

Hoofdstuk 4

De Preffi 2.0: systematische ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument voor gezondheidsbevordering

Gepubliceerd als:

Molleman, G. R. M., Peters, L. W. H., Hosman, C. M. H., Hommels, L. M., Ploeg, M. A., Kok, H. H. and Llopis, E. J. (2003) De Preffi 2.0: systematische ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument voor gezondheidsbevordering *TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 81, 247-255.

Een bewerkte versie van dit hoofdstuk is gepubliceerd in een speciale Franstalige editie van *Promotion & Education* Hors série, Oktober 2004 pag. 22-27:

Molleman, G. R. M., Ploeg, M. A., Hosman, C. M. H. and Peters, L. W. H. (2004) Preffi 2.0: un outil néerlandais pour analyser l'efficacité des interventions en promotion de santé *Promotion & Education*.

Dezelfde versie is na een peer review procedure geaccepteerd als publicatie in de Engelse editie van *Promotion & Education*:

Molleman, G. R. M., Ploeg, M. A., Hosman, C. M. H. and Peters, L. W. H. Developing a Health Promotion Effect Management Instrument: Preffi 2.0.

4.1 Inleiding

In januari 2003 is de tweede versie van het Preventie Effectmanagement Instrument gelanceerd, kortweg de Preffi genoemd. De Preffi 2.0 is een kwaliteitsinstrument om te beoordelen of een gezondheidsbevorderingsproject zodanig is opgezet dat de kans op de effectiviteit van het project zo groot mogelijk is. Dit maakt het mogelijk om verbetermogelijkheden te identificeren en daarop actie te ondernemen.

De Preffi 2.0 is ontwikkeld door een gezamenlijke projectgroep van het NIGZ en de Katholieke Universiteit Nijmegen (KUN) en bouwt voort op de ervaringen die de afgelopen zes jaar zijn opgedaan met de eerste versie de Preffi 1.0.[1-5] Uit die ervaringen kwam naar voren dat de Preffi op vier punten kon worden verbeterd: inhoud, normering, vorm en positionering.[1] Wat betreft de inhoud dienen in een Preffi 2.0-versie recente inzichten uit wetenschap en praktijk te zijn verwerkt. De criteria van de Preffi moeten zo zijn geoperationaliseerd dat de gebruikers eigen projecten kunnen afzetten tegen een normatieve standaard en derden zich een oordeel over een project kunnen vormen. De vormgeving van een nieuwe Preffi moet recht doen aan het cyclische en iteratieve karakter dat veel gezondheidsbevorderende projecten kenmerkt en het mogelijk maken op meerdere plaatsen in de Preffi in te steken. Tot slot is een duidelijkere positionering van de Preffi nodig als een instrument dat zich richt op het in kaart brengen en verbeteren van *voorwaarden* voor effectiviteit van een project. De oude naam Preventie Effectiviteits Instrument suggereerde ten onrechte dat Preffi rechtstreeks gericht is op het meten van de effectiviteit van een project zelf. Voor de positionering van een tweede versie van de Preffi is het ook belangrijk dat de wetenschappelijke legitimiteit versterkt wordt.

Dit artikel beschrijft het systematische ontwikkelingsproces van de Preffi 2.0, licht het instrument toe en geeft resultaten weer van een onderzoek naar de bruikbaarheid ervan en de aanwijzingen die dit heeft opgeleverd voor het gebruik van de Preffi in de praktijk.

4.2 Methode van ontwikkeling van de Preffi 2.0

Voor de ontwikkeling van de Preffi 2.0 is sterk ingezet op een wetenschappelijke fundering en operationalisering van alle criteria uit de Preffi. Daarom is nauw samengewerkt met de Preventie Research Groep van de KUN en met een Wetenschappelijke Advies Raad (WAR), die bestond uit vijf wetenschappers uit de verschillende stromingen binnen de gezondheidsbevordering (noot a). Om het perspectief van de gebruiker, de gezondheidsbevorderaars in Nederland, voldoende te waarborgen is naast de WAR ook een Praktijk Adviesraad (PAR) bestaande uit 53 praktijkwerkers (noot b) ingesteld.

Ten behoeve van de ontwikkeling van de Preffi 2.0 is een werkmodel gevolgd waarin een aantal methodische stappen werd onderscheiden. Daarbij is gebruik gemaakt van diverse methoden voor formatieve evaluatie, namelijk productgerichte, expertgerichte en doelgroepgerichte methoden[6]. Bij productgerichte methoden geven de ontwerpers zelf aan waarop ze een conceptontwerp evalueren, bij de andere methoden wordt het ontwerp voorgelegd aan respectievelijk externe deskundigen en leden van de doelgroep. In het ontwerpproces van Preffi 2.0 zijn eerst productgerichte methoden toegepast (stappen 1-5), gevolgd door expertgerichte methoden (stappen 4-6) en doelgroepgerichte methoden (stappen 6-7).

Stap 1. In het werkmodel werd de Preffi allereerst gepositioneerd in het bredere kader van kwaliteitsmanagement. Hierbij wordt veelal een onderscheid gemaakt tussen input en output.[7,8] Binnen de Preffi projectgroep werd bepaald dat de Preffi aan de outputkant met name is gericht op effectiviteit, relevantie en bereik van programma's en niet op andere outputkenmerken zoals kosten-effectiviteit of klanttevredenheid. Aan de inputkant is de Preffi met name gericht op inhoudelijke werkprocessen die spelen bij de opzet en uitvoering van programma's en niet zozeer op structurele aspecten van de organisatie zoals infrastructuur, instellingsbeleid of personeel. Deze laatste zaken kunnen echter niet geheel los worden gezien van de inhoudelijke werkprocessen en worden binnen de Preffi gezien als randvoorwaarden hiervoor.

Stap 2. Na deze positionering is een algemeen ordeningskader voor de werkprocessen gezocht. Dit werd gevonden in het principe van planmatigheid, aangezien er brede consensus is voor de opvatting dat een planmatige werkwijze de effectiviteit van preventieprogramma's bevordert.[9-14] De inhoudelijke basis van Preffi 2.0 is daarmee niet wezenlijk anders dan die van Preffi 1.0. De planmatigheidsfasen (analyse, ontwikkeling, implementatie, evaluatie) worden, samen met de dimensie randvoorwaarden, gezien als onderscheiden dimensies, waarbinnen een voor die dimensie relevante set van effectpredictoren kan worden geïdentificeerd. Voor ieder van deze vijf dimensies zijn de belangrijkste effectpredictoren geëxpliciteerd.

Stap 3. Om de discussie over selectie van effectpredictoren te bevorderen, werden in eerste instantie vijf selectiecriteria opgesteld, namelijk relevantie, wetenschappelijke evidentie, generaliseerbaarheid, veranderbaarheid en meetbaarheid. Vervolgens zijn deze criteria door de projectgroepleden toegepast bij de evaluatie van de effectpredictoren uit de Preffi 1.0. Daarbij bleek dat de selectiecriteria 'generaliseerbaarheid' en 'veranderbaarheid' van toepassing werden geacht op vrijwel alle effectpredictoren in de Preffi 1.0 en dus nauwelijks een discriminerende waarde opleverde bij de predictor-beoordeling. Ook 'meetbaarheid' discrimineerde niet en is op alle effectpredictoren van toepassing, waarbij het er om gaat een effectpredictor zo inzichtelijk en meetbaar mogelijk te maken voor de doelgroep praktijkwerkers.

De criteria 'relevantie' en 'evidentie' bleven behouden. De relevantie van de effectpredictor voor effectiviteit werd het meest belangrijk gevonden. Relevantie verwijst naar de bewezen of veronderstelde invloed van een projectkenmerk of andere conditie op de effectiviteit van een project. De Preffi is niet alleen een checklist van effect-predictoren, maar dient het belang van deze predictoren ook inzichtelijk te maken. De scores op wetenschappelijke evidentie geven inzicht in het 'evidence-based' karakter van de Preffi. Bij het criterium evidentie werd een ruime invulling van dit begrip gehanteerd. Een belangrijke reden daarvoor was dat de voorspellende waarde van sommige belangrijk geachte effectpredictoren moeilijk is te bewijzen via gecontroleerd kwantitatief onderzoek, dat doorgaans als hoogste vorm van bewijs wordt gezien.[15-18] Zo zijn planmatigheidsprincipes veelal gebaseerd op logisch redeneren, op consensus en de uitkomsten van herhaalde case studies. Internationaal bestaat er nog geen algemeen geaccepteerde, specifieke rangorde van bewijs[19,20] en is er steeds meer steun voor de opvatting dat er naast gecontroleerd experimenteel onderzoek ook andere methoden van bewijsvoering legitiem zijn.[20-22]

Stap 4. De resultaten van het toepassen van de selectiecriteria op de Preffi 1.0 werden eerst besproken binnen de projectgroep, vervolgens met ieder lid van de WAR afzonderlijk en tenslotte in een gezamenlijk overleg. Op basis hiervan is een aantal Preffi 1.0-criteria aangescherpt, maar werden geen criteria verwijderd. In deze gesprekken werden ook ideeën voor nieuwe effectpredictoren en voor aanpassing van bestaande effectpredictoren besproken. Deze ideeën waren gebaseerd op nieuwe inzichten uit wetenschap en praktijk en op ervaringen met de Preffi 1.0. Hier wordt later uitvoeriger op ingegaan.

Stap 5. Nadat er binnen de projectgroep en de WAR op hoofdlijnen overeenstemming was over de selectie van effectpredictoren, werden deze uitgewerkt op basis van wetenschappelijke literatuur en de aanwezige expertise binnen de projectgroep en de WAR. Dit gebeurde ten eerste in een inhoudelijk document, waarin iedere predictor werd beschreven, alsmede de relatie ervan met effectiviteit (relevantie) en de bewijsvoering voor die relatie (evidentie). In een tweede document werd de predictor nader geoperationaliseerd in concrete vragen en op basis van beargumenteerde consensus tussen de projectgroep en de WAR genormeerd. Dit biedt de beoogde gebruiker, de praktijkwerker, een indicatie voor de mate waarin deze er in zijn of haar project adequaat aandacht aan heeft besteed en geeft concrete verbeterpunten aan.

Stap 6. Naast de WAR werd ook de PAR in de diverse overlegondes betrokken. Zowel WAR als PAR werden geraadpleegd over het inhoudelijk document en het operationaliseringsdocument van de Preffi 2.0. Op basis van hun feedback werden wijzigingen

doorgevoerd, zoals uitsplitsing van effectpredictoren, een duidelijker uitleg of wijzigingen in de operationalisering en normering.

Stap 7. Nadat een conceptversie van de Preffi 2.0 gereed was (bestaande uit scoreformulier, inhoudelijk document, operationaliseringsdocument en gebruiksaanwijzing), is een bruikbaarheidsonderzoek uitgevoerd onder 35 ervaren praktijkwerkers uit uiteenlopende instellingen. Deze groep, waarin ook 21 PAR-leden zitting hadden, beoordeelde twee projectbeschrijvingen aan de hand van de conceptversie en vulde vervolgens een vragenlijst met open en gesloten vragen in over ervaringen met het beoordelen en meningen over de onderdelen van de conceptversie. Met tien deelnemers werd een aanvullend interview gehouden. Op basis van de resultaten van het onderzoek werd de conceptversie op enkele punten aangepast qua inhoud en layout en werden ideeën over het gebruik van de Preffi 2.0 bijgesteld. Aangezien de resultaten van dit onderzoek en de daarop gebaseerde wijzigingen niet inzichtelijk zijn zonder kennis van de (definitieve) Preffi 2.0, zal deze eerst worden beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op enkele onderzoeksresultaten en de leerpunten voor gebruik van de Preffi 2.0.

4.3 De Preffi 2.0

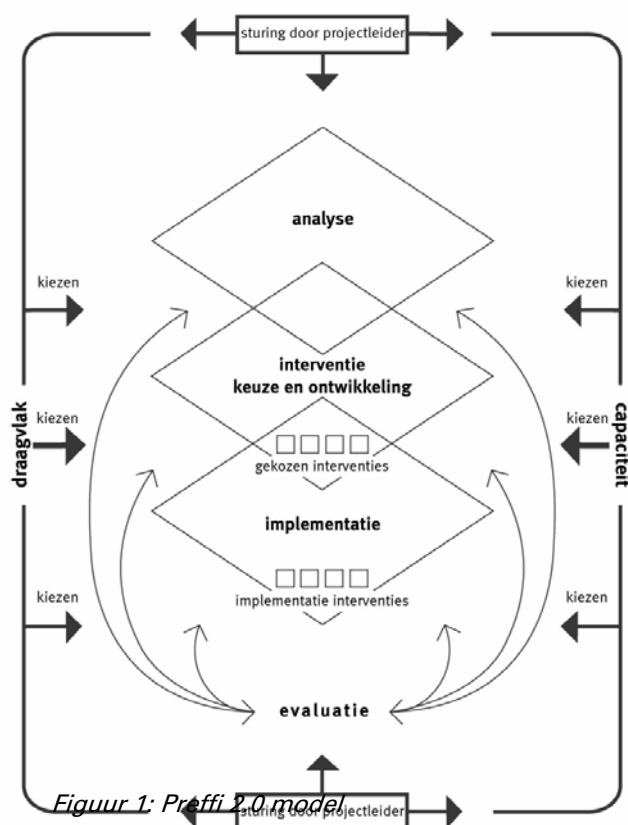
De Preffi 2.0 bestaat uit vier onderdelen (zie bijlagen op de CD ROM):

- het Scoreformulier[23]: dit document van vier pagina's bevat een lijst met kwaliteitscriteria (= effectpredictoren), scorecategorieën voor de criteria, ruimte voor het noteren van verbeterpunten en het Preffi 2.0-model, een visuele weergave van de belangrijkste grondgedachten achter de Preffi.
- de Operationalisering en Normering[23]: dit document van 24 pagina's bevat voor elk criterium een operationalisering via één of meer ja-nee-vragen, en een normering (scorecategorieën) die gebaseerd is op de antwoorden op de operationaliseringsvragen.
- de Toelichting[24]: een uitgebreid inhoudelijk document van 88 pagina's waarin de kwaliteitscriteria (effectpredictoren) worden toegelicht en wordt ingegaan op hun belang voor effectiviteit (relevantie) en de bewijsvoering voor hun invloed op effectiviteit (evidentie, inclusief literatuurverwijzingen).
- de Gebruiksaanwijzing[23]: dit document van 12 pagina's geeft uitleg en aanwijzingen voor het gebruik van de Preffi 2.0 en zijn onderdelen.

Hieronder zal achtereenvolgens worden ingegaan op de conceptuele grondgedachten achter de Preffi 2.0, de belangrijkste inhoudelijke wijzigingen ten opzichte van de Preffi 1.0 en de scoringsmethode. Later in dit artikel komen aanwijzingen voor het gebruik aan de orde.

4.3.1 Het Preffi 2.0

De belangrijkste conceptuele configuratie wordt hieronder gepresenteerd (zie figuur 1).



presenteerd (zie

Het model benadrukt de dynamiek van gezondheidsbevorderingsprojecten, namelijk de voortdurende wisselwerking tussen de inhoud en de randvoorwaarden en het cyclische karakter van het proces van gezondheidsbevordering.

In het midden van het model staan de stappen die gevolgd worden bij een planmatige opzet en uitvoering van een project, ofwel het *inhoudelijke proces* van gezondheidsbevordering: probleemanalyse, interventiekeuze en -ontwikkeling, implementatie en evaluatie. De processtappen zijn in een ruitvorm weergegeven omdat bij elke processtap eerst gekeken dient te worden naar het brede scala aan mogelijkheden (divergeren) om vervolgens op basis van *inhoudelijke* en *randvoorwaardelijke* aspecten keuzes te maken (convergeren). Bij probleemanalyse, bijvoorbeeld worden idealiter eerst alle mogelijke oorzaken/determinanten in kaart gebracht om vervolgens op basis van inhoudelijke argumenten, relevantie, veranderbaarheid en haalbaarheid die determinanten te kiezen waarvoor een interventie ontwikkeld gaat worden.

De ruiten in de figuur overlappen elkaar omdat in het keuzeproces altijd vooruit wordt gelopen op consequenties en mogelijkheden in volgende fases. Zo dient bij het kiezen van de interventie ook al rekening te worden gehouden met de implementatiemogelijkheden ervan. De evaluatie heeft betrekking op alle keuzemomenten in het proces, vandaar dat er pijlen naar al die momenten getrokken zijn.

De effectiviteit van interventies en de keuzes die daarbinnen kunnen worden gemaakt, worden mede bepaald door *randvoorwaarden* zoals: draagvlak voor het project, capaciteit waarmee het project uitgevoerd wordt en de adequaatheid van de sturing door de projectleider.

De pijlen aan de zijkant van de figuur benadrukken de momenten waarop de keuzes gemaakt moeten worden. Een dikkere pijl is getrokken bij de keuze van uit te voeren interventies. Daar laat de invloed van de randvoorwaarden zich in de praktijk vaak bijzonder sterk gelden.

4.3.2 De lijst met criteria en inhoudelijke wijzigingen daarin

De 39 kwaliteitscriteria (effectpredictoren) van de Preffi 2.0 zijn ondergebracht in acht clusters (zie figuur 2). De clusters aan de linkerzijde hebben vooral betrekking op planmatige interventie-ontwikkeling, die aan de rechterzijde vooral op uitvoeringsaspecten.

Ten opzichte van de eerste Preffi is de grondstructuur gelijk gebleven, maar sommige clusters zijn wat anders ten opzichte van elkaar gedefinieerd. Zo zijn de twee clusters 'Randvoorwaarden' en 'Projectmanagement' uit de Preffi 1.0 vervangen door één cluster 'Randvoorwaarden en haalbaarheid' dat, zoals hierboven is aangegeven, invloed heeft op alle andere clusters. Ook waren 'Effectieve technieken' en 'Pretest' in de Preffi 1.0 aparte clusters; in de nieuwe versie zijn ze geplaatst onder cluster 'Interventie-ontwikkeling'.

Op criteriumniveau is de Preffi 2.0 op een groot aantal punten aangepast. De aard en benaming van een aantal criteria zijn gewijzigd, criteria en clusters zijn logischer en meer inhoudelijk opgebouwd en het aantal criteria is teruggebracht van 49 naar 39. De wijzigingen weerspiegelen de ontwikkelingen en inzichten in wetenschap en praktijkveld van de afgelopen zes jaar. De belangrijkste veranderingen worden hierna beschreven.

1. De context van projecten heeft in deze Preffi een duidelijkere plaats gekregen als zeer bepalend voor effectiviteit. De context is breder opgevat en inhoudelijk meer uitgewerkt dan in de Preffi 1.0, waar met name capaciteit werd benadrukt. Nieuwe elementen zijn draagvlak en sturing door de projectleider. Hierin weerspiegelt zich de invloed van community projecten (noodzaak van werken aan lokaal draagvlak)[25-27] en het grotere belang dat aan leiderschap wordt gehecht.[28-30] Daarnaast wordt ook in andere criteria vaker verwezen naar randvoorwaarden en haalbaarheid, bijvoorbeeld bij 5.4 haalbaarheid van doelen.

2. De samenhang tussen criteria en clusters en de samenhang tussen verschillende interventies heeft meer nadruk gekregen. Concreet is dat uitgewerkt door in de Preffi 2.0 te vragen naar een theoretisch model (criterium 3.1) dat de relaties tussen determinanten en probleem weergeeft[9,10,31-33], het aansluiten van doelen op de analyse (5.1), het afstemmen van interventiemethoden op doelen en doelgroepen (6.1.a) en door in 6.6 direct te vragen naar de samenhang tussen de verschillende interventies onderling.

3. Participatie en betrokkenheid van de doelgroep is de afgelopen jaren steeds meer als belangrijk aspect voor effectiviteit naar voren gekomen. In de Preffi 2.0 komt dat naar voren door te vragen naar draagvlak (1.1), visie van betrokkenen op het probleem (2.3), motivatie en mogelijkheden van de doelgroep (4.2) en participatie van de doelgroep (6.3.a) en afstemming op de 'cultuur' van de doelgroep (6.3.b).[25-27,34-37]

4. Implementatie is nadrukkelijker opgenomen in de Preffi 2.0 en inhoudelijk verder uitgewerkt. Terwijl het in de Preffi 1.0 met name ging om instrumentele aanbevelingen (plan maken, uitvoerders trainen, etcetera), wordt in de Preffi 2.0 onderscheid gemaakt tussen (het bevorderen van grootschalige) verspreiding en uitvoering. Er is meer aandacht voor verspreiding en voor aandachtspunten die daarbij een rol spelen, zoals het vroeg betrekken van beoogde uitvoerders (6.5) en de stijl van implementeren (7.1.a). Ook wordt expliciet melding gemaakt van implementatie-interventies (7.1.b).[38-46]

5. In deze Preffi is het monitoren van de voortgang en de evaluatie verder uitgewerkt. Op meerdere plaatsen wordt gevraagd of keuzes gemaakt zijn (2.3, 3.4, 5.2) zodat evaluatie mogelijk is. Met de pretest (6.7) en het monitoren van het verloop van (de implementatie van) de interventie (7.2) wordt feedback verkregen op de voortgang van een project. Bij het cluster evaluatie is effectevaluatie meer uitgewerkt (8.3) en zijn bovendien criteria toegevoegd over uitgangspunten van de evaluatie (8.1) en feedback uit de evaluatie (8.4).[22,47-53]

6. Een laatste nieuw element zijn de criteria 'duur, intensiteit en timing' (6.2). Omdat de randvoorwaarden vaak niet voldoende zijn voor duurzame en arbeidsintensieve interventies is het van belang om na te gaan of de interventie voldoende 'body' heeft om iets te kunnen veranderen. Er zijn voldoende aanwijzingen[54-56] dat een minimum aan blootstelling aan een interventie nodig is om effectief te kunnen zijn. Soms kan echter met een kortere duur worden volstaan wanneer de interventie op het juiste moment wordt aangeboden, bijvoorbeeld tijdens een 'sensitieve periode' in de levensloop, een incident of crisis.[55,57]

4.3.3 De scoringsmethode

Elk kwaliteitscriterium in de Preffi is geoperationaliseerd met één of meer specifieke ja-nee-vragen. Aan de hand van de antwoorden op deze vraag of vragen kan men de mate waarin aan een criterium voldaan is bij een interventie normeren als 'zwak', 'matig' of 'sterk' (zie voorbeeld in tabel 1).

6.3.a. Participatie van de doelgroep

Operationalisering:

1. Voor elders ontwikkelde interventies (bijv. een landelijk ontwikkeld project): is de algemene doelgroep minimaal geconsulteerd bij de ontwikkeling van de interventie?
2. Voor elk project: is de specifieke doelgroep voor dit project minimaal geconsulteerd bij de ontwikkeling van de interventie of de keuze voor de modelinterventie (bijv. de mensen in de beoogde wijk)?
3. Voor elk project: heeft de doelgroep, gezien de aard van het project, voldoende geparticipeerd in de ontwikkeling van of keuze voor de interventie?

Normering:

- Zwak: vraag 1=nee of niet van toepassing en vraag 2=nee (en vraag 3 daardoor niet relevant)
 - Matig: vraag 1 en/of 2 ja en vraag 3=nee
 - Sterk: vraag 1 en/of 2 ja en vraag 3=ja
-

Tabel 1: Voorbeeld van een operationalisering en normering van een Preffi-criterium

Met deze operationalisering is gepoogd om aan de Preffi-gebruiker een instrument te bieden om per criterium een zo objectief mogelijk oordeel te kunnen geven over een programma. De aard van de criteria of vragen binnen de operationalisering van een criterium laat die objectiviteit echter niet altijd toe. Grofweg zijn bij de operationalisering drie typen criteria te

onderscheiden. Een aantal criteria en vragen is eenduidig te beantwoorden, bijvoorbeeld 'Is bekend in hoeverre de doelgroep het probleem zelf ook als probleem ervaart?' (2.3), en 'Omvatten de doelen een specificatie van de factoren die men wenst te veranderen?' (5.2). Bij een aantal andere criteria zijn vragen minder eenvoudig te beantwoorden omdat gevraagd wordt naar een oordeel over bepaalde aspecten, bijvoorbeeld over de expertise van de projectleider (1.3.a) of de vraag of de doelgroep de interventie als aansluitend bij de eigen cultuur beleeft (6.3.b). In deze gevallen is het raadzaam om intercollegiale overeenstemming over het antwoord te krijgen. Tot slot zijn er enkele criteria die in feite een expert-oordeel vragen. Bijvoorbeeld bij de operationalisering van 'theoretisch model' (3.1) wordt naast de vraag of er een theoretisch model gebruikt wordt, ook gevraagd of het aannemelijk is gemaakt dat het gekozen theoretische model geschikt is om in deze situatie toe te passen. Bij een aantal criteria in de Preffi wordt de mogelijkheid geboden om 'niet te beoordelen' in te vullen, met name bij criteria die moeilijk 'van papier' zijn in te schatten door derden, zoals expertise en eigenschappen van de projectleider (1.3.a). Bij de overige criteria wordt het ontbreken van informatie gezien als 'zwak'.

Het scoreformulier geeft de mogelijkheid om aan ieder cluster een rapportcijfer tussen 1 en 10 te geven. Daarbij wordt aanbevolen om dat cijfer samen te stellen op basis van de afzonderlijke criteriumscores binnen dat cluster. Op dezelfde manier kan men uiteindelijk ook een rapportcijfer voor het hele project geven op basis van de oordelen over de afzonderlijke clusters. Men kan daarbij afwijken van het gemiddelde als men bepaalde criteria of clusters zwaarder wil laten wegen dan andere.

Op de achterzijde van het scoreformulier kan men de clusterscores grafisch weergeven, alsmede een beperkt aantal verbeterpunten en concrete verbeteracties aangeven.

4.4 Resultaten van het gebruikersonderzoek

Uit het gebruikersonderzoek onder 35 praktijkwerkers (zie stap 7), dat gezien kan worden als een pretest van de Preffi 2.0, kwam in het algemeen een positief oordeel over de conceptversie en de diverse onderdelen daarvan naar voren. Van de 28 respondenten die eerder hadden gewerkt met de Preffi 1.0 vonden 25 respondenten de Preffi 2.0 een verbetering, met name vanwege de betere onderbouwing en de operationalisering van kwaliteitscriteria.[58] Het instrument kreeg een gemiddeld rapportcijfer van 7,7 en werd door een grote meerderheid waardevol, compleet, duidelijk, overzichtelijk en vernieuwend gevonden (zie tabel 2). Ook vonden de meeste respondenten de Preffi nuttig voor zichzelf (83%) en voor het werkveld (89%), en zowel voor projectontwikkeling (79%) als voor projectevaluatie (85%). Uit tabel 2 blijkt echter ook dat de Preffi 2.0 eerder moeilijk en lang is dan makkelijk en kort. Op de dimensie vervelend/prettig scoort 43% neutraal, terwijl 46% het instrument prettig vond in het gebruik.

Ik vind de Preffi 2.0:	5	4	3	2	1	
waardevol	54	37	6	3	-	overbodig
compleet	48	40	9	3	-	onvolledig
duidelijk	20	57	14	9	-	onduidelijk
overzichtelijk	20	54	14	9	3	onoverzichtelijk
vernieuwend	17	57	23	3	-	achterhaald
prettig om mee te werken	17	29	43	11	-	vervelend om mee te werken
makkelijk	-	26	31	40	3	moeilijk

te kort	-	-	57	40	3	te lang
te compact	3	-	65	29	3	te uitgebreid

Tabel 2: Meningen van 35 praktijkwerkers over de concept Preffi 2.0 als geheel (in %)

Toepassing van de Preffi 2.0 kostte de deelnemers gemiddeld 113 minuten voor het eerste project en 85 minuten voor het tweede. De tijdsinvestering wordt kleiner naarmate men de Preffi vaker toepast.

Uit de open antwoorden en de gehouden interviews kwamen veel suggesties en aanscherpingen voor het gebruik van de Preffi in de praktijk. Deze hebben geleid tot een aantal inhoudelijke aanpassingen en ideeën over manieren waarop de Preffi 2.0 kan worden gebruikt. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op deze gebruikswijzen.

4.5 Aanwijzingen voor gebruik van de Preffi

4.5.1 Gebruik voor eigen of andermans project

Uit het gebruikersonderzoek bleek dat de praktijkprofessional de Preffi vooral opvat als een instrument om een eigen project te beoordelen en te verbeteren. Men doet dit op basis van projectdocumenten. Als daarin informatie over specifieke aspecten ontbreekt, dan is de eigen achtergrondkennis waarschijnlijk voldoende om toch een oordeel te geven. Om een eigen project zo objectief en kritisch mogelijk te beoordelen is meerdere malen de aanbeveling gedaan om de Preffi samen met collega's of een leidinggevende toe te passen.

De Preffi kan ook gebruikt worden om een project van een ander te beoordelen, bijvoorbeeld in het kader van advisering, intercollegiale toetsing, supervisie of intervisie. Naast bestudering van alle bron-documenten is ook een gesprek met de projectleider en/of andere betrokken medewerkers nodig. Voor de beoordeling van aspecten als draagvlak, sturing door de projectleider en afstemming op de cultuur is dit zelfs noodzakelijk. Deze aspecten laten zich lastig toetsen alleen op basis van een projectbeschrijving.

4.5.2 Gebruik in diverse projectfasen en bij diverse projecttypen

Volgens de ontwikkelaars kan de Preffi 2.0 op verschillende momenten in een project worden gebruikt. Bij de start van een project kan de Preffi dienen als een aandachtspuntenlijst voor aspecten die nader moeten worden uitgewerkt. Tijdens een project kan het instrument ondersteuning bieden bij het signaleren van sterke en zwakke punten en het opstellen van verbeterpunten. Na afloop van een project kan de Preffi aanwijzingen geven om de resultaten te verklaren en verbeterpunten te formuleren.

Hoewel men alle clusters van de Preffi moet doorlopen, kan men dat, afhankelijk van het type project, in een verschillende volgorde en met een verschillende intensiteit doen. Zo zijn bij een ontwikkelingsproject de inhoudelijke beginfasen van belang: de analyse van het probleem en het maken van keuzes ten aanzien van doelen, doelgroepen en interventies. Bij een implementatieproject, bijvoorbeeld van een interventie die landelijk ontwikkeld is, vormt de derde fase, de implementatie, vaak het startpunt. Bij een community-project begint men met het creëren van draagvlak (1.1) en het krijgen van overeenstemming over de problemen die men in een project wil aanpakken.

De interviews in het gebruikersonderzoek bevestigden dat de manier waarop men in de praktijk de fasen doorloopt, sterk afhangt van het type project en de omgeving waarbinnen het plaatsvindt. Er wordt teruggerepen naar eerdere fasen, vooruitgekeken naar latere fasen, of de aandacht wordt tijdelijk bij één van de randvoorwaardelijke aspecten gelegd, voordat men verder gaat met de ontwikkeling of uitvoering van het project.

4.5.3 Gebruik op specifiek of algemeen niveau

Het gebruikersonderzoek leerde dat het belangrijk is om voorafgaande aan het gebruik van de Preffi te bepalen op welk niveau men het instrument wil toepassen. Veel projecten bestaan uit

meerdere interventies, die men meer of minder specifiek kan bekijken. Hoe gedetailleerd men de Preffi toepast hangt af van het doel: is men op zoek naar specifieke verbeterpunten, dan verdient het aanbeveling om de Preffi toe te passen op alle afzonderlijke interventies. Wil men enkel een algemene indruk, dan past men de Preffi toe op het geheel van interventies.

4.5.4 Omgaan met ontbrekende of onduidelijke informatie

Uit het gebruikersonderzoek bleek dat het onduidelijk was hoe men operationaliseringsvragen moet beantwoorden als projectinformatie ontbreekt, deze onduidelijk is of als men die niet goed kan beoordelen. In veel van die gevallen werd dan de score 'niet te beoordelen' toegekend. In de conceptversie was dat bij alle criteria mogelijk. In de definitieve versie is het aantal criteria waarop men 'niet te beoordelen' kan scoren ingeperkt tot die criteria die moeilijk door derden 'vanaf papier' zijn te beoordelen, zoals de expertise en eigenschappen van de projectleider (1.3.a). Bij de overige criteria leidt gebrek aan informatie tot een score 'zwak'. In de conceptversie was ook de scorecategorie 'niet van toepassing' opgenomen. Aangezien in het gebruikersonderzoek bleek dat deze zeer zelden werd ingevuld, is deze scorecategorie niet meegenomen in de definitieve versie.

4.5.5 Functie van de Preffi

De huidige vormgeving van de Preffi en de mogelijkheid om cijfers te geven, nodigt uit om de Preffi meer beoordelend en als selectie-instrument tussen projecten te gebruiken. Over de wenselijkheid daarvan lopen de meningen in de gebruikersgroep sterk uiteen, zoals uit het gebruikersonderzoek bleek. Het was de gebruikers niet duidelijk of de Preffi vooral ter kwaliteitsbeoordeling of ter kwaliteitsverbetering bedoeld was. De ontwikkelaars positioneren de Preffi primair als een instrument voor kwaliteitsverbetering. Dat betekent dat de Preffi met name voor diagnostische doeleinden moet worden gebruikt. Als binnen dat kader een kwaliteitsbeoordeling wordt gegeven, dan is die duidelijk gericht op het aanreiken van suggesties voor verbetering.

4.6 Conclusies

Het systematische ontwikkelingsproces van de Preffi 2.0 heeft geleid tot een kwaliteitsinstrument dat wordt gewaardeerd door zowel de directe doelgroep, professionals in de praktijk, als door wetenschappers. Het instrument combineert wetenschappelijke onderbouwing met praktische bruikbaarheid; dit was niet mogelijk geweest zonder de inbreng van wetenschappers en praktijkprofessionals. Daarnaast heeft daadwerkelijke toepassing van een conceptversie in het gebruikersonderzoek zeer veel ideeën opgeleverd over aanpassing van inhoud en lay-out en over mogelijke en wenselijke wijzen van gebruik.

Ondanks de algemene waardering voor de Preffi 2.0 vindt een substantieel deel van de doelgroep de Preffi toch wat moeilijk en lang. Ook liepen professionals bij de pilot-toepassing tegen een aantal problemen op; met name vond men het moeilijk om te gaan met onduidelijke of ontbrekende informatie in projectbeschrijvingen. De ontwikkelaars hebben deze problemen in de definitieve versie zoveel mogelijk trachten te verhelpen of voorkomen, vooral door het aanscherpen van instructies in de gebruiksaanwijzing. Bovendien zal de Preffi in de praktijk vooral gebruikt worden voor toepassing op een eigen project, waarbij men waarschijnlijk over alle benodigde informatie beschikt, terwijl professionals in het gebruikersonderzoek projecten van anderen beoordeelden. Dit alles neemt niet weg dat het gebruiken van de Preffi een gedegen training vraagt.

De operationalisering en normering doet mogelijk vermoeden dat de Preffi 2.0 meer op beoordelen dan op verbeteren is gericht; dit is nadrukkelijk niet de opzet en wens van de ontwikkelaars. De hoofdgedachte achter het operationaliseren en normeren is dat professionals specifiek en normatiever naar hun project of dat van hun collega's kunnen kijken, waardoor zij naar verwachting ook specifiekere verbeterpunten kunnen opstellen.

Noten

- a. Dr. Stephan van den Broucke, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie; Prof. dr. Johannes Brug, Erasmus MC; Dr. Willy de Haes, GGD Rotterdam; Dr. Maria Koelen, Universiteit Wageningen; Dr. Theo Paulussen, TNO Preventie & Gezondheid.
- b. Deze 53 praktijkwerkers waren werkzaam bij landelijke instellingen, GGD'en, Riagg's, instellingen voor verslavingzorg en thuiszorginstellingen.

Referenties

- 1 *Molleman GRM, Hosman CMH*. Ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument voor de effectiviteit van gvo/preventie-programma's, De Preff, ontwikkeling en ervaringen en uitgangspunten voor een Preffi 2.0. (geaccepteerd door TSG, 2003).
- 2 *Molleman GRM, Driel W van, Keijsers JFEM*. Preventie Effectiviteits-Instrument, PREFFI 1.0, Ontwikkeling van een effectiviteitsinstrument voor de gvo/preventiepraktijk. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1995.
- 3 *Peters LWH, Molleman GRM, Hielkema JE*. Preffi, implementatietraject 1997-99. Woerden: NIGZ, 2000.
- 4 *Molleman GRM, Kok HH, Hommels LH*. Preffi, Brug tussen kennis en praktijk. Woerden: NIGZ, 2000.
- 5 *Molleman GRM*. Implementing the Preffi: the use of guidelines for practitioners in the Netherlands. In: Best Practices, a selection of papers on Quality and Effectiveness in Health Promotion. Helsinki/Talinn: Finnish Centre for Health Promotion, 1999.
- 6 *Jong MDT de, Schellens PJ*. Formatieve evaluatie. In: Schellens PJ, Klaassen R, Vries S de. Communicatief ontwerpen. Methoden, perspectieven en toepassingen. Assen: Van Gorcum, 2000.
- 7 *Walburg, JA*. Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg. Deventer: Kluwer, 1997.
- 8 *Donabedian A*. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1: The definitions of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
- 9 *Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH*. Intervention mapping: designing theory- and evidence-based health promotion programs. Mountain View, CA: Mayfield, 2001.
- 10 *Brug J, Schaalma H, Kok G, Meertens RM, Molen HT van der*. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 2000.
- 11 *Glanz K, Lewis FM, Rimer BK*. Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997.
- 12 *Green LW, Kreuter MW*. Health promotion and planning: an educational and ecological approach. Mountain View, CA: Mayfield, 1999.
- 13 *Kok G*. Quality of planning as a decisive determinant of health education effectiveness. Hygie 1992;11:3-9.
- 14 *Mullen PD et al*. Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types. Prev Med 1985;14:753-81.
- 15 *Rada J, Ratima M, Howden-Chapman P*. Evidence-based purchasing of health promotion: methodology for reviewing evidence. Health Promotion Int 1999;14:177-87.
- 16 *CSAP (Center for Substance Abuse Prevention)* Prevention Enhancement Protocols System (PEPS) official document, subwebsite van preventiondss.com met informatie over deze reviewmethodiek.
- 16 *Cochrane Collaboration*. Cochrane.org, website van de Cochrane organisatie over systematische reviews.
- 18 *NHS Centre for Reviews and Dissemination (CRD), York University*. york.ac.uk/inst/crd website van dit Engelse review-centrum.
- 19 *McQueen DV*. Perspectives on health promotion: theory, evidence, practice and the emergence of complexity. Health Promotion Int 2000;15:95-7.
- 20 *McQueen DV, Anderson LM*. What counts as evidence: issues and debates on evidence relevant to the evaluation of community health programs. In: Rootman I, Goodstadt M, McQueen D, Potvin L, Springett J, Ziglio E. (Eds.). Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives. Copenhagen: WHO/EURO, 1999.
- 21 *Tones K*. De evaluatie van gezondheidsbevordering; een verhaal van drie fouten. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1999;77:24-28.
- 22 *Koelen MA, Vaandrager L, Colomer C*. Health Promotion Research; dilemmas and challenges. J. Epidemiol Community Health 2001;55:257-62.
- 23 *Molleman GRM, Peters LWH, Hommels LM, Ploeg MA*. Preventie Effectmanagement Instrument Preffi 2.0 Scoreboek. Woerden: NIGZ, 2003.
- 24 *Peters LWH, Molleman GRM, Hommels LM, Ploeg MA, Hosman CMH, Llopis E.J*. Preventie Effectmanagement Instrument Preffi 2.0 Toelichting. Woerden: NIGZ, 2003.
- 25 *Bracht N*. (ed) Health promotion at the community level: new advances (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage, 1999.

- 26 *Laverack G, Labonte R*. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy Planning* 2000;15:255-62.
- 27 *Minkler M, Wallerstein N*. Improving health through community organization and community building. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (eds). *Health behavior and health education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1996:241-69.
- 28 *Bekkering T, et al*. Management van processen, succesvol realiseren van complexe initiatieven. Utrecht: Het Spectrum, 2001.
- 29 *Groote GP*. Projecten leiden, methoden en technieken voor projectmatig werken. Utrecht: Het Spectrum/Marka, 1997.
- 30 *Saan H, Molleman G, Vermeer V, Dale D van*. Projectmanagement: het opus-model Woerden: NIGZ, 2002.
- 31 *Contento I, Balch GI, Bronner YL, et al*. The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs, and research: a review of research [Special issue]. *Journal of Nutrition Education* 1995;27:279-419.
- 32 *Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (eds)*. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997.
- 33 *Godin G, Kok G*. The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related problems. *Am J Health Prom* 1996;11:87-98.
- 34 *Pretty JN*. Regenerating agriculture: policies and practice for sustainability and self-reliance. London: Earthscan Publications Ltd., 1995.
- 35 *Rifkin SB, Lewando-Hundt G, Draper AK*. Participatory approaches in health promotion and health planning: a literature review. London: Health Development Agency, 2000.
- 36 *Airhihenbuwa CO*. *Health and culture: beyond the Western paradigm*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.
- 37 *Huff RM, Kline MV (eds)*. *Promoting health in multicultural populations: a handbook for practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1999.
- 38 *Durlak JA*. Why program implementation is important. *J Prev Inter Community* 1998;17:5-18.
- 39 *Grol RTPM, et al*. Invoering van richtlijnen en veranderingen. Utrecht: De Tijdstroom, 1994.
- 40 *Grol RTPM, Wensink M (red)*. Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001.
- 41 *Hulscher M, Wensing M, Grol R*. Effectieve implementatie: theorieën en strategieën. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 2000.
- 42 *Oldenburg B, Hardcastle DM, Kok G*. Diffusion of innovations. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (eds). *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997:270-86.
- 43 *Paulussen TGW*. Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1994.
- 44 *Rogers EM*. *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York: The Free Press, 1995.
- 45 *Splunteren PT van, Borselaar H, et al*. Werken aan vernieuwing: handreikingen voor ontwikkeling en implementatie van vernieuwingen in de ouderenzorg. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland/lpso Facto, 1998.
- 46 *Splunteren P van*. De kunst van het implementeren is het voeren van een goede dialoog. *Mediator* 1999;1:20-1.
- 47 *Butterfoss FD, Francisco VT, Capwell EM*. Stakeholder participation in evaluation. *Health Promotion Practice* 2001;2:114-9.
- 48 *Dijker A, Van Dongen M, Brug J*. Evaluatie van gezondheidsvoorlichting. In: Brug J, Schaalma H, Kok G, Meertens R, Molen HT van der (red). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum, 2000:133-58.
- 49 *Francisco VT, Capwell EM, Butterfoss F*. Evaluation in practice: getting off to a good start with your evaluation. *Health Promotion Practice* 2000;1:126-31.
- 50 *Migchelbrink F*. *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Utrecht: SWP, 2000
- 51 *Nutbeam D*. Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health Promotion International* 1998;13:27-44.
- 52 *Nutbeam D*. Evaluatie van oorzaak en gevolg in gezondheidsbevorderingsprojecten: aanpassing van onderzoeksmethoden aan interventiemethoden. *TSG* 1999;77:15-23.
- 53 *Swanborn PG*. *Evalueren*. Amsterdam: Boom, 1999.

- 54 *Dusenbury L, Falco M.* Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *J School Health* 1995;65:420-5.
- 55 *Jane-Llopis E.* What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention. Nijmegen: Quickprint, 2002.
- 56 *Van Gageldonk A, Cuijpers P.* Effecten van verslavingspreventie: overzicht van de literatuur. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.
- 57 *Pieterse M.* Stoppen met roken met hulp van de huisartspraktijk. Ontwikkeling, toetsing en implementatie van een minimale interventiestrategie. Enschede: Universiteit Twente, proefschrift, 1999.
- 58 *Meurs LH van.* Concept Preffi 2.0, betrouwbaarheid en bruikbaarheid. Woerden: NIGZ, 2002.