts: Belknap Press of Harvard University Press.
- Community toolbox. *Developing a Logic Model or Theory of Change.* http://ctb.ku.edu/tools/en/section_1877.htm

- Conger, J. & Kanungo, R. (1988). *The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice*. Academy of Management Review (13) 471-482.
- Altman, D.G. et al. (2001). The Revised CONCORD Statement for Reporting Randomised Trials: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine* (134) 663-694
- Crabtree, B.F. & Miller, W.L. (red.) (1999). *Doing Qualitative Research*. 2nd edition. Thousand Oaks: Sage.
- Crawford, R. (1977). You are Dangerous to Your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming. *Int. J. Health Services* (7) 663-680.
- Crawford, R. (1984). A Cultural Account of 'Health': Control, Release and the Social Body. In McKinlay, J.B. (red.) *Issues in the Political Economy of Health*. New York: Metheun-Tavistock.
- Curtice, L., Springett, J. & Kennedy, A. (2001). Evaluation in Urban Settings: the Challenge of Healthy Cities. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.). *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
- Davies, P. (2004). *Is Evidence-based Government Possible?* Jerry Lee lecture 2004. www.policyhub.gov.uk/home/JerryLeeLecture1202041.pdf
- Davies, J.K. & Kelly, M.P. (1993). *Healthy cities. Research and practice*. Londen: Routledge.
- Delden, P.J. van (1991). *Professionals, kwaliteit van het beroep*. Amsterdam: Veen/Contact.
- Delnoij, D.M.J., Ten Asbroek, A.H.A., Arah, O.A., Custers, T. & Klazinga, N.S. (2002). *Bakens zetten: naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Des Jarlais, D.C. et al. (2004). Improving the Reporting Quality of Non-randomized Evaluations of Behavioral and Public Health Interventions: The TREND Statement. *Am. J. Public Health* (94) 361-366.
- Dijkum, C. van & Tombe, D.J. de (red.) (1992). *Gamma Chaos. Onzekerheid en orde in de menswetenschappen*. Bloemendaal: Aramith uitgevers.
- Dixon-Woods, M., Agarwal, S., Young, B., Jones, D. & Sutton, A. (2004). *Integrative approaches to qualitative and quantitative evidence*, Londen: Health Development Agency.
- Doeleman, F. (1962). *Advies inzake Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding*. Den Haag: Centrale Raad voor de Volksgezondheid.
- Doelen, F. van der (1993). De gereedschapskist van de overheid: Een inventarisatie. In Lucht, F. van der & Jansen, J. (1999). *Beleidsafhankelijke determinanten van enkele belangrijke gezondheidsproblemen en bijbehorende beleidsactoren*. Bilthoven: RIVM.

- Donaldson, S.I. & Scriven, M. (2003). *Evaluating Social Programs and Problems*. Londen: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Donner, A. & Klar, N. (2004). Pitfalls of and Controversies in Cluster Randomised Trials. *Am Journal Public Health* (94) 416-422.
- Draaisma, D. (1990). *Het verborgen raderwerk; over tijd, machines en bewust-zijn*. Baarn: Ambo.
- Driel, W.G. van, Keijsers, J.F.E.M., Zaal, K. & Guttinger, V. (1994). *Effectiviteitsanalyse gvo/ggz-preventie interventies: ontwikkeling van een analyse-instrument*. Utrecht: Landelijk Centrum GVO (nu NIGZ).
- Drummond, M. (2002). *Economic Evaluation in Health Care. Merging Theory with Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Dugdill, L. & Springett, J. (2001). Evaluating Health Promotion Programmes in the Workplace. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Kopenhagen: WHO.

- Engel, P.G.H. (1995). *Facilitating Innovation. An Actor-Oriented and Participatory Methodology to Improve Innovative Social Practice in Agriculture*. Wageningen: Department of Communication and Innovation Studies.
- Estrella, M. & Gaventa, J. (1988). *Who Counts Reality? Participatory Monitoring and Evaluation: a literature review*. Institute of Development Studies . <http://server.ntd.co.uk/ids/bookshop/details.asp?id=421>
- European Commission (2001). *Manual project cycle management*. Duitsland: European Commission and PARTICIP GmbH. http://europa.eu.int/comm/europeaid/qsm/project_en.htm
- European Commission (2004). European Policy Health Impact Assessment Guide . www.ihia.org.uk/document/ephia.pdf

- Fawcett, S.B., Paine-Andrews, A., Francisco, V.T. et al. (2001). Evaluating Community Initiatives for Health and Development. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Kopenhagen: WHO.
- Federal Centre for Health Education (1999). *What Keeps People Healthy? The Current State of Discussion and the Relevance of Antonovsky's Salutogenetic Model of Health*. Keulen: FCHE.
- Fetterman, D.M. (1996). Empowerment Evaluation: an Introduction to Theory and Practice. In Fetterman, D.M., Kaftarian, S. & Wandersman, A. (red.) *Empowerment evaluation: knowledge and tools for self-assessment and accountability*. Thousand Oaks: Sage.
- Frankish, C.J. et al. (1996). *Health Impact Assessment as a Tool for Population and Public Policy*. Vancouver: Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia.

- Frankish, C.J., Green, L., Ratner, P.A., Chomik, T. & Larsen, C. (2001). Health Impact Assessment as a Tool for Health Promotion and Population Health. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
- Freimuth, V., Cole, G. & Kirby, S.D. (2001). Issues in Evaluating Mass-Media Health Communication Campaigns. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
- Frechtling, J. & Sharp, L. (1997). *User-Friendly Handbook for Mixed Method Evaluations*. National Science Foundation.
www.ehr.nsf.gov/EHR/REC/pubs/NSF97-153/start.htm
- Garretsen, H., Haes, W.F.M. de & Schrijvers, M. (red.) (1994). *Lokaal Gezondheidsbeleid*. Reeks Gezondheidsbeleid, deel 7. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Garretsen, H., Rodenburg, G., & Bongers, I. (2003) . *Evidence based werken in de welzijnssector*. Sociale Interventie (12) 30-35.
- Gendron, S. (2001). Transformative Alliance between Qualitative and Quantitative Approaches in Health Promotion Research. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
- GGD Rotterdam (1997). *Beyond RCT, Towards Evidence Based Public Health*. Verslag van een Expert Meeting gehouden op 13 februari 1997.
- Glanz, K. et al. (1997). *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Glasgow, R.E., Lichtenstein, E. & Marcus, A.C. (2003). Why Don't We See More Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy-Effectiveness Transition. *American Journal of Public Health* (93) 1261-1267.
- Gleick, J. (1988). *Chaos*. Middlesex, Engeland: Penguin Books.
- Gleick, J. (1999). *Faster*. Vancouver, Washington: Vintage Books.
- Godfrey, C. (2001). Economic Evaluation of Health Promotion. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
- Goodman, R.M. (1998). Principles and Tools for Evaluating Community-based Prevention and Health Promotion Programs. *Journal of Public Health Management Practice*. (4) 37-47.
- Goodstadt, M.S., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Rootman, I. & Springett, J. (2001). Evaluation in Health Promotion: Synthesis and Recommendations. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
- Grace, M. (2003). *The Etymology of Leadership*.
www.academy.umd.edu/ila/Publications/Proceedings/2003/mgrace.pdf

- Granner, M.L. & Sharpe, P.A. (2004). Evaluating Community Coalitions Characteristics and Functioning, a Summary of Measurement Tools. *Health Education Research* (19) 514-532.
- Gray, A. (2001). *From Profane Arithmetic to Sacred Geometry?* Third International, Interdisciplinary Evidence Based Policies and Indicator Systems Conference, Durham.
- Green, L.W. & Kreuter, M. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach, Fourth Edition*. New York: McGraw-Hill.
- Green, L. (2001). From Research to “Best Practices” in Other Settings and Populations. *American Journal of Health Behaviour* (2) 165-78.
- Green, L. & Raeburn, I. (1988). Health promotion: what is it? What will it become? *Health Promotion* (3):151.
- Green, L. (webpage). *Guidelines and Categories for Classifying Participatory Research Projects in Health Promotion*. <http://lgreen.net/guidelines.html>
- Greene, R. (1998). *De 48 wetten van de macht*. Amsterdam/Leuven: Meulenhoff/Kritak.
- Greene, J.C., Benjamin, L. & Goodyear, L. (2001). The Merits of Mixing Methods in Evaluation. *Evaluation* (7) 25-44.
- Green, L.W. & Raeburn, J.M. (1988). Health Promotion: What is it? What will it become? *Health Promotion* (3) 151-159.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Millbank Quarterly* (82).
- Grol, R. & Wensing, M. (red.) (2001). *Implementatie; effectieve verandering in patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Groot, A.D. de (1994). *Methodologie: grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. Assen: van Gorcum.
- Grossman, R. & Scala, K. (1993). *Health Promotion and Organisational Development: Developing Settings for Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Gunning-Schepers, L.J. & Jansen, J. (red.) (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. IV Effecten van preventie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Haes, W.F.M. de (1978). Effectiviteit van GVO. Samenvatting van het Rapport ‘Literatuurstudie naar de effecten van GVO. Bijlage 8 (p. 158-170). In Kommissie Nationaal Plan GVO. *Opzet en ontwikkeling van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding*. Staatsuitgeverij 's Gravenhage.
- Haes, W.F.M. de (red.) (2002). *Academisering en vermaatschappelijking, voordrachten bij het afscheid van prof.dr F.Sturmans*. GGD Rotterdam e.o.
- Voorham, A.J.J. (2002). Worstelen met wijkgericht werken (redactioneel). *TSG* (80) 415-416.

- Haes, W.F.M. de, Voorham, A.J.J. & Mackenbach, J.P. (2002). Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam (1) Opzet, uitgangspunten en beschrijving van het proces. *TSG* (80) 425-430.
- Haga, S., Khoury, B., Muin, J. & Wylie, B. (2003). Genomic Profiling to Promote a Healthy Lifestyle: Not Ready for Prime Time. *Nature Genetics* (34) 347-350.
- Hancock, T. (1993). Health, human development and the community ecosystem: three ecological models. *Health Promotion International* 8, 1, 41.
- Hancock, T. (1998). Caveat Partners: reflections on partnership with the private sector. *Health Promotion International* 13, 193-195.
- Hancock, T. (2001). People, partnerships and human progress: building community capital. *Health Promotion International* (16) 275-280.
- Harber Singer, H. & Crozier Kegler, M. (2004). Assessing Interorganizational Networks as a Dimension of Community Capacity: Illustrations From a Community Intervention to Prevent Lead Poisoning. *Health Education & Behavior* (31) 808-821.
- Hardjono, T. & Bakker, R. (2003). *Managen van processen identificeren, besturen, beheersen en vernieuwen*. Deventer: Kluwer.
- Handler, A., Issel, M. & Turnock B. (2001). A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System. *Am J of Public Health* (91) 1235-1239.
- Hawe, P., Shiell, A., Riley, T. & Gold, L. (2004). Methods for Exploring Implementation Variation and Local Context in a Cluster Randomised Community Intervention Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health* (58) 788-793.
- Hawe, P., Degeling, D. & Hall, J. (1990). *Evaluating Health Promotion. A Health Worker's Guide*. Londen: McLennan+Petty.
- Hawe, P., Noort, M., King, L. & Jordens, C. (1997). Multiplying Health Gains: the Critical Role of Capacity Building in Health Promotion. *Health Policy* (39) 29-42.
- Hawe, P., Noort, M., King, L. & Jordens, C. (2000). *Indicators to Help with Capacity Building in Health Promotion*. Sydney: New South Wales Health.
- Hawe, P. et al. (1998). Working Invisibly: Health Workers Talk about Capacity Building in Health Promotion. *Health Promotion International* (13) 285-295.
- HDA (2004). The learning from Effective Practice Standard System (LEPSS) www.phel.gov.uk/networking/showdev.asp?recordid=8
- Health Canada. *Social Capital as a Health Determinant. How is it Measured?* www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/wpapers/esocialmesure.html

- Health Canada (1979). *Social Capital as a Health Determinant. How is it Defined?*
www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/wpapers/engsocial2.html
- Hekkink, C. & Nijboer, C. (2004). *Meedoen, meewerken en meebeslissen. Participatie van ouderen bij gezondheidsbevorderingsprojecten*. Woerden: NIGZ.
- Hernandez-Aguado, A. & Ashton, J.A. (2004). Without it, we are condemned to repeating ourselves. *Journal of Epidemiology and Community Health* (58) 725-726.
- Higginbotham, N., Albrecht, G. & Connor, L. (red.) (2001). *Health Social Science: A Transdisciplinary and Complexity Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Hills, D. (2004). *Evaluation of community-level interventions for health improvement: a review of experience in the UK*. Tavistock Institute.
www.hda.nhs.uk/Documents/community_review.pdf
- Hills, M. et al. (2004). *Effectiveness of Community Initiatives to Promote Health: An Assessment Tool, Final Report March 31st*. Canadian Consortium for Health Promotion Research: 1-223. (Mimeo).
- Hofman, A., Grobbee, D.E., Lubsen, J. et al. (1996). *Klinische epidemiologie*. Utrecht: Bung.
- Michels, W. (2002). *Communicatie handboek*. Groningen: Wolters-Noordhoff
- Hommels, I. & Molleman, G. (2000). *Handleiding Preffi*. Woerden: NIGZ.
- Hulscher, M., Wensing, M. en Grol, R. (2000). *Effectieve Implementatie: Theorieën en Strategieën*. Den Haag: ZonMw.
- INK-model
www.elo.nl/elo/Images/Bijlage%20III%20Introductie%20INK_tcm70-24112.doc
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2000). *Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bij GGD's. Rapport van een Inspectieonderzoek*.
- Isaacs, D. & Fitzgerald, D. (2001). Seven Alternatives to Evidence-Based Medicine. *The Oncologist* (6) 390-391.
- Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, ET AL. & Becker, A.B. (1998). Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual Review of Public Health* (19) 173-202.
- IUHPE (Veen, C.A. et al.) (1994). *An instrument for analysing effectiveness studies on health promotion and health education*. International Union for Health Promotion and Education.
- IUHPE (2000). *Best practices, a selection of papers on quality and effectiveness in health promotion, presented at the 4th European conference on Effectiveness and Quality in Health promotion*. Helsinki/Tallinn.

- IUHPE (2000). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. (Part I: Core Document; Part II: Evidence Book)*. Parijs: IUHPE.
- Jakob, A. (2001). On the Triangulation of Quantitative and Qualitative Data in Typological Social Research: Reflections on a Typology of Conceptualising “Uncertainty” in the Context of Employment Biographies *Forum Qualitative Social Research* (2).
- Jané-Llopis, E. (2002). *What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programs*. Nijmegen.
- Jansen, J., Schuit, A.J. & Lucht, F. van der (2002). *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270555004*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jehoul-Gijsbers, G. (2004). *Een conceptuele en empirische verkenning*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Jonkers, R., Liedekerken, P.C., Haes, W.F.M. de, Kok, G.J. & Saan, J.A.M. (red.) (1988). *Effectiviteit van Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding*. Rijswijk: Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering.
- Judd, J., Frankish, C.J. & Moulton, G. (2001). Setting Standards in the Evaluation of Community-Based Health Promotion Programmes - a Unifying Approach. *Health Promotion International* (16) 367-380.
- Judge, K. & Bauld, L. (2001). Strong theory, flexible methods; evaluating complex community-based initiatives. *Critical Public Health* (1) 19-38.
- Juttman, R., Klasinga, N. & Mackenbach J. (2004). *Wetenschappelijk kwaliteit van het gezondheidszorgonderzoek*. Rotterdam: ErasmusMC.
- Kahan, B. & Goodstadt, M. (2001). The Interactive Domain Model of Best Practice in Health Promotion. *Health Education Practice*. (2) 43-67.
- Kanters, H.W. & Wieberdink, L.A.M. (1990). *Pretesten van schriftelijk voorlichtingsmateriaal: een handleiding voor de praktijk*. [Landelijk Centrum GVO] Assen: Van Gorcum/Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering.
- Keijsers, J.F.E.M. & Saan, J.A.M. (1998). The development of two instruments to measure the quality of health promotion interventions. In Davies, J.K. & Macdonalds, G.: *Quality, evidence and effectiveness in health promotion: striving for certainties*. Londen: Routledge.
- Keijsers, J.F.E.M. et al. (januari 2005). Review: *Kennis beter benutten, Informatiegedrag van nationale beleidsmakers*. Woerden: NIGZ.
www.nigz.nl/winkel/index.cfm?action=detail&pid=777&ShopID=&code=540&search=2&zoekstring=informatiegedrag

- Kelly, M., Swann, C. et al. (2002). *Methodological Problems in Constructing the Evidence Base in Public Health*. Londen: Health Development Agency. www.hda.nhs.uk/evidence/meth_problems.html
- Kickbusch, I. (1989). Approaches to an ecological base for public health. *Health Promotion* 4, 265-8.
- Kickbusch, I. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot. Int.* (16) 289-297.
- Kickbusch, I. (2003). Twenty-First Century Health Promotion: The Public Health Revolution Meets the Wellness Revolution (Editorial). *Health Promotion International* (18) 275-278.
- Kickbush, I. (1989). Good Planets are Hard to Find. *WHO Healthy Cities Papers No 5*. Kopenhagen: WHO.
- King, L., Hawe, P. & Wise, M. (1998). Making dissemination a two-way process. *Health promotion international* (13) 237-244.
- Kingdon, J. (1984). *Agendas, alternatives and public policies*. Boston: Little, Brown and Co.
- Klazinga, N.S. et al. (1997). Kwalitatief Onderzoek. *TSG* (75) 276-283.
- Kloek, G. (2004). *Improving health related behaviour in deprived neighbourhoods*. (Proefschrift). Erasmus Universiteit.
- Koelen, M.A. & Ban, A. van den (2004). *Health Education and Health Promotion*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers.
- Koelen, M.A., Vaandrager, L. & Colomar, C. (2002). Health Promotion Research: Dilemmas and Challenges. *J Epidemiology and Community Health* (55) 257-262.
- Kok, G.J. (2000). Kunnen biomedici wel gedragswetenschappelijk onderzoek beoordelen? *TSG* (78) 318-320.
- Kok, G.J. (1992). *Gezondheidsvoorlichting (serie voorlichtingskunde)*. Muiderberg.
- Kok, G.J. et al. (2000). Intervention Mapping: Een protocol voor het ontwikkelen van op theorie en onderzoek gebaseerde gezondheidsvoorlichting. *TSG* (78) 135-141.
- Kok, G. & Green, L. (1990). Research to support health promotion in practice: A plea for increased co-operation. *Health Promotion International* 5(4):303-308.
- Kok, H. & Dam, J. ten (2003). *Evaluatie Gelijke Gezondheid Gelijke Kansen*. Woerden: NIGZ.
- König-Zahn, C., Furer, J.W. & Tax, B. (1993). *Het meten van de gezondheidstoestand. Beschrijving en evaluatie van vragenlijsten. 1. Algemene gezondheid*. Assen: Van Gorcum.
- König-Zahn, C., Furer, J.W. & Tax, B. (1994). *Het meten van de gezondheidstoestand. Beschrijving en evaluatie van vragenlijsten. 2. Lichamelijke gezondheid; Sociale gezondheid*. Assen: Van Gorcum.

- Kornalijnslijper, N., Van Egten, CR. & Vos, W. (2003). *Gezondheid, milieu en gemeenten, Een onderzoek onder gemeenten naar de raakvlakken tussen gezondheid en milieu*. SGB0 (onderzoeksbureau van de VNG).
- Krabbe, P. (1998). *De waardering van gezondheidsuitkomsten. Een bijdrage tot de QALY benadering*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Kreuter, M.W., Lezin, N.A., Young, L. & Koplan, A.N. (2001). Social Capital: Evaluation Implications for Community Health Promotion. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. WHO.
- Kunst, A. & Mackenbach, J.P. *WHO 2000 – Measuring Socio Economic Inequalities in Health*. (Bevat glossary.)
- Kwan, B., Frankish, J., Quantz, D. & Flores, J. (2003). *A Synthesis Paper on the Conceptualization and Measurement of Community Capacity*. Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia.
www.ihpr.ubc.ca/pdfs/SynthesisPaper.pdf
- Laan, G. van der (2003). De professional als expert in practice-based evidence. *Sociale interventie* (4) 5-16.
- Labonte, R.N. (1991). Econology: Integrating health and sustainable development. Part One: Theory and background. *Health Promotion International* 6, 1, 49-65.
- Labonte, R.N. (1991). Econology: Integrating health and sustainable development. Part Two: Guiding principles for decision-making. *Health Promotion International* 6, 2, 147-156.
- Labonte, R.N. (1994). Health Promotion and Empowerment: Reflections on professional practice. *Health Education Quarterly* (21) 253-268.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Health Canada.
- Landelijk Steunpunt Vetc (2004). *Functieprofiel Voorlicht(st)er Eigen Taal en Cultuur (Vetc)*. Woerden: NIGZ.
- Laverack, G. & Labonte, R. (2000). A Planning Framework for Community Empowerment Goals within Health Promotion. *Health Policy and Planning* (15) 255-262.
- Leeuw, A.C.J. de (2000). *Bedrijfskundig management*. Assen: Van Gorcum.
- Leeuw, de E. (2001). Investigating Policy Networks for Health: Theory and Method in a Larger Organisation Perspective. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Kopenhagen: WHO 185-206.
- Leeuw, E. de (2001). Global and Local (Glocal) Health: the WHO Healthy Cities Programme. *Global Change and Human Health*. (2) 34-45.
- Leurs, M., Jansen, M. & Ruiter, M. (2002). Coordinated School Health Program: het 'Gezonde School Model' van de toekomst? *Tijdschr Gezondheidswet* 80: 471.

- Levin-Zamir, D. & Peterburg, Y. (2001). Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. *Health Promot. Int.* (16) 87-94.
- Lewin, K. (1947). Group Decision and Social Change. In Newcomb, T.M. & Hartley, E.L. *Readings in Social Psychology*. Henry Holt and Co.
- Lieber, F.W.J. *Evidence based of realistisch gezondheidsbeleid?* (Publicatie in voorbereiding.)
- Lin, V. & Gibson, B. (2003). *Evidence-Based Health Policy; Problems and Possibilities*. Oxford: Oxford University Press.
- Lipsey, M.W. & Cordray, D.S. (2000). Evaluation Methods for Social Intervention. *Annual Review of Psychology* (51) 345-375.
- Lucht, F. van der & Verkleij, H. (2002). *Gezondheid in de grote steden*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Maas, P.J. van der & Mackenbach, J.P. (red.) (1999). *Volksgesondheid en gezondheidszorg*. (2e, geheel herziene druk). Maarssen: Elsevier/Bunge.
- Mackenbach, J.P., Mheen, H. van de & Stronks, K. (1994). A Prospective Cohort Study Investigating the Explanation of Socio-Economic Inequalities in Health in the Netherlands. *Soc Sci Med* (38) 299-308.
- Mackenbach, J.P. (2003). *An epidemiological view*. Presentatie op de Conferentie NHP, 17.02.03.
- Mackenbach, J.P. & Maas, P.J. van der (red.) (2004). *Volksgesondheid en Gezondheidszorg, 2004*. 3e herziene druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Mackenbach, J.P. & Gunning-Schepers, L.J. (1997). How Should Interventions to Reduce Inequalities in Health be Evaluated? *J Epidemiol Community Health*. (51) 359-364.
- Maltrud, K. (2001). Qualitative Research: Standards, Challenges and Guidelines. *The Lancet* (358) 483-488.
- Maltrud, K., Polacsek, M. & Wallerstein, N. (1997). *Participatory Evaluation Workbook for Community Initiatives: Healthier Communities in New Mexico*. Self-published and distributed nationally.
- Markwell, S., Watson, J., Speller, V., Platt, S. & Younger, T. (2003). *The working partnership*. Londen: Health Development Agency.
www.hdaonline.org.uk/documents/working_partnership_1.pdf
- Marshall, M., Leatherman, S., Mattke, S. & Members of the OECD Health Promotion, Prevention and Primary Care Panel (2004). *Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care*. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
www.oecd.org/dataoecd/27/52/33865865.pdf
- Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek, praktijk en theorie*. Boom.

- Massey, A. (1999). Methodological Triangulation, Or How To Get Lost Without Being Found Out. In Massey, A. & Walford, G. (red.) Explorations in methodology. *Studies in Educational Ethnography*. (2)183-197
- Mastenbroek, W. (1997). *Verandermanagement*. Holland Business Publications.
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Educ Q.* (15):351-377.
- McQueen, D.V. (2000). Perspectives on Health Promotion: Theory, Evidence, Practice and Emergence of Complexity. *Health Promotion International* (15) 95-97.
- McQueen, D.V. (2002). The Evidence Debate. Evaluating Evidence for Public Health Interventions. *J. Epidemiol. Community Health* (56) 119-127.
- McQueen, D.V. & Anderson, L.M. (2001). What Counts as Evidence: Issues and Debates. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Kopenhagen: WHO.
- Mediator (maart 2001). *De les van Rotterdam*. Jg.12, nr. 2.
- Meertens, R., Schaalma, H., Brug, J. & Vries, N. de (2000). Determinanten van gedrag. In Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. & Molen, H.T. van der (red.). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Melief, W. (2003). Evidence based practice in sociale interventies. *Sociale interventie 2003* (4) 17-29.
- Mendes, R. & Akerman, M. (2002). Healthy Cities in Brazil (extract: The Challenge of Project Evaluation). In Naersen, T. van & Barten, F. *Healthy Cities in developing countries*. Nijmegen Studies in Development and Cultural Change (38).
- Mensah, G.A., Goodman, R.A., Zaza, S., Moulton, A.D., Kocher, P.L., Dietz, W.H. et al. (2004). *Law as a tool for preventing chronic diseases: expanding the spectrum of effective public health strategies*. *Prev Chronic Dis* [serial online]. www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03_0033.htm
- Merzel, C. & D’Affitti, J. (2003). Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance and Potential. *American Journal of Public Health* (93) 557-574.
- Michels, W. (2002) . *Communicatie handboek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Milio, N. (2001). Evaluation of Health Promotion Policies: Tracking a Moving Target. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Kopenhagen: WHO.
- Millward, L., Kelly, M. & Nutbeam, D. (2001). *Public Health Intervention Research: The Evidence*. HDA UK. www.hda.nhs.uk/evidence/phintervention-res_evid.pdf

- Minkler, M. & Wallerstein, N.(red.) (2003). *Community Based Participatory Research for Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mintzberg, H., Lampel, J. & Ahlstrand, B. (1999). *Op strategie-safari*. Schiedam: Scriptum.
- Mintzberg, H. (2003). *Organisatiestructuren*. Den Haag: Academic Service.
- Mittelmark, M. (2001). Investing In Communities: Principle, Panacea Or Placebo? *TSG* (8) 532.
- Molleman, G. et al. (2004). *De Preffi 2.0: systematische ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument voor gezondheidsbevordering*. Woerden: NIGZ.
- Monden, C.W.S. (2002). Beginnen en stopen met roken: de invloed van opleiding, ouders en partners in een gebeurtenissenanalyse. *Mens & Maatschappij* (77):4, 297-318. <http://spitswww.uvt.nl/~cmonden/monden%20mensmaatschappij%202002.pdf>
- Moody, R. & Hulme, A. (2004). *Hands-on Health Promotion*. Melbourne: IP Communications.
- Mootz, M. & Gunning-Schepers L. (red.) (1992). *Gezondheidsmeting. Reeks gezondheidbeleid*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Mootz, M. (1988). Health (promotion) indicators: realistic and unrealistic expectations. *Health Promotion. An International Journal* (3):1, 79.
- Morgan, G. (1992). *Beelden van Organisatie*. Schiedam: Scriptum.
- Morgan, G. (1993). *Imaginisatie*. Schiedam:Scriptum.
- Morgan, A. & Swann, C. (2004). *Social Capital for Health: Issues of Definition, Measurement and Links to Health*. Londen: Health Development Agency.
- Morgan, G.D., Kobus, K., Gerlach, K.K., Neighbors, C., Lerman, C., Abrams, D.B. & Rimer, B.K. (2004). Facilitating Transdisciplinary Research: The experience of the transdisciplinary tobacco use research centers. *Nicotine and Tobacco Research*. In voorbereiding.
- Morse, J.M., Swanson, J.M. & Kuzel, A.J. (2001). *The Nature of Qualitative Evidence*. Thousand Oaks: Sage.
- Murray, D.M. et al. (2004). Design and Analysis of Group Randomised Trials: a Review of Recent Methodological Developments. *Am Journal of Public Health* (94) 423-432.

- Naylor, P.J., Wharf-Higgins, J., Blair, L., Green, L. & O'Connor, B. (2002) . Evaluating the Participatory Process in a Community-Based Heart Health Project. *Soc Sci Med.* (55) 1173-87.
- NIGZ (2003). Overzicht websites Gezondheidsbevordering.
- NIGZ (2003). Achtergrondinformatie (Definitions - Textbooks - Websites - etc.)
- NIGZ (2005). *Europees project 'Getting Evidence into practice' 2005*. [Zie hoofdstuk 7.]

- Noack, H. (1988). Measuring health behaviour and health: towards new health promotion indicators. *Health Promotion. An International Journal* (3):1, 5-11.
- Noack, H. & McQueen, D.V. (1988) . Towards health promotion indicators. *Health Promotion. An International Journal* (3):1, 73-78.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1994). *A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation*. *Organizational Science* (5):1. [De kenniscreërende onderneming. Hoe Japanse bedrijven innovatieprocessen in gang zetten.]
- Norad (1999). *Handbook in Gender and Empowerment Assessment*. Oslo: Norad (Norwegian Agency for Development Cooperation).
- NPHP (2000). *A planning framework for public health practice*. www.nphp.gov.au/publications/phpractice/planfrwk.pdf
- NSW Health Department (2001). *A Framework for Building Capacity to Improve Health 2001*. Herziene uitgave van Capacity Building Framework (1997). Sydney: NSW Health Department.
- Nutbeam, D. (2001). Effective Health Promotion Programmes. In Pencheon, D., Guest, C., Melzer, D. & Muir Gray, J.A. *Oxford Handbook of Public Health Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Nutbeam, D. & Harris, E. (2004). *Theory in a Nutshell. A Practitioner's Guide to Commonly Used Theories and Models in Health Promotion*. National Centre for Health Promotion. McGraw-Hill Education.
- Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO. www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
- Nutbeam, D. (1999). The Challenge to Provide 'Evidence' in Health Promotion. (Editorial). *Health Promotion International*. (14) 99-101.
- Nutbeam, D. (2003). Getting 'evidence' into public health policy, and 'policy' into public health research. *TSG* (3) 155-159.
- Nutbeam, D. & Harris, E. (2004). *Theory in a Nutshell*. (2nd edition). University of Sydney: National Centre for Health Promotion.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating Health Promotion: Progress, Problems and Solutions. *Health Promotion International* (13) 27-44.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as Public Health Goal: Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International* (15) 259-267.
- Nutbeam, D. (2003) . *Getting 'evidence' into public health policy, and 'policy' into public health research*. Rede uitgesproken op 24 januari 2003 als Wilhelmina Rouwenhorst Lezing.
- NVPG (2002). Beroepsprofiel NVPG. www.nvpg.net/beroepsprofiel.html
- Nijboer, C. (december 2004). *Overgewicht*. Review én factsheet. Woerden: NIGZ.

- O'Fallon, L.R. et al. (2000). *Successful Models of Community Based Participatory Research*. National Institute of Environmental Health Studies.
- O'Neill, M., Carroll, S. & MacDonald, M. (2004). Canadian Consortium for Health Promotion Research: *Effectiveness of Community Initiatives to Promote Health: An Assessment Tool, Final Report March 31*.
- Oakley, P. (2001). *Evaluating Empowerment. Reviewing the Concept and Practice*. Oxford: INTRAC.
- Oers, J.A.M. van (2004). *Voorkomen kan beter. Op zoek naar nieuwe wegen in de openbare gezondheidszorg*. Inaugurale rede Universiteit van Tilburg.
- Øvretveit, J. (1998). *Evaluating Health Interventions: Introduction of Health Treatment, Service Policies and Organisational Interventions*. Buckingham: Open University Press.
- Ozminkowski, R.J. & Goetzel, R.Z. (2001). Getting Closer to the Truth: Overcoming Research Challenges when Estimating the Financial Impact of Worksite Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion* (15) 289-295.

- Parish, R. (2001). Health promotion: towards a quality assurance framework. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
- Parsons, C. & Stears, D. (2002). Evaluating Health-Promoting Schools: Steps to Success. *Health Education* (102) 7-15.
- Pawson, R. (2002). Evidence Based Policy:1. In Search of a Method. *Evaluation* (8) 157-181.
- Pawson, R. (2002). Evidence Based Policy: 2. The promise of 'Realist Synthesis' *Evaluation* (8) 340-358.
- Pelmar, T.C., Brandt Jr, E.N. & Braid, M.A. (2002) The interplay of biological, behavioral and social influences: Summary of an Institute of Medicine report. *Am. J Health promotion* (16) 206-219.
Zie ook www.iom.edu/report.asp?id=5444
- Pennis, M., Koornstra, A. et al. (2004). *Instrumenten voor integraal gezondheidsbeleid*. VNG en GGD NL.
- Pentz, M.A. (2004). Form Follows Function: Design for Prevention Effectiveness and Diffusion Research. *Prevention Science* (5) 23-29.
- Peters, L. (2001). *De Netwerkenadering*. Review. Woerden: NIGZ.
- Poel, F. van der, Waisvisz, F. & Molleman, G. (2004) . *Trendonderzoek gezondheidsbevordering en preventie 2004. Gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers en de uitoefening van hun vak*. Woerden: NIGZ.
- Pos, S. & Bouwens, J. (2004). *Preventie van hart- en vaatziekten bij jong volwassene van 20 tot 40 jaar*. Review. Woerden: NIGZ.
- Pos, S. & Hekkink, C. (2004). *Gezonde Start. Gezondheidsbevordering bij kinderen in achterstandssituaties*. Review. Woerden: NIGZ.

- Pos, S. & Hekkink, C. (2004). *Determinanten van alcoholgebruik bij volwassenen*. Review. Woerden: NIGZ.
- Potvin, L., Haddad, S. & Frohlich, K.L. (2001). Beyond Process and Outcome Evaluation: a Comprehensive Approach for Evaluating Health Promotion Programmes. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.). *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
- Potvin, L. & Richard, L. (2001). Evaluating Community Health Promotion Programmes. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.). *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
- Prochaska, J. et al. (1997). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In Glanz, K. et al. *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*.
- Public Health Agency of Canada (1999). *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.

- QUI-databank. www.quidatabank.nl/kr_nigz
- Quin Patton, M. (1999). Enhancing the Quality and Credibility of Qualitative Analysis. *Health Services Research* (34): 5, Part II.

- Raphael, D. (2001). Evaluation of Quality-of-life Initiatives in Health Promotion. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.). *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
- Raphael, D., Steinmetz, B., Renwick, R., Rootman, I., Brown, H. et al. (1999). The Community Quality of Life Project: a Health Promotion Approach to Understanding Communities. *Health Promotion International* (3) 197-210.
- Ravensbergen, J., Friele, R., Keijsers, J., Wensing, M. & Klazinga, N. (red.) (2003). *In zicht, nieuwe wegen voor implementatie*. Assen: Van Gorcum.
- Regt, W. de & Splunteren, P. van (red.) (2001). *Beter zo! Praktijkgevallen van inventieve innovatie*. Assen: Van Gorcum.
- RGO (2003). *Advies Kennisinfrastructuur Public Health: Kennisverwerving en kennisoepassing*. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek.
- Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H. & Green, L.W. (1996). Assessment of the Integration of the Ecological Approach in Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion* (10) 318-328.
- Rijke, R. (2001). *Op zoek naar gezondheid*. Lemniscaat.
- RIVM . www.nationaalkompas.nl
- RIVM (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002*.

- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of Innovations*. 5th edition. New York: The Free Press.
- Rolies, J. (red.) (1988). *De gezonde burger. Gezondheid als norm*, Nijmegen
- Ronda, G. (2003). *The Dutch heart health community intervention 'Hartslag Limburg'. An evaluation*. Proefschrift Universiteit Maastricht.
- Rondeel, M. & Wagenaar, S. (2002). *Kennis maken: leren in gezelschap*. Schiedam: Scriptum.
- Ronckers, S., Ament, A., Steenbakkers., M. & Ruland, E. (2001). De kosten van het communityproject Hartslag Limburg. *GGD Nieuws* (9) 27-32.
- Rootman et al. (1997). Continuous quality improvement in health promotion: some preliminary thoughts from Canada. *Promot Educ.* 4(2):23-5.
- Rootman, I., Goodstadt, M. Hyndman, B., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J. & Ziglio, E. (red.) (2001). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. WHO Regional Publications. European Series, No 92. Copenhagen: World Health Organization.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L. & Springett, J. (2001). A Framework for Health Promotion Evaluation. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
- Rosendaal, F.R. & Bouter, L.M. (2002). Dwalingen in de methodologie. Deel XXXIX (slot): *De Ultieme Waarheid. Ned Tijdschr Geneesk.* (146) 304-309.
- Rossi, P.H., Freeman, H.E. & Linsey, M.W. (1999). *Evaluation, a Systematic Approach*. (6th Ed.) Londen/Thousand Oakes: Sage.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1998). *Successful Aging*. New York: Pantheon Books.
- Rouwenhorst, W. (1981). *Om onze gezondheid, de rol van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)*. Aphen aan den Rijn: Samson.
- RTI International (2004). Community based participatory research, assessing the evidence. *Evidence Report/Technology Assessment* 99.
- Ruland, E., Raak, E. van, Spreeuwenberg, C. en Ree, J. van (2003). Managing New Public Health: hoe zijn blijvende preventieve samenwerkingsverbanden te realiseren? Een agenda voor actie en onderzoek. *TSG* (81) 52-55.
- Rütten, A. (2001). Evaluating Healthy Public Policies in Community and Regional Contexts. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO.
- Rush, B., Shiell, A. & Hawe, P. (2004) . A census of economic evaluations in health promotion. *Health education research* (19) 707.
- Rutz, S.I., Overberg, R.I., Witte, K.E., Jansen, J. & Oers, J.A.M. van. *Brancherapport Preventie*. Bilthoven: RIVM.
- Rychetnik, L., Hawe, P., Waters, E., Barratt, A. & Frommer, M. (2004). A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health* (58) 538-545.

- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. & Shiell, A. (2002). Criteria for Evaluating Evidence in Public Health Interventions. *J. Epidemiol Community Health* (56) 119-127.
- Saan, H., Ellenkamp, J. & Boogaard, J. van den (1994). *Intersectorale Actie*. Gezonde Steden Reeks. Deel 4. Den Haag: VNG.
- Saan, H. (1999). Assessment van sociale technologie. In 'Public Health'. Deel 3: Results made visible. *TSG* (77) 5-14.
- Saan, H. & Keijsers, J. (2003). *Andere Public Health + andere kennis = andere structuren = andere adviezen*. Reactie van het NIGZ op het RGO-rapport. Woerden: NIGZ.
- Saan, H., Molleman, G., Vermeer, V. & van Dale, D. (2004). *Projectmanagement voor gezondheidsbevordering en preventie*. Woerden: NIGZ.
- Sabatini, F. (2004). *Capitale Sociale. Resources for the Study of Social Capital*. <http://w3.uniroma1.it/soccap/eng-index.htm>
- Schalock, R.L., & Bonhom, G.S. (2003). Measuring Outcomes and Managing for Results. *Evaluation and Program Planning* (26) 229-235.
- Scheerder, G., Broucke, S. van den & Saan, H. (2003). *Projecten voor gezondheidsbevordering, een handleiding voor kwaliteitsvol werken*. VIG/Garant.
- Schellekens, W.M.L.C. (2002). *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Schrijvers, J. (2002). *Hoe word ik een rat*. Schiedam: Scriptum.
- Schulz, A.J., Israel, B.A. & Lantz, P. 2003. Instruments for Evaluating Dimensions of Group Dynamics within Community-Based Participatory Research Partnerships. *Evaluation and Program Planning* (26) 249-262.
- Schwab, M. & Syme, L. (1997). On Paradigms, Community Participation and the Future of Public Health. *American Journal of Public Health* (87) 2049-2051.
- Schweinhart, L.J., Barnes, H.V. & Weikart, D.P. (1993). *Significant Benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through Age 27*. Monographs of the High/scope Educational Research Foundation, 10. Ypsilanti: High/Scope Press.
- Seedhouse, D. (2001). *Health: The Foundation for Achievement*. John Wiley and Sons Ltd.
- Seedhouse, D. (2003). *Health Promotion: Philosophy, Prejudice and Practice*. 2nd Ed. New Zealand: Auckland, University of Technology. Chichester: Wiley.
- Smedley, B.D. & Syme, S.L. (red.) (2000). *Intervention Strategies from Social and Behaviour Research*. Washington DC: National Academy Press.
- Sontag, S. (1977). *Illness as metaphor*. New York: Picador.
- Spaink, K. (1992). *Het strafbare lichaam*. Amsterdam: De Balie.

- Speer, W. et al. (2001). The Relationship between Social Cohesion and Empowerment: Support and New Implications for Theory, *H. Education and Behaviour*. 28:(6) 716-732.
- Speller, V., Evans, D. & Head, M. (1997) . Perspectives. Developing quality assurance standards for health promotion practice in the UK. *Health Promot. Int.* (12) 215-224.
- Spencer, L., Ritchie, J., Lewis, J. & Dillon, J. (2003). *Quality in qualitative evaluation. Report prepared by the National Centre for Social Research*. Londen: Government Chief Social Researcher's Office.
- Splunteren, P. van et al. *Doorbreken met resultaten; effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Assen: Van Gorcum.
- Springett, J. (2001). Participatory approaches to evaluation in health promotion. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.). *Evaluation in Health Promotion*. Kopenhagen: WHO.
- Springett, J. (2001). Appropriate approaches to the evaluation of health promotion. *Critical Public Health* (11) 139-140.
- St Leger, L. (2001). Schools, Health Literacy and Public Health: Possibilities and Challenges. *Health Promotion International* (16) 197-205.
- St Leger, L. & Nutbeam, D. (2000). A model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health. *Journal of School Health* (70) 45-50.
- St. Leger, L. (2001). Building and finding the new leaders in health promotion; where is the next wave of health promotion leaders and thinkers? Are they emerging from particular regions and are they less than 40 years old? *Health Promotion International* (16) 301-303.
- Stachenko, S. (2001). Case study: the Canadian Heart Health Initiative. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Kopenhagen: WHO.
- Steckler, A. & Linnin, L. (red.) (2002). *Process evaluation for public health interventions and research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Steckler, A. & Goodman, R.M. (1989). How to institutionalize health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* (3):4, 34.
- Steenbakkens, M. & Ruland, E. (2000). Hartslag Limburg, samen gezond. *GGD-Nieuws oktober* 2000, 5-9.
- Stel, J van der (2004). Handbook preventie, voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid. Koninklijke van Gorcum. Voor de lijst met links zie www.vangorcum.nl/nl/f_build_1.asp?ro=/nl/handboekpreventie.htm
- Stewart-Brown, S. (2001). Evaluating Health Promotion in Schools: Reflections. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Kopenhagen: WHO.

- Stokols, D. (1992). Conflict-Prone and Conflict-Resistant Organizations. In Friedman, H. (red.). *Hostility, coping, and health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stokols, D. (1992). Establishing and Maintaining Healthy Environments: Toward a Social Ecology of Health Promotion. *American Psychologist* 47, 6-22.
- Stone, D. (1988). *Policy Paradox and Political Reason*. Glenview: Scott Foresman.
- Stronks, K. & Hulshof, J. (red.) (2001). *De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Assen: Van Gorcum.
- Susser M, Susser E. (1996). Choosing a future for epidemiology part I. *American Journal of Public Health* 86 668-673.
- Susser M, Susser E. (1996). Choosing a future for epidemiology part II. *American Journal of Public Health* 86 674-677.
- Swanborn, P. (1999). *Evalueren*. Amsterdam: Boom.
- Swann, C. & Morgan, A. (red.) (2003). *Social Capital for Health; Insights from Qualitative Research*. Londen: UK Health development Agency. www.hda-online.org.uk/downloads/pdfs/social_capital_complete_jul02.pdf
- Syme, SL. (2004) . Social determinants of health: the community as an empowered partner. *Prev Chronic Dis* [serial online] www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03_0001.htm
- Tang, K.C., Ehsani, J. & McQueen, D. (2003). Evidence based health promotion: recollections, reflections and reconsiderations. *Journal of Epidemiology and Community Health* (57) 841-843.
- Taskforce GGD (2003). *Functiedifferentiatie GVO medewerkers*.
- Tones, K. & Tilford, S. (2001). *Health Education – effectiveness, efficiency and equity*. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Tones, K. (1999). De evaluatie van gezondheidsbevordering: een verhaal van drie fouten. *TSG* (77) 24-28.
- Tones, K. & Green, J. (2004). *Health Promotion: Planning and Strategies*. Londen: Sage. Hoofdstuk over Empowerment, p. 92-104.
- Thorogood, M. & Coombes, Y. (2004). *Evaluating Health promotion: practice and methods*. 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press.
- Des Jarlais, D.C. et al. (2004). Improving the Reporting Quality of Nonrandomized Evaluations of Behavioral and Public Health Interventions: The TREND Statement. *Am. J. Public Health* (94) 361-366.
- Uniken Venema, H.P. & Garretsen, H.F.L. (red.) (1995). *Gezondheidsonderzoek bij moeilijk bereikbare groepen*. Van Gorcum, Assen.

- Vandenbrouck, J.P. & Hofman, A. (1999). *Grondslagen der Epidemiologie*. Maarssen: Elsevier Bunge.
- Van Leeuwen, R.R., Tiesinga, L.J., & Jochemsen, H. (2004). De samenhang tussen spiritualiteit en gezondheid bij patiënten met lichamelijke aandoeningen. *TSG* (5) 307-317.
- Varnell, S. et al. (2004). Design and Analysis of Group-Randomised Trials: a Review of Recent Practices. *Am Journal of Public Health* (94) 393-399.
- Veen, C.A. et al. (1994) . *An instrument for analysing effectiveness studies on health promotion and health education*. International Union for Health Promotion and Education.
- Verburg, H. & Lender, G. (1999). *Preventie in programma's*. Urecht: GGZ Nederland.
- Vichealth (1999). *Mental Health Promotion plan 1999-2002*. Melbourne. Zie hoofdstuk 4, p. 25 Bronnenbox.
- Victora, C.G. (2004). Evidence based Public Health: Moving beyond randomised trials. *Am Journal of public health* (94) 400-405.
- Voorham, A.J.J., Haes, W.F.M. de & Mackenbach, J.P. (2002). Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam (2) Leerpunten uit de praktijk. *TSG* (80) 431-435
- VWS (2003). *Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag*.
- Wagemakers, M.A.E. (2000). *Samenwerken aan gezondheid in de buurt. Actiebegeleidend onderzoek in Eindhoven*. Wageningen: Leerstoelgroep Communicatie en Innovatie Studies Wageningen Universiteit.
- Wagemakers, M.A.E. & Koelen, M.A. (2001). *Samenwerken aan gezondheid in de buurt. Een jaar verder. Actiebegeleidend onderzoek in Eindhoven. Verslag van de tweede evaluatieronde*. Wageningen: Leerstoelgroep Communicatie en Innovatie Studies Wageningen Universiteit.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, Empowerment and Health: Implications for Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion* (6) 197-205.
- Wallerstein, N. (2000). A Participatory Evaluation Model for Healthier Communities: Developing Indicators for New Mexico. *Public Health Reports 2000* (115) 199-204.
- Wallerstein, N., Polascek, M. & Maltrud, K. (2002). Participatory Evaluation Model for Coalitions: the Development of Systems Indicators. *Health Promotion Practice* (3) 361-373.
- Warren, R., Rootman, I. & Wilson, R. (2001). Evaluation of Countrywide Health Policies: the Canadian Experience. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Kopenhagen: WHO.

- Watson, J. & Platt, S. (2000). *Researching Health Promotion*. Londen: Routledge.
- Weggeman, M. (2004). *Leidinggeven aan professionals*. Dordrecht: Kluwer Bedrijfsinformatie.
- Weggeman, M. (2000). *Kennismanagement: de praktijk*. Schiedam: Scriptum.
- Weggeman, M. (1997). *Kennismanagement Inrichting en besturing van kennis-intensieve organisaties*. Schiedam: Scriptum.
- Weggemann, M. (1997). *Organiseren met kennis*. Schiedam: Scriptum Management.
- Weightman, A.L., Ellis, S., Cullum, A. & Turtley, R.L. (2004) . *Formulating Grades of Recommendations from Public Health / Health Promotion Intervention Research*. Londen: Health developing Agency.
- Weiss, C. H. (1997). *Evaluation*. 2nd Edition). Prentice Hall. Zie hoofdstuk 5, blz. 3, laatste onder 3 in Handboeken onderzoek box EN blz. 27
- Weiss, E.S., Miller, R.A. & Lasker, R.D. (2002). Making the most of collaboration: exploring the relationship between partnership synergy and partnership functioning. *Health Education & Behavior* (29):6, 683-698.
- Wensing, M., Splunteren, P. van, Hulscher, M. & Grol, R. (2000). *Praktisch Nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.
- West, S.L. & O'Neal, K.K. (2004). Project D.A.R.E. Outcome Effectiveness Revisited. *Am J. of Public Health* (94) 1027-1029.
- Whitehead, M. (1990). *The Concepts and Principles of Equity and Health*. European Health For All Series no 1. WHO Regional office for Europe. Kopenhagen. Ook in *Int J Health Serv.* (22) 429-445.
- Whitehead, M. (2000). *The Concepts and Principles of Equity and Health*. WHO.
- Whitelaw, S., McKeown, K. & Williams, J. (1997). Global Health Promotion Models: Enlightenment or Entrapment. *Health Education Research* (12) 479-490.
- WHO (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as Adopted by the International Health Conference, New York, 19-22nd June 1946; Signed on 22nd July 1946 by the Representative of 61 States (*Official Record of the WHO, no. 2, p. 100*) and Entered into Force on 7th April 1948).
- WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation (1998). *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy-Makers*. Kopenhagen: WHO. www.who.dk/document/e60706.pdf
- WHO (2003). *The Solid Facts*. 2nd Edition. Kopenhagen: WHO.
- WHO (2003). *Considerations in defining evidence for public health*.

- WHO (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. WHO, Department of Mental Health and Substance Abuse in samenwerking met de Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) en de University of Melbourne.
www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- Wierdsma, A. & Swieringa, J. (2002). *Lerend organiseren*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *The Solid Facts, the social determinants of health*. 2nd edition. Copenhagen: WHO.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (red.) (1998). *The Solid Facts; Social Determinants of Health*. Copenhagen. WHO.
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. Londen, New York: Routledge.
- Wimbush, E. & Watson, J. (2000). An Evaluation Framework for Health Promotion: *Theory, Quality and Effectiveness*. *Evaluation* (6) 301-321.
- Windsor, R.A., Baranowski, T., Clark, N. & Cutter, G. (1984). Evaluation of health promotion and education programs. Palo Alto: Mayfield Publishing Co.
- Winsemius, P. (1988). *Speel nooit een uitwedstrijd. Topprestaties in sport en management*. Amsterdam: Sijthoff.
- Winsemius, P. (2004). *Je gaat het pas zien als je het doorhebt. Johan Cruyff en leiderschap*. Amsterdam: Balans.
- Wit, A. de & Brouwer, W. (2004) . Economische evaluaties van GVO programma's. *TSG* (82) 120-123.
- Wittebrood, K. & Beem, M. van (2004). *Sociale veiligheid door gelegenheidsbeperking: wat werkt en wat niet?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wolff, N. (2000). Sing RCT to Evaluate Socially Complex Services: Problems, Challenges and Recommendations. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* (3) 97-109.
- Worldbank (2004). *PovertyNet*: site over social capital.
www.worldbank.org/poverty/scapital/index.htm
- Ziglio, E., Hagard, S. & Levin, L.S. (2001). Investment for Health: Developing a Multifaceted Appraisal Approach. In Rootman, I., Goodstadt, M. et al. (red.) *Evaluation in Health Promotion*. Copenhagen: WHO.

Bijlage 3 Afkortingen en websites

Afkorting	Uitleg en eventueel website
• APHA	American Public Health Association www.apha.org
• CBPR	Community-Based Participatory Research www.cbpr.org/SCRC_CBPR%20approach.htm https://mailman1.u.washington.edu/mailman/listinfo/cbpr
• CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Verenigde Staten) www.cdc.gov
• CIT	Community Intervention Trial
• Cochrane	Cochrane Collaboration www.cochrane.org
• DALY	Disability-Adjusted Life Years
• EiHP	Evaluation in health promotion. Principles and perspectives (boek) www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_43
• EU	Europese Unie http://europa.eu.int
• EUPHA	European Public Health Association www.eupha.org
• G	Vakblad over gezondheid en maatschappij www.g-online.nl
• GB	Gezondheidsbevordering
• GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
• GGD.NL	Landelijke vereniging van GGD-en www.ggd.nl
• GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg www.ggz nederland.nl
• GVO	Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding www.ggdznl.nl/content/infoover/gezondheidsvoorlichting
• Health Canada	Ministerie van Volksgezondheid in Canada www.hc-sc.gc.ca
• INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit www.ink.nl
• IUHPE	International Union for Health Promotion and Education www.iuhpe.nyu.edu

- HDA Health Development Agency (in het Verenigd Koninkrijk)
www.hda-online.org.uk
- NCV Nederlands Congres Volksgezondheid
www.nphf.nl/vooraankondiging%20NCVGZ%202005.pdf
- NIEHS National Institute of Environmental Health Sciences (V.S.)
www.niehs.nih.gov
- NIGZ Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
www.nigz.nl
- NPHF Nederlandse Public Health Federatie
www.nphf.nl
- NPHP National Public Health Partnership (Victoria – Australië)
<http://hna.ffh.vic.gov.au/nphp>
- NSPOH Netherlands School of Public and Occupational Health
www.nspoh.nl
- NVPG Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering
www.nvpg.net
- Preffi Preventie Effectmanagement Instrument
www.nigz.nl/dossiers/index.cfm?action=dossier&vardossier=27
- R&D Research and Development
- RCT Randomised Controlled Trial
- RGO Raad voor Gezondheidsonderzoek
www.rgo.nl
- RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
www.rivm.nl
- SEGV Sociaal-economische gezondheidsverschillen
- SPSS Statistical Package for the Social Sciences
www.spss.com
- TNO pg TNO Preventie en Gezondheid
www.health.tno.nl
- Trimbos Trimbos Instituut
www.trimbos.nl
- TSG Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen
<http://home.wanadoo.nl/venw/tsg.htm>
- UM Universiteit Maastricht
www.unimaas.nl
- UN United Nations

- UvT Universiteit van Tilburg
www.uvt.nl
- VBTB Van Beleidsplanning Tot Beleidsverantwoording
(VWS systematiek)
- Vetc Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur (voor migranten)
www.nigz.nl/dossiers/index.cfm?action=dossier&vardossier=14
- VNG Vereniging van Nederlandse Gemeenten
www.vng.nl
- VPV Vereniging Patiënten Voorlichting
www.npcf.nl/patientenorg/gids/organisatie/7042.htm
- VTV Volksgezondheid Toekomst Verkenning (opgesteld door her
RIVM)
www.ggzbeleid.nl/pdfmacro/vtv_opkoers2002.pdf
- VUmc Vrije Universiteit medisch centrum Amsterdam
www.vumc.nl
- V&W
- VWS Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
www.minvws.nl
- WHO World Health Organization
www.who.int
- WTO World Trade Organization
www.wto.org
- WU Wageningen Universiteit
www.wau.nl
- ZonMw ZorgOnderzoek Nederland – Medische Wetenschappen
www.zonmw.nl

Bijlage 4 Reviewstudies van het NIGZ

Hier volgt een overzicht van reviews van het NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit. Van de reviews zijn factsheets beschikbaar via www.nigz.nl/winkel

- Nijboer, C. & Alting, D (maart 2003). Review: *Gezondheidswinst boeken met gemeentelijk facetbeleid*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit. PDF-file op www.slag.nu.
- Pos, S. & Bouwens, J. (maart 2003). Review: *Hart voor een gezonde leefstijl*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.
- Pos, S. & Bouwens, J. (juni 2003). Review: *Patiëntenvoorlichting: een theoretische verkenning*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.
- Alting, D.E.M., Bouwens, J. & Keijsers, J.F.E.M. (oktober 2003). Review: *Community-interventies*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.
- Alting, D.E.M., Bouwens, J. & Keijsers, J.F.E.M. (oktober 2003). Adviesdocument: *in het kader van het project Overzicht en advisering over onderzoeksmethoden en meetinstrumenten voor de evaluatie van interventies die zijn opgezet vanuit de principes van de communitybenadering*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.
- Alting, D.E.M., Bouwens, J. & Keijsers, J.F.E.M. (oktober 2003). Factsheet: *De communitybenadering: Een kwestie van passen en meten*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.
- Hekkink, C. & Nijboer, C. (december 2003). Review: *Meedoen, meewerken en meebeslissen*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.
- Kok, H. & Dam, J ten (2003). *Evaluatie Gelijke Gezondheid Gelijke Kansen*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.
- Bouwens, J.G.M. & Lucas Luijckx, N.B. (oktober 2003). Review: *Alkmaarse jongens in balans, interventiekeuzes gericht op de energiebalans en psychisch evenwicht bij jongeren in Alkmaar*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.
- Pos, S. & Bouwens, J. (februari 2004). Review: *Preventie van hart- en vaatziekten bij mensen van 20 tot 40 jaar*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.
- Poel, F. van der, Kok, H. & Molleman, G.R.M. (mei 2004). Rapport: *Aandacht voor achterstandsgroepen. Overzicht van het aanbod van gezondheidsbevorderende en preventie-activiteiten in Nederland*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.
- Pos, S. & Hekkink, C. (september 2004). Review: *Gezonde Start. Gezondheidsbevordering bij kinderen in achterstandssituaties*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.

- Pos, S. & Hekkink, C. (december 2004). Review: *Determinanten van alcoholgebruik bij volwassenen*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.
- Nijboer, C. (december 2004). Review én factsheet: *Overgewicht: Lokaal ingedikt en uitgediept*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.
- Keijsers, J.F.E.M., Paulussen, T.G.W.M., Peters, L.W.H., Fleuren, M.A.H. & Lammers, F. (januari 2005). Review: *Kennis beter benutten: Informatiegedrag en -gebruik van nationale beleidsmakers*. Woerden: NIGZ-Centrum Kennis & Kwaliteit.

Bijlage 5 Terugblik op de conferenties

In dit boek zijn de beschouwingen en discussie uit de vier conferenties onder de noemer 'New Health Promotion' uitgangspunt geweest. Daarmee gingen we in op de inhoud, niet op de gebeurtenissen in en om de congressen. Deze bijlage gaat globaal in op de gebeurtenissen.

Bij de totstandkoming van dit traject ontvingen wij de hartelijke medewerking van VWS en ZonMw. Dat heeft ons gesterkt in het idee dat we met een belangrijk onderwerp bezig zijn en dat we het vertrouwen genoten dat we daar goed mee aan de slag zouden gaan. Een andere belangrijke steun kregen we van onze internationale collega's. Niet alleen waren ze van harte bereid mee te werken als sprekers, maar ze hebben ons ook voorzien van verwijzingen naar de meest recente literatuur en rapporten. Dat was wel eens wat ontmoedigend: hadden wij net zoekend een conclusie geformuleerd, dan was daar weer zo'n PDF-file met een betere tekst en met meer verwijzingen dan je lief is. De sporen daarvan zijn in dit boek te vinden.

De conferenties

Aan de conferenties is een brede werving vooraf gegaan. We maakten gebruik van de verzendlijsten van V&W, de NVPG en het ZonMw-preventieprogramma. We verzonden gemiddeld duizend brochures per congres. Een belangrijk deel van het succes was de beslissing om de vier conferenties gratis toegankelijk te maken: dat heeft ook een aantal studenten in staat gesteld om deel te nemen aan de congressen. De deelname was gelukkig goed gespreid over de drie partijen onderzoek, praktijk en beleid.

Deelnamecijfers per conferentie				
	Onderzoek	Praktijk	Beleid	Totaal
1e conf.	163	67	78	308
2e conf.	99	49	70	218
3e conf.	103	65	55	223
4e conf.	88	42	67	197
				946

Iedere conferentie had een eigen accent:

- conferentie 1: agendasetting: de noodzaak van dit debat
- conferentie 2: evaluatieproblemen bij 'community-based' interventies
- conferentie 3: community, school en werkplek als setting
- conferentie 4: conclusies: de noodzaak van breder onderzoek en ander beleid

In totaal werkten zeven buitenlandse en zesenzeventig Nederlandse sprekers mee aan de congressen. Vele deelnemers hebben een rol als discussieleider vervuld.

Rond de conferenties

Behalve de conferenties hebben we nog andere initiatieven genomen om het gesprek over 'passend onderzoek' aan te zwengelen. Zo werd een begeleidingscommissie samengesteld met daarin vrijwel alle toonaangevende personen in het werkveld. In die commissie werden plannen besproken en congresevaluaties doorgenomen.

Na de tweede conferentie werd een tussentijdse conclusie geformuleerd in een brochure getiteld *Evidence: goed werk*, als een soort pretest van de conclusies zoals ook in dit boek verwoord. Aan de hand van die brochure zijn vervolgens gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van het ministerie, ZonMw, universitaire vakgroepen, landelijke instellingen, het overleg van GGD-epidemiologen en andere officiële organen.

Bij de eerste en tweede conferentie is met de buitenlandse sprekers in kleine kring de volgende dag nog doorgepraat over hun bijdrage, maar dat is wegens geringe animo na de tweede conferentie gestaakt.

Ervaringen met het debat

Met het traject hadden we twee doelen: de discussie over passend onderzoek aanjagen en een begin maken met het formuleren van consensus. Voor wat betreft het stimuleren van de discussie bleek er consensus te bestaan over de hoofdlijnen van het *Referentiekader* en over het uitgangspunt dat de vraagstelling de methode zou moeten bepalen en niet andersom. Tegelijk bleken onderzoekers de principes van de RCT als belangrijk instrument naar voren te schuiven.

Terugkijkend zijn we uit het debat gekomen met drie belangrijke conclusies:

- over de keuze van de onderzoeksopzet is het verschil van mening niet zo groot: velen zijn geïnteresseerd in mogelijkheden om '123'-type onderzoek te doen en het is eerder onwennigheid dan gebrek aan bereidheid om met dat type onderzoek in zee te gaan.

- Wel bleken er verschillen in de verwachtingen van gezondheidsbevordering te bestaan. Soms lag de nadruk sterk op enkelvoudige aandoeeningen of thema's en op inzetten op een beperkt repertoire aan interventies (vooral voorlichting). De financiering en speerpuntenkeuze van VWS versterkt deze aanpak. Tegelijk is er interesse en waardering voor bredere settings en doelgroepbenaderingen, maar met de processen en resultaten daarvan zijn velen minder vertrouwd. Via het referentiekader hebben wij geprobeerd een breed beeld van gezondheidsbevordering te schetsen, waarin beide benaderingen elkaar kunnen aanvullen.
- Geleidelijk werd ook duidelijk hoe belangrijk het redeneren in termen van kennismanagement is: daarmee konden we verwachtingen en kritiek plaatsen en het uitwisselingsproces tussen beleid, onderzoek en praktijk analyseren. Door er nadrukkelijk van uit te gaan dat alle partijen een rol spelen in dat kennissysteem is het steeds naar anderen wijzen vermeden.

Dat op alle punten consensus is bevorderd is duidelijk. In de gesprekken was herhaaldelijk te horen dat pratend vanuit de twee modellen (referentiekader en kenniscirkel) het gesprek beter verliep en dat de knelpunten en verschillen van inzicht een plek kregen op de kaart. De bereidheid om samen te werken aan verdere operationalisering en systeemverbetering is duidelijk aanwezig: het is blijkbaar een belangrijke uitdaging voor dit vakgebied.

In onze beleving was het een soort participatief proces dat volgens de lijnen van community development door ons gestuurd is: steeds hebben we een brede kring stakeholders bij het proces betrokken en is met hun feedback en commentaar, vooral met dat van onze strengste critici, gewerkt.

De conferenties werkten steeds als een kristallisatiepunt: in aankondigingbrochures, in de briefings van de sprekers, in het aangeven van de hoofdthema's of stellingen voor debat werden we steeds uitgedaagd om onze meningen nauwkeuriger te formuleren, om ons te verantwoorden voor te boude uitspraken of te snelle conclusies. En bij de informele gesprekken met de buitenlandse gasten, sprekers en begeleidingscommissieleden werd die discussie voortgezet. Daarbij is het spanningsveld tussen de drie partijen beleid, onderzoek en praktijk steeds merkbaar geweest: er is een belangrijk verschil in definities, in normen en verwachtingen. Ieder heeft zijn eigen vanzelfsprekendheden, die pas door debat en confrontatie expliciet en bespreekbaar werden.

Bij het schrijven van dit boek hebben we vooral gemerkt hoeveel circuits er zijn van kennis die goeddeels los van elkaar functioneren. Het lijkt erop dat het delen van kennis slecht gebeurt, maar dat het gebruik van kennis helemaal een

eenzijdige aangelegenheid is. We kregen enkele opmerkingen dat in de readers Engelstalige artikelen waren opgenomen... En dat terwijl wij ons tekort voelen schieten, omdat we zo slecht van de Duitse, Franse, Spaanse etc. literatuur op de hoogte zijn!

We hebben bij het samenstellen van de readers en van dit boek bewust ook enkele bronnen uit minder gangbare tijdschriften, uit andere landen en uit andere wetenschappen gebruikt en genoemd. Maar het zou aanbeveling verdienen om periodiek de overlap met andere wetenschappen en de ervaring in landen met verwante visies en systemen (bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk, Australië, Canada, Zweden, Finland, de Verenigde Staten) eens systematisch in kaart te brengen.

En ook al is er veel bij elkaar te Googlen, de noodzaak van informatiespecialisten en reviewers is bij de voorbereiding voor dit boek onderstreept: niet iedereen kan alles bijhouden.

Informatievoorziening

Voor iedere conferentie stelden we een reader samen, deels met publicaties van de sprekers, deels met artikelen die wij interessant genoeg vonden. Zo konden de deelnemers kennis nemen van 54 door ons geselecteerde artikelen. In de literatuurlijst van dit boek zijn al die titels weer opgenomen. Sommige daarvan zagen we kort daarna in andere publicaties terug, maar dat kan toeval zijn. Verslagen van de lezingen en de inhoud van de presentaties stonden steeds op internet en zijn via www.newhealthpromotion.nl nog te raadplegen.