

Hoofdstuk 2

Ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument voor de effectiviteit van gvo/preventie-programma's

De Preffi 1.0, ontwikkeling, ervaringen en uitgangspunten voor een Preffi 2.0

Gepubliceerd als:

Molleman, G. R. M. and Hosman, C. M. H. (2003) Ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument voor de effectiviteit van gvo/preventie-programma's; de Preffi 1.0, ontwikkeling en ervaringen en uitgangspunten voor een Preffi 2.0. *TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 81, 238-246.

2.1 Inleiding

Wat maakt gezondheidsbevorderingsprogramma's effectief? Hoe worden projecten zo opgezet en uitgevoerd dat de kans op effectiviteit maximaal is? Sinds het begin van de jaren negentig zijn deze vragen dominant aan de orde binnen de gezondheidsbevordering en preventie in Nederland. Met het programma Preventie van Zorg Onderzoek Nederland is effectiviteit als thema prominent en blijvend op de agenda gezet.

Er is de afgelopen 20 jaar ook veel onderzoek naar uitgevoerd. Daaruit komt een beeld naar voren van een grote variatie in de mate waarin gezondheidsbevorderings- en preventieprogramma's evidencebased zijn.[1-4] Hoewel er internationaal inmiddels voor veel programma's significante effecten zijn aangetoond blijkt de omvang van deze effecten gemiddeld echter nog matig te zijn. In meta-analyses over grote aantallen gecontroleerde effectstudies[5-7] zijn gemiddelde effect-sizes (ES) gevonden rond 0,27. Dit betekent dat deelnemers aan preventieprogramma's gemiddeld 15% meer verbetering vertonen dan de mensen in controlegroepen. Programma's vertonen een grote variatie in effectiviteit. Naast zeer effectieve en matig effectieve programma's zijn er ook laag- en niet effectieve programma's, en blijken programma's slechts effectief bij een selectief deel van de doelgroep. De effectieve programma's kunnen nog de nodige effectiviteitswinst boeken, zowel in termen van effect, bereik en efficiëntie.

Om effectieve programma's te ontwikkelen, te verbeteren en uit te voeren is grip nodig op evidence-based factoren die de effectiviteit van gezondheidsbevorderings- en preventieprogramma's beïnvloeden. Deze evidence-based factoren worden in interventieonderzoek doorgaans effectpredictoren genoemd. Kennis over effectpredictoren is voor programma-ontwikkelaars en praktijkwerkers uitermate nuttig, wanneer deze kennis vertaald wordt in handzame richtlijnen om systematisch de effectiviteit van het werk te verhogen. Van praktijkwerkers wordt immers gevraagd om vaak op korte termijn zo effectief mogelijke preventieve programma's en interventies voor een specifiek probleem op te zetten. Het beïnvloeden van de effectiviteit via het uitvoeren van gecontroleerd onderzoek, vereist een lange termijn investering met lange periodes tussen programma-ontwikkeling en de momenten waarop informatie over effecten worden teruggekoppeld. Dit is een uiterst traag proces. Hoewel zorgvuldig uitgevoerde effectstudies noodzakelijk zijn, is het voor beleidsmakers en praktijkwerkers essentieel om daarnaast ook over kortere feedback-processen te beschikken. Dit onderstreept de noodzaak om al gedurende het proces van programma/project-ontwikkeling en – implementatie te kunnen beschikken over hanteerbare criteria en ijkpunten, die feedback geven over de mate waarin verwacht mag worden dat bepaalde programma's en hun uitvoering ook daadwerkelijk zullen leiden tot de beoogde effecten.

Vanuit deze gedachte is in het midden van de jaren negentig met het Preffi-traject vanuit het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) een lange termijn proces in gang gezet om de effectiviteit van gezondheidsbevordering en preventie te verhogen door een systematische en kritische reflectie op programma's en projecten te stimuleren. Kern van het Preffi-traject is het Preffi-instrument, een richtlijnenlijst met items die van belang zijn voor de effectiviteit van gvo/preventieprojecten. De items reflecteren enerzijds de wetenschappelijke kennis over effectpredictoren, anderzijds de inzichten die vanuit een kritische discussie met de praktijk over effectpredictoren naar voren zijn gekomen (praktijkkennis).

De Preffi wordt door gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers vooral gebruikt als hulpmiddel bij het ontwikkelen en implementeren van effectieve interventies. Ook kan het instrument een rol spelen bij het monitoren van de voortgang van een interventie en geeft het een kader voor de procesevaluatie van een interventie.

Een essentieel kenmerk van het Preffi-traject is het stelselmatig en planmatig verbeteren en uitbreiden van de instrumenten die kunnen worden ingezet om effectverbetering van preventieprogramma's en gezondheidsbevordering te realiseren. Zo zullen periodiek nieuwe versies van het Preffi-instrument worden ontwikkeld om de validiteit en bruikbaarheid van het instrument verder te verbeteren en regelmatig nieuwe kennis over effectpredictoren in het instrument te integreren.

In dit artikel worden de ervaringen beschreven die in de periode 1995-2001 zijn opgedaan met het gebruik van de Preffi. Hierover zijn op meerdere momenten systematisch gegevens verzameld bij de gebruikers van het instrument. De resultaten hiervan worden

in dit artikel gepresenteerd, voor zover deze van belang zijn voor de tweede fase in het Preffi-traject, waarin de Preffi 2.0-versie wordt ontwikkeld. Ter inleiding wordt de Preffi 1.0 gepositioneerd en de vorm en inhoud worden toegelicht.

2.2 De Preffi

2.2.1 *Aanleiding*

De aandacht voor effectiviteit ontstond binnen de gvo/preventie-sector in Nederland in het midden van de jaren tachtig.[8-10] Ook beleidsmatig werd de vraag naar effectiviteit indringend gesteld.[11] Effectiviteit werd een van de specifieke thema's in de bredere nationale aandacht voor kwaliteit in de gezondheidszorg (Leidschendam-conferenties). Binnen het kwaliteitstraject *Actieprogramma kwaliteit voor gvo/preventie*[12] was er aandacht voor (1) de ontwikkeling van professionaliteit en het beroep van gvo/preventiewerker (beroepsprofiel, beroepscode, registratie- en nascholingstrajecten), (2) de organisatie waarbinnen gvo/preventie zich afspeelde en (3) het eigenlijke werkproces, met daarbinnen het effectiviteitsvraagstuk als centraal thema. De voorloper van het NIGZ (het Landelijk Centrum GVO) startte in 1993 een traject gericht op een analyse en sturing van de effectiviteit van gvo/preventie-interventies. Een onderdeel van dit traject was de ontwikkeling van een instrument, *Analys*, waarmee het gepubliceerde effectonderzoek op een gestandaardiseerde wijze kan worden geanalyseerd.[13] Dit instrument is tot stand gekomen in samenwerking met verschillende onderzoekers op het terrein van gezondheidsbevordering. *Analys* is uitgetest in verschillende themagebieden binnen gvo/preventie settings en werd in 1995 gebruikt voor het reviewen van de internationale literatuur over de effectiviteit van health promotion interventies binnen een vijftiental aandachtsgebieden.[14] Deze reviews bevatten veel bruikbare inzichten voor de praktijk. Het probleem is echter dat het overgrote deel van de praktijkwerkers geen reviews raadpleegt. Er ontbrak een systeem om te bevorderen dat kennis uit reviews op een systematische manier toegankelijk wordt voor praktijkwerkers en door hen benut wordt voor kwaliteitsverbetering van het werk. Vanuit deze gedachte bleek het wenselijk om een richtlijnenlijst voor praktijkwerkers te ontwikkelen die gebaseerd is op de resultaten van wetenschappelijke inzichten en systematisch reviews.

2.2.2 *Ontwikkeling*

In 1994 is gestart met de systematische ontwikkeling van een dergelijke richtlijnenlijst. Naast een inventarisatie van wetenschappelijke inzichten en een oriëntatie op het ontwikkelen van richtlijnen[15-20] werden uitgebreide interviewrondes gehouden met praktijkwerkers. Op basis van zo verkregen informatie zijn concept-richtlijnen opgesteld, welke in debatrondes en workshops met de toekomstige gebruikers, de praktijkwerkers, zijn doorgesproken. Dit mondde in 1995 uit in de introductie van het Preventie Effectiviteits Instrument, de Preffi 1.0.[21]

2.2.3 *Praktijkperspectief centraal*

Bij de ontwikkeling van de Preffi stond voorop dat het een bruikbaar instrument voor de praktijk zou moeten worden. Daarom zijn in de Preffi niet alleen effectpredictoren opgenomen waarvoor empirisch onderzoek reeds voldoende en overtuigende bewijsvoering heeft opgeleverd, zoals bijvoorbeeld 'kwaliteit van de planning' en 'het toepassen van sociale leerprincipes'. [22] Vanuit een praktijkperspectief dienen ook essentiële implementatiekenmerken, managementaspecten en randvoorwaarden opgenomen te worden, bijvoorbeeld haalbaarheid, draagvlak, en beschikbaarheid van voldoende menskracht, geld en tijd. Over de relevantie van deze laatste aspecten voor effectiviteit was nog weinig empirische kennis voorhanden, maar wel bruikbare inzichten uit de praktijk.

Een ander 'bruikbaarheids'aspect betreft het gegeven dat in de praktijk interventies vaak van elders worden overgenomen. Vooral door de toename van het internationaal uitwisselen van evidence-based programma's en 'best practices' en de noodzaak deze aan te passen aan culturele en lokale omstandigheden is de behoefte gegroeid naar

inzichten in wat aangepast moet worden en wat juist onveranderd moet blijven om effectiviteit te continueren.[23,24]. De nieuwe context waarbinnen deze interventies worden toegepast en uitgevoerd is zelden identiek aan die waarbinnen zij oorspronkelijk werden ontwikkeld en effectief gebleken zijn. Dit kan voor de opzet van een project vergaande consequenties hebben. Dit onderstreept de behoefte aan een richtlijnenlijst waarin algemene principes zijn opgenomen over de opzet en het verloop van werkprocessen in gvo/preventie die tot zo effectief mogelijke interventies leiden. De praktijkwerker zal deze werkzame elementen zelf moeten toepassen in de eigen specifieke context, zowel wanneer nieuwe interventies worden ontworpen alsook bij overname en aanpassing van interventies die elders al effectief bleken. De intentie om de Preffi bruikbaar te maken voor praktijkwerkers heeft veel invloed gehad op de vormgeving van het instrument. Uit de dialoog met gebruikers bleek dat men behoefte had aan een korte en overzichtelijke lijst, uitnodigend en stimulerend om eigen producten en werkprocessen te kunnen beoordelen. Bovendien wilde men via de Preffi niet alleen tot een kwaliteitsoordeel komen, maar ook de nadruk leggen op het identificeren van concrete verbeterpunten. De Preffi heeft daarmee de vorm en opzet van een instrument zowel voor kwaliteitsbeoordeling als voor kwaliteitsverbetering.

2.2.4 Welke aandachtspunten omvat de Preffi?

De effectbevorderende condities zijn in de Preffi teruggebracht tot tien aandachtspunten en enkele randvoorwaarden, die essentieel geacht worden in het proces van kwaliteitsverbetering en effectverbetering. We hebben deze aandachtspunten 'criteria' genoemd en ieder criterium onderverdeeld in een aantal subcriteria. Tezamen zijn zij weergegeven op één hanteerbare, tweezijdige kaart van A4-formaat: het Preffi-instrument. De criteria volgen de logische stappen van een planningsmodel:

- analyse, waartoe de aard en omvang van het probleem behoren alsmede de determinanten van het probleem
- het maken van keuzes, successievelijk met betrekking tot doelen en doelgroepen en daarbij aansluitende interventievormen, met speciale aandacht voor het inbouwen van effectieve elementen, vooral ontleend aan de sociale leertheorie.
- pretest, uitvoer en implementatie van de interventies
- evaluatie, zowel proces- als effectevaluatie
- randvoorwaarden en management van het project, waaronder de persoon van de uitvoerder.

De Preffi nodigt de gebruiker uit om een project op het terrein van gezondheidsbevordering en preventie te beoordelen op de verschillende criteria, verbetermogelijkheden aan te geven, deze te prioriteren en vervolgens te realiseren (zie Preffi 1.0 als bijlage op deze CD ROM).

2.2.5 Preffi in internationaal perspectief.

De ontwikkeling van de Preffi sluit goed aan bij inzichten uit soortgelijke kwaliteitsprojecten in andere landen, zoals in Vlaanderen[25], Zweden[26], Engeland[27], Duitsland[28], Zwitserland[29] en Canada[30]. Ook vanuit wetenschappelijke zijde zijn de afgelopen jaren diverse initiatieven genomen om wetenschappelijke inzichten te ontwikkelen over factoren die van invloed zijn op de effectiviteit.[31-34] In de Preffi, versie 2.0, zullen nieuwe inzichten uit deze trajecten verwerkt worden. Deze nadruk op effectiviteit, niet alleen vanuit een wetenschappelijk maar ook vanuit een praktijkperspectief, maakt het Preffi-traject ook in internationale zin tot een uniek project.

2.3 Ervaringen bij het verbeteren van effectiviteit met de Preffi

2.3.1 Vraagstelling implementatietraject

Vanaf 1997 is in Nederland gewerkt aan de systematische implementatie van de Preffi 1.0 binnen het gvo/preventieveld.[35,36] Dit implementatietraject is met onderzoek begeleid en diende met name om antwoord te geven op de volgende vragen:

- § In welke mate en op welke wijze wordt de Preffi 1.0 gebruikt in het veld van gezondheidsbevordering en preventie
- § Wat zijn op basis van het gebruik in deze periode de sterke en zwakke punten van de Preffi 1.0
- § Welke aanbevelingen kunnen op basis daarvan gegeven worden over :
 - a. de gewenste inhoud van een volgende versie van de Preffi
 - b. de wijze waarop de Preffi verder moet worden ontwikkeld.

2.3.2 *Methode van onderzoek*

Begin 1997 is middels een vragenlijst een nul-meting gehouden onder een representatieve steekproef van de gvo/preventiewerkers in Nederland. Hiervoor is een kwart van de praktijkwerkers in Nederland ad random benaderd. Van deze 169 personen zijn 120 ingevulde vragenlijsten ontvangen. Dat leverde een representatieve respons op van 71%. Eind 1999 is voor de eind-meting de helft van de beroepsgroep benaderd. Van de 454 uitgezette vragenlijsten kwamen er 316 tijdig terug (70%).

Bij de vragenlijstconstructie over de determinanten van het Preffi-gebruik is de Theorie van Gepland Gedrag en het ASE-model [37] als belangrijk uitgangspunt genomen. Er zijn vragen opgenomen over onder andere de bekendheid met en het gebruik van de Preffi, opvattingen over de Preffi, eigen effectiviteit in het gebruik ervan, ervaren steun uit de omgeving, de intentie om de Preffi te gebruiken en voorkeuren voor ondersteuning. Bij de nameting in 1999 is ook naar de fase van gedragsverandering (stage of change) gevraagd om de mate van gebruik van de Preffi te meten.[38]

Daarnaast zijn in 1998 van 64 gemotiveerde gvo/preventiewerkers tijdens een achtal intake-workshop systematisch data verzameld. Hierdoor werd duidelijk op welke manieren zij de criteria van de Preffi 1.0 ook daadwerkelijk toepassen in hun eigen praktijk. Ook via proces-evaluaties over de trainingstrajecten, advies- en consultatiegesprekken over het gebruik van de Preffi 1.0 zijn hierover gegevens verzameld.

2.3.3 *Uitgevoerde interventies*

Gefinancierd door Zorg Onderzoek Nederland (ZON), zijn een groot aantal implementatie-gerichte interventies uitgevoerd die tot doel hadden:

- Het *bekend maken* van de Preffi, zoals via publicaties, mailingen, lezingen en een jaarlijkse Preffi-prijs.
- Het *stimuleren van het gebruik* van de Preffi via lezingen, workshops en artikelen met voorbeeldverhalen van collegae.
- Het *ondersteunen van het gebruik* van de Preffi via een handleiding, workshops, trainingen en adviseringsactiviteiten.

Deze mix aan implementatie-interventies sluit aan bij het gegeven dat de doelgroep van gvo/preventiewerkers uit verschillende segmenten bestaat wat betreft de fase van adoptie en het gebruik van de Preffi: niet bekend met de Preffi, twijfelen of men hem wil gebruiken, oefenen in het gebruik en het blijven gebruiken van de Preffi in de eigen werksituatie. Dit is een indeling die in implementatiemodellen vaak wordt gebruikt.[39,40]

2.3.4 *Resultaten*

Uit de nul-meting bleek dat op basis van het ontwikkelingstraject (1994-1995) en de publicaties daarover de Preffi al redelijk bekend was (75%), maar nog niet systematisch en incidenteel werd toegepast. Op grond hiervan zijn als doelen voor het implementatietraject gesteld dat na drie jaar (eind 1999) 90% de Preffi kent, 40% de Preffi minimaal eenmaal heeft gebruikt en 20% de Preffi als standaardinstrument gebruikt. Bovendien zou het gebruik van de Preffi door belangrijke anderen (managers, opleiders etcetera) gesteund en gestimuleerd moeten worden.

In de eindmeting uit 1999 is vastgesteld dat de gestelde doelen waren gehaald: 96% kende de Preffi, 50% gebruikte de Preffi af en toe en rond de 35-40% gebruikte de Preffi overeenkomstig de oorspronkelijke operationalisatie. Voor de sectoren GGD en landelijke voorlichtingsinstellingen lag dat percentage rond de 50%, voor de GGZ, inclusief verslavingssector op 40% en voor de thuiszorg op 25%.

Als we overeenkomstig het transtheoretisch model van Prochaska[38] duurzaam gebruik als criterium nemen, dan blijken de gebruikpercentages lager te liggen namelijk: 18%. De Preffi wordt meestal flexibel toegepast, dat wil zeggen doorgaans worden alleen die delen van de Preffi toegepast, die in een specifieke context relevant zijn. Voor, tijdens de voorbereiding van een project en in iets mindere mate tijdens het project of achteraf wordt de Preffi erbij gepakt.

Het gebruik van de Preffi blijkt de praktijkwerker te stimuleren op een systematische manier na te gaan of en hoe men aandacht heeft geschonken aan de verschillende voorwaarden voor een effectieve interventie. Uit de analyse van de data en de ervaringen in de trainingsbijeenkomsten komt het volgende algemene beeld naar voren. GVO/preventiewerkers zijn sterk actiegericht en maken in het kader van een project snel de keuze voor een of meer interventievormen. De keuze van de interventievorm blijkt vooral gemotiveerd te worden vanuit eerdere praktijkervaringen met interventiemethoden, het beheersen van uitvoeringsvaardigheden en het vertrouwen in de werkzaamheid ervan op basis van praktijkervaringen elders. Bovendien worden vooral die interventievormen gekozen die passen binnen de taakopvatting van de instelling, acceptabel zijn voor de samenwerkingspartners, mogelijk zijn binnen de budgettaire kaders en die – vaak een uitdrukkelijke wens van management of financier - snel een zichtbaar resultaat opleveren. We kunnen concluderen dat het hoofdzakelijk praktische redenen zijn die de keuze voor een bepaalde interventie bepalen. Het bleek voor praktijkwerkers heel wat lastiger om de interventie keuze te motiveren vanuit inhoudelijke overwegingen. Bewezen effectiviteit van de interventie voor de context waarbinnen die wordt uitgevoerd is in de meeste gevallen niet voorhanden, of men is daar niet van op de hoogte. Inhoudelijke motieven om voor een bepaalde interventie te kiezen blijven doorgaans erg algemeen. Voor veel praktijkwerkers blijkt het lastig om theorieën toe te passen op de eigen concrete situatie. Men wordt daar ook nauwelijks toe uitgedaagd. Zo bestaat er bij velen nog weinig zicht op de determinanten en de invloed die deze determinanten op het probleem hebben. Uit de analyses van de intakeworkshops[36] blijkt dat 35% van de deelnemers daar zelfs in het geheel nog geen aandacht aan heeft besteed. De doelen worden te algemeen geformuleerd. In 90% wordt wel benoemd wat men bij wie wil bereiken, maar slechts 29% geeft aan in welke mate en 39% op welke termijn men een doel wil bereiken. Slechts in 40% van de gevallen was er volgens de gvo/preventiewerkers sprake van een meetbaar doel. Dat maakt het moeilijk om te evalueren en dus te leren van de eigen ervaringen. Ook bleek dat men in slechts 34% van de projecten het project opzette in samenwerking met de doelgroep en dat men nauwelijks op de hoogte was van de veranderingsbereidheid van de doelgroep.

Een van de doelstellingen binnen het implementatietraject, namelijk dat het gebruik van Preffi door belangrijke anderen, met name leidinggevend, sterk zou worden gesteund en gestimuleerd is niet bereikt. Gvo/preventiewerkers gaven aan dat er buiten de eigen collega's en het eigen team nauwelijks een stimulans bestond van managers en anderen om de Preffi te gebruiken.

De attitude van de ondervraagde praktijkwerkers tegenover de Preffi is in het algemeen positief. De volgende aspecten scoren vooral hoog. Men vindt het belangrijk om het effect van preventieprojecten te analyseren en ook dat er één gezamenlijke lijst voor de ontwikkeling van het vak is ontwikkeld. De Preffi vindt men een belangrijk, ondersteunend en bruikbaar hulpmiddel. Het onderzoek maakt duidelijk dat de attitude tegenover de Preffi veruit de belangrijkste voorspeller is van de intentie om de Preffi te gebruiken. De sociale invloed en de eigen effectiviteit voegen elk nog een deel toe. Tzamen verklaren ze 38% van de variantie in de intentie.

2.3.5 *Wat levert gebruik van de Preffi op voor de directe gebruiker?*

Het ervaren belang van de Preffi werd ook zichtbaar in de praktijk, zo bleek tijdens de trainingen en workshops. Een systematische analyse van de eigen interventies met de Preffi leverde tal van verbeter suggesties en soms aanpassingen van de interventies op. Enkele van de meest in het oog lopende voorbeelden waren:

- Vaak vindt er in eerste instantie geen verandering plaats in de interventie zelf, maar leidt het gebruik van de Preffi tot een beter inkaderen ervan in een theoretisch model

en het gebruik van theorieën. Hierdoor werd men zich bewust van andere belangrijke determinanten en daarmee samenhangende perspectieven op interventies. Dit leidde bovendien tot meer theoretisch onderbouwde doelen, doelenketens en doelenbomen.

- Men kon beter motiveren en scherper omschrijven welke doelen voor welk deel van de doelgroep relevant waren. De gestelde doelen werden daardoor reëler, concreter, beter meetbaar en minder ambitieus. Ook de vraag of de intensiteit van de interventie voldoende is om het doel te realiseren kwam scherper op tafel te liggen. Het evalueren van projecten krijgt daardoor meer aandacht.
- Deze manier van werken leidt tot meer realistische keuzen. Men schat beter in wat wel en niet mogelijk is met een interventie, binnen de aanwezige randvoorwaarden. Daarmee voorkomt men overdreven verwachtingen bij managers en financiers, die nu nog vaak bestaan. Reëlere ambities leiden tot grotere tevredenheid bij de gvo/preventiewerker en diens opdrachtgevers.
- Veel praktijkwerkers hebben hun opleiding al jaren achter zich. Het werken met de Preffi is daarom voor velen een stimulans om kennis te maken met nieuwe wetenschappelijke inzichten, met name betreffende bruikbare theorieën, evidentie voor effectiviteit van interventies, implementatie, en projectmanagement. Bovendien wordt het gebruik van reviews en andere kennisbronnen gestimuleerd.

2.3.6 *Kanttelingen bij het gebruik van de Preffi*

Gevraagd naar de nadelen van het gebruik wordt vooral de vrees genoemd dat het veel tijd kost om de Preffi in de praktijk te gebruiken. Opvallend is dat dit argument vooral speelt bij mensen die de Preffi nog niet hebben gebruikt. Voorts laten de ervaringen uit het implementatietraject zien dat het niet eenvoudig is om de Preffi volledig toe te passen. De Preffi benoemt de criteria die van belang zijn voor effectiviteit, maar geeft niet aan wanneer men aan de criteria voldoende aandacht heeft besteed. Veelvuldig is naar voren gebracht dat men een standaard mist waartegen men de eigen werkzaamheden kan afzetten. Daarnaast spelen de aspecten die hieronder worden benoemd een rol.

2.4 **Ervaren spanning tussen wenselijkheid en werkelijkheid**

Meer in het algemeen maakt het werken met de Preffi een aantal contrasten zichtbaar tussen wat men wenselijk vindt en de mogelijkheid om dat in de praktijk te realiseren.

Een eerste constatering betreft de inmiddels ook door praktijkwerkers erkende wenselijkheid om evidence-based te werken, dus met interventies die gericht zijn op bewezen risicofactoren en waarvan de effectiviteit eerder is aangetoond. In de praktijk staat echter tal van barrières het evidence-based werken in de weg. Zo is het in de praktijk vooral de context (mogelijkheden, positie, draagvlak, samenwerkingspartners, eigen ervaringen) die de keuzes in de praktijk bepalen. Dit weerspiegelt dat ook implementatieaspecten een belangrijke voorwaarde vormen voor het evidence-based kunnen werken. Bovendien beperkt effect-onderzoek zich vaak tot het aantonen dat een interventie in een specifieke context effectief is, met andere woorden 'evidence' is doorgaans context afhankelijk. Om te beoordelen of de interventie ook in de eigen context effectief zal zijn, is er in de praktijk veel behoefte aan inzicht in de werkzame principes en minimum-condities die voor effectiviteit nodig zijn.

Voor een Preffi 2.0 betekent dit dat de 'context' een meer centrale plaats moet krijgen. De omgeving waarin gezondheidsbevordering zich afspeelt kent een hoge mate van complexiteit. Van eenduidige causaliteiten is nauwelijks sprake, het gaat om het vinden en toepassen van de best mogelijke oplossingen binnen de geboden mogelijkheden en situationele beperkingen. Omdat ook aspecten als organisatorische voorwaarde en draagvlak een rol als succesfactor spelen wordt de inbreng en de positie van de projectleider belangrijker.

De afgelopen jaren is het belang van evaluaties van interventies en het aantonen van effectiviteit nadrukkelijk op de agenda gezet. Daarbij is veel aandacht besteed aan zo valide mogelijke effectstudies. Dit heeft geleid tot een significante toename van het aantal onderzoeksprojecten. Er heeft echter ook een overaccentuering plaatsgevonden van het belang van gecontroleerde studies. Bij veel praktijkwerkers is daardoor het gevoel

toegenomen dat ze handelingsonbekwaam zijn om aan evaluatie te doen. Het effect is dat er feitelijk weinig geëvalueerd wordt. Ook andere makkelijker te gebruiken evaluatietypen, zoals procesevaluatie, case-studies en monitoringsystemen worden onvoldoende toegepast. Dat is jammer, want het genereren van feedback en daarvan leren is een van de meest krachtige stimulansen om het werk te verbeteren. Op verschillende plekken in de Preffi is daarom meer expliciete aandacht voor monitoring, evaluatie en evaluatievormen nodig.

Er zijn steeds meer aanwijzingen dat participatie van de doelgroep bij de ontwikkeling van preventiebeleid een cruciale factor is in het bereiken van de doelgroep, het welslagen van projecten en het realiseren van duurzame effecten.[3] Ook elders in de samenleving wordt het belang van doelgroepparticipatie onderkend, zoals in het sociaal beleid, integratiebeleid, grote stedenbeleid, criminaliteitspreventie, etcetera. De noodzaak en wenselijkheid om te werken vanuit een community-benadering is de afgelopen jaren toegenomen. In de dagelijkse werkelijkheid van de gvo/preventiepraktijk gebeurt dit slechts incidenteel. Met de doelgroep samenwerken bleek volgens het workshop-onderzoek slechts in 34% van de gevallen voor te komen.[36] In een volgende Preffi is meer aandacht nodig voor deze samenwerking en het verwerven van draagvlak binnen de doelgroep. Oog voor de specifieke cultuuraspecten is daarbij essentieel. Het kiezen voor een 'bottom up' benadering is nog niet iedere professional gegeven. Ook de relatief korte duur van interventie- en onderzoeksprojecten die we in Nederland kennen, maakt het niet makkelijk om een community-benadering toe te passen en te evalueren. Dat vereist vaak structurele inspanningen gedurende een groter aantal jaren.

2.5 Consequenties voor de Preffi 2.0

In 2001 is gestart met het ontwerpen van de Preffi, versie 2.0. Goede elementen zullen behouden blijven. Veranderingen zullen aangebracht worden op een aantal aspecten. Een aantal is hierboven behandeld, een aantal komt voort uit ervaringen met het gebruik van de Preffi 1.0 en de behoefte andere aspecten extra te benadrukken. Samengevat gaat het om wijzigingen de volgende terreinen.

- *Inhoud van de Preffi*

Nieuwe wetenschappelijke inzichten zullen opgenomen worden. Inhoudelijke aanscherpingen zullen uitgewerkt worden over context en randvoorwaarden, gebruik van theorieën, evaluatievormen, belang van cultuur, betrokkenheid van de doelgroep en nieuwe inzichten over implementatiestrategieën. Daarnaast zullen alle criteria in de Preffi worden geoperationaliseerd en voorzien van een normering (sterk, matig, zwak).

- *De vorm van het instrument*

De charme van de Preffi is dat hij op een A-4 past. Het gevaar bestaat dat de Preffi met alle toevoegingen steeds verder uitdijt. Het is een uitdaging om voor de Preffi 2.0 opnieuw een passende compacte vorm te vinden, waarbij ook de score op de operationalisaties van de items gevisualiseerd wordt.

De complexiteit van de werkelijkheid verhoudt zich niet met lineaire voorstelling zoals die in de Preffi 1.0 wordt gerepresenteerd. Er moet een vorm gevonden worden waarin recht gedaan wordt aan het cyclische of interactieve karakter dat veel projecten kenmerkt. Het moet mogelijk zijn om op meerdere plekken in de Preffi in te steken.

Een internet-versie zal het mogelijk maken om met meerdere verdieplingslagen te gaan werken, zodat men waar gewenst de diepte in kan gaan. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat wetenschappelijke achtergrondinformatie of een overzicht van alternatieven die men heeft bij specifieke keuzemomenten wordt opgeroepen.

- *Positionering van de Preffi*

De grondgedachte achter de Preffi, een richtlijnenlijst met de meest recente inzichten uit wetenschap en praktijk om maximaal effectieve preventieprogramma's op te zetten, is een sterke formule. Dat onderstreept het belang om de Preffi ook zelf steeds verder te actualiseren en uit te werken. Dat is een continue ontwikkelingsproces.

De naam Preventie Effectiviteitsinstrument suggereert ten onrechte dat met de Preffi objectief en concreet gemeten kan worden wat de effectiviteit van een interventie is. De

Preffi is een kwaliteitsinstrument dat helpt om de voorwaarden voor effectiviteit van programma's in kaart te brengen om op basis daarvan de effectiviteit steeds verder te verbeteren. Op dat aspect moet de Preffi scherper geïmplementeerd worden. Daarom zal de naam veranderd worden in Preventie Effectmanagement Instrument. Bovendien is het voor de bruikbaarheid van de Preffi goed om aan te geven dat het instrument gebruikt kan worden in het kader van een breder kwaliteitssysteem, zoals het INK (Instituut Nederlandse Kwaliteitsprijs)-model. Zo kan het ook een onderdeel worden van een auditsysteem voor gezondheidsbevordering.

2.6 Duurzaam implementatie- en ontwikkelingstraject van de Preffi

De Preffi is een geaccepteerd instrument geworden voor de noodzakelijke kwaliteitsverbetering van de gvo/preventie in Nederland. De Preffi 2.0 zal deze functie in de toekomst nog beter kunnen vervullen. Echter de afgelopen jaren is gebleken dat het verbeteren van het Preffi-instrument alleen onvoldoende is. Aandacht voor implementatie en ondersteuning blijken evenzeer essentieel. Het duurt lang voordat een richtlijnenlijst als de Preffi geïmplementeerd is. In de zes jaar dat eraan gewerkt is heeft de Preffi weliswaar een steeds steviger positie gekregen in het veld, maar is het implementatieproces nog lang niet afgerond. Periodieke monitoring van de mate en kwaliteit van de implementatie is daarbij wenselijk.

In het implementatietraject worden gelijktijdig verschillende doelgroepen bediend. Zo zijn er steeds nieuwe praktijkwerkers die op de hoogte gesteld moeten worden van de Preffi. Er is ook steeds een groep van niet-gebruikers die overtuigd moet worden van het nut van de Preffi en vervolgens ondersteund moet worden in het gebruik ervan. Door de doelgroep zelf steeds bij de vormgeving en uitvoering van dit implementatietraject in te schakelen wordt geleidelijk 'ownership' over de Preffi bij de beroepsgroep gecreëerd.

Naast de uitgebreide handleiding en het advies- en trainingsaanbod is er veel vraag naar een interactieve Preffi-website. Deze is momenteel in ontwikkeling. Dat zal het ook mogelijk maken te differentiëren in het gebruik van de Preffi. Voor de verschillende type projecten (bijvoorbeeld een community-project, een massa-mediale leefstijl-campagne, het opnieuw implementeren van een eerder effectief gebleken interventie) kunnen verschillende gebruikersroutes voor de Preffi ontwikkeld worden.

Het structureel implementeren van de Preffi blijft een weg van lange adem. De beroepsgroep zelf leert de Preffi actief te gebruiken. Vanuit het management van de instellingen ontbreekt tot op heden, echter, een ondersteunende context via kwaliteitsbeleid en kwaliteitseisen, waarbinnen de Preffi structureel kan worden ingebed. Het gebruik van de Preffi-methode biedt tevens een mogelijkheid om gesystematiseerde praktijkkennis te ontwikkelen en daardoor bij te dragen aan de verdere ontwikkeling van het vakgebied. De volgende stap in het ontwikkelingstraject van de Preffi, de constructie van de Preffi 2.0, zal in een volgende publicatie worden besproken.

Referenties

- 1 *Hosman CMH, Llopis E*. Evidence of mental health promotion effectiveness. In: D. Boddy (Ed.), *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in New Europe*. Paris- Luxembourg: IUHPHE & European Commission, 1999: 29-41.
- 2 *Gageldonk A van, Cuijpers P*. *Effecten van verslavingspreventie*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.
- 3 *Keijsers JFEM, Vaandrager L*. *Gezond leven. Stand van zaken en voorstel voor programmering*, Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 2000.
- 4 *Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der*. *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Bilthoven/Houten: RIVM/Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- 5 *Llopis E, Hosman CMH, Brown CH*. Gender and age as population predictors of effect in a meta-analysis of mental disease prevention and mental health promotion programs across the life span. (submitted).
- 6 *Brown CH, Berndt D, Brinales J, Zong, Bhagwat D*. Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science. *Addictive Behaviors* 2000; 25,6: 955-64.
- 7 *Durlak JA, Welsh AM*. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *Am J Commun Psychol* 1997; 25: 115-52.
- 8 *Hosman CMH, van Doorn I, Verburg H*. *Preventie In-zicht*. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1988
- 9 *Jonkers R, Liedekerken PC, Haes WFM de, Kok GJ, Saan JAM*. *Effectiviteit van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)*. Rijswijk: Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, 1988.
- 10 *Bosma MWM, Hosman CMH*. *Preventie op waarde geschat. Een studie naar de beïnvloedbaarheid van determinanten van psychische gezondheid*. Nijmegen: Beta Boeken, 1990.
- 11 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Preventiebeleid voor de volksgezondheid*, Rijswijk: WVC, 1992.
- 12 *Saan JAM*. *Actieprogramma Kwaliteit*. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1993
- 13 *Driel WG, Keijsers JFEM, Zaai K, Güttinger V*. *Effectiviteitsanalyse van gvo/ggz-preventie interventies, Ontwikkeling van een analyse-instrument*. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1994
- 14 *Veen CA et al*. *An instrument for analysing effectiveness studies on health promotion and health education*. Woerden, International Union for Health Promotion and Education, 1994.
- 15 *Damoiseaux V, van der Molen HT, Kok.GJ. (red.)*. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen/Heerlen: van Gorcum/Open Universiteit, 1993.
- 16 *Green LW, Kreuter MW*. *Health Promotion Planning, an educational and environmental approach (2e ed.)*. Mountain View: Mayfield, 1991.
- 17 *Tones K, Tilford S*, *Health education, effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall, 1994.
- 18 *Barnhoorn H, Walda R*. *De eerste lijn op spitszen: zorgvernieuwing in de praktijk* Assen: Van Gorcum, 1992
- 19 *Grol RPTM., Everdingen JJE, van, Casparie AF*. *Invoering van richtlijnen en veranderingen*. Utrecht: De Tijdstroom, 1994.
- 20 *Janssen M, Geelen K*. *Beter Voorkomen, kwaliteitscriteria voor preventieprojecten in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1994.
- 21 *Molleman GRM, van Driel W, Keijsers JFEM*. *Preventie Effectiviteits-Instrument, PREFFI 1.0, Ontwikkeling van een effectiviteitsinstrument voor de gvo/preventiepraktijk*. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1995.
- 22 *Kok GJ, Borne HW van der*. *Effectiviteit van gezondheidsvoorlichting en gezondheidsbevordering; Meta-analyses van effect-studies en determinanten van effectiviteit*. In: *Tijdschr Soc Gezondheids* 1995,73: 347-53.
- 23 *Hosman CMH, Engels MCLJ*. *The value of model programmes in Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention*. *Int J Mental Health Prom* 1999; 2: 4-16.
- 24 *Hosman CMH*. *Quality criteria for model programmes*. In: *Laivikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V. (Eds.), Public health approach on mental health in Europe*. Finland: Stakes 2000: 109-115.
- 25 *Van den Broucke S, De Potter B, Lenders F, Vinck J*. *An assessment of methodological quality of health promotion projects in Flanders Arch Public Health* 1994, 52, 261-77.
- 26 *Haglund BJA, Jansson B, Petterson B, Tillgren P*. *A quality assurance instrument for practitioners. An example from Sweden*. In *Davies JK, Macdonald G (red). Quality, Evidence and effectiveness in health promotion*, London: Routledge 1998: 93-116

- 27 *Speller V, Rogers L, Rushmer A*. Quality assessments in health promotion settings. In Davies JK, Macdonald G (red). Quality, Evidence and effectiveness in health promotion, London; Routledge, 1998:130-46.
- 28 *Christiansen G*. Evaluation, Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1999.
- 29 *Health Switzerland*, Quint-essenz.ch, website ter ondersteuning van het opzetten van projecten voor gezondheidsbevordering.
- 30 *Camaron R, e.a.* Linking Science and practice: Toward a system for enabling communities to adopt best practices for chronic disease prevention. *Health Promotion Practice* 2001; 2; 1:35-42 .
- 31 *Green LW, Kreuter MW*. Health Promotion Planning, an educational and ecological approach (3e ed.). Mountain View: Mayfield, 1999.
- 32 *Bartholomew LK, Parcel GS, Kok GJ, Gottlieb NH*. Intervention mapping, designing theory- and evidence-based health promotion programs. Mountain View: Mayfield, 2001.
- 33 *Mrazek P, Hosman CMH*. Towards a strategy for worldwide action to promote mental health and prevent mental and behavioral disorders. Report of the World Federation for Mental Health, the Carter Center, and the US Center for Mental Health Services, Atlanta. 2002.
- 34 International Union for Health promotion and Education. The evidence of health promotion effectiveness. Brussels Luxembourg: ECSC-EC-EAEC, 1999.
- 35 *Molleman GRM, Kok HH, Hommels LH*. Preffi, Brug tussen kennis en praktijk Woerden: NIGZ, 2000.
- 36 *Peters LWH, Molleman GRM, Hielkema JE*. Preffi, implementatietraject 1997-1999 Woerden: NIGZ, 2000.
- 37 *Vries H de, Kuhlman P, Dijkstra M*. Persoonlijk effectiviteit: de derde variabele naast attitude en subjectieve norm als voorsteller van de gedragsintentie. In : Tijdschr Gezondheidsbevordering. 1987; 8: 253-64.
- 38 *Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC*. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychologist* 1992; 47: 1102-14.
- 39 *Paulussen TGW*. Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1994.
- 40 *Grol R, Wensing M*. Implementatie Effectieve verandering in de patiëntenzorg Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2001.