

## **Hoofdstuk 1**

### **Inleiding**

## 1.1 Aanleiding en probleemstelling

### 1.1.1 Aandacht voor effectiviteit

De betekenis en het nut van gezondheidsbevordering wordt uiteindelijk bepaald door de bijdrage die zij weet te leveren aan het verbeteren van de gezondheid van de bevolking. Goede bedoelingen zijn niet voldoende.

De maatschappelijke behoefte aan zicht op de effectiviteit en resultaat van programma's en interventies, is de laatste twee decennia's een dominant thema binnen de gezondheidszorg. Overheden op alle niveaus, internationaal, nationaal en lokaal, willen dat over effectiviteit en resultaat steeds duidelijker en minder vrijblijvend verantwoording wordt afgelegd. In de VBTB-operatie (Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording) van de rijksoverheid staat het resultaat van de inspanning voorop (Ministerie van Financiën, 2002). Lokaal worden rekenkamers ingericht om het resultaat van het beleid te toetsen. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten wil dat gemeenten voor de uitvoering van hun lokale gezondheidsbeleid vooral 'gecertificeerde preventieve interventies inzetten' (VNG, NIGZ et al., 2005). Zorgverzekeraars willen alleen voorzieningen betalen waarvan de effectiviteit is aangetoond. Wordt resultaat niet of onvoldoende aangetoond dan - zo is de verwachting - zal in veel gevallen de subsidie worden stopgezet. Tot op heden komt dat nauwelijks voor.

De aandacht voor resultaat en effectiviteit heeft op de hele gezondheidszorg betrekking (Commissie Dunning, 1991). Effectiviteit was en is een belangrijk onderdeel van de kwaliteitstrajecten die sinds begin jaren negentig binnen de gezondheidszorg op gang zijn gekomen. In dit klimaat heeft ook het gezondheidsbevorderingsveld de effectiviteitsvraag opgepakt. De eerste duidelijke uitingen daarvan waren het boek 'Effectiviteit van GVO' (Jonkers, Liedekerken et al., 1988), de WR-lezing over effectiviteit (NVGVO, 1988) en de conferentie 'Preventie in Zicht' over de GGZ-preventie in Nijmegen (Hosman, van Doorn et al., 1988). De resultaten hiervan lieten zien dat de effectiviteitsvraag ook een uiterst relevante vraag is. Sinds die tijd zijn veel studies verricht naar de werkzaamheid en de effectiviteit van gezondheidsbevorderingsprogramma's (Bosma en Hosman, 1990; Kok en Borne, 1995; Paulussen, Aarts et al., 1997; Boddy, 1999; Keijsers en Vaandrager, 2000; Rootman, Goodstadt et al., 2002; Hosman, Llopis et al., 2004).

Deze studies laten zien dat programma's en interventies<sup>1</sup> kunnen werken, maar ook dat er een grote variatie is in de mate waarin gezondheidsbevorderingsprogramma's effectief zijn. Naast zeer effectieve en matig effectieve programma's, zijn er ook laag- en niet effectieve programma's. Bovendien zijn programma's niet voor iedereen en in alle omstandigheden effectief. Vaak beperkt het effect van een interventie zich tot een bepaald segment van de doelgroep in een bepaalde situatie en context en is die niet zomaar te generaliseren naar andere groepen in andere omstandigheden. Ook blijken effectieve programma's bij bredere implementatie vaak onvoldoende precies te worden uitgevoerd, zodat de effectieve elementen verwateren of zelfs verdwijnen. De uitkomsten uit meta-analyses laten meestal een lage tot een matig gemiddelde effect-size zien ( $ES = .25-.30$ ). De conclusie van het vele onderzoek is dat er in de praktijk nog veel effectiviteitswinst te boeken is in termen van effect, bereik en efficiëntie. Bij effect kan het gaan om effecten op verschillende niveaus van verandering, determinanten, gezondheid, maatschappelijke uitkomsten, maar ook om aspecten als de werkzaamheid van een interventie (efficacy) en de effectiviteit van een geïmplementeerde interventie in de dagelijkse praktijk. Kortom, aandacht voor effectiviteit is nodig en dit kunnen we op verschillende manieren vormgeven.

### 1.1.2 Het verbeteren van effectiviteit

Er zijn verschillende strategieën te onderscheiden om aan het verbeteren van de effectiviteit in de praktijk te werken. De wijze waarop men daaraan gestalte wil geven zal sterk afhangen van de positie

---

<sup>1</sup> We gebruiken de termen *interventie*, *project* of *programma* naast elkaar in dit proefschrift. Het onderscheid is er vooral een van *omvang*, *omvattendheid* en *mate van complexiteit*. Als we de term *interventie* gebruiken, bedoelen we vaak ook *project* of *programma*.

die men binnen het veld van de gezondheidsbevordering heeft en de taakstelling en taakopvatting die bij die positie hoort. Hieronder gaan we nader in op de bijdrage vanuit de wetenschap, het praktijkveld en de ondersteuningsinstituten.

#### *De bijdragen vanuit de wetenschap:*

Vanuit een onderzoeksperspectief is de focus de laatste 20 jaar vooral gelegd op het volgens strenge richtlijnen uittesten van de werkzaamheid en de effectiviteit van preventieve interventies. Doorgaans gebeurt dit in goed gecontroleerde omstandigheden, zodat duidelijk is vastgesteld dat de interventie werkt als die op de goede manier wordt uitgevoerd. Het uiteindelijke doel van deze onderzoeksinspanningen is er op gericht om alleen die interventies die evidence based zijn en effectief zijn gebleken als 'model programma' op grote schaal te verspreiden en te implementeren. Deze benadering betekent veel voor de versterking van de positie van gezondheidsbevordering en wordt op grote schaal in veel landen toegepast.

Idealiter is dit een goed gestructureerde en degelijke aanpak. De werkelijke praktijk is echter minder eenvoudig, zoals de hierboven aangegeven matige effect-sizes aangeven.

De implementatie van effectief gebleken interventies is vaak lastig en vraagt veel investering. Daarvoor zijn de financiële randvoorwaarden dikwijls niet toereikend en bovendien voelt de ontwikkelaar zich in veel gevallen niet verantwoordelijk voor de implementatie.

Als er dan een evidence based en effectief gebleken programma op brede schaal wordt verspreid, geadopteerd en geïmplementeerd dan is het vaak zo dat het programma nog aangepast moet worden aan de specifieke context waar het toegepast gaat worden (Greenberg, Domitrovich et al., 2001; Grol en Wensink, 2001; Oldenburg en Parcel, 2002). Het komt vaak voor dat - net als dat voor vele vormen van goed ontwikkelde hulpverlening geldt - de interventie in de praktijk slechts gedeeltelijk wordt uitgevoerd zoals hij bedoeld is (Paulussen, 1994; Grol en Wensink, 2001; Dusenbury, Brannigan et al., 2004). De *treatment integrity* van interventies laat vaak veel te wensen over. Om deze reden is het waarschijnlijk dat de oorspronkelijk gerapporteerde effecten bij implementatie niet herhaald zullen worden of lager zullen uitvallen.

Een andere manier om effectiviteit te verhogen, is de focus van het onderzoek te richten op de determinanten van de effecten van programma's/interventies. Het gaat dan om de vraag hoe de verschillen in effecten van interventies geïnterpreteerd kunnen worden. Welke elementen in het ontwikkelings- en uitvoeringsproces van interventies spelen een rol in de uiteindelijke effectiviteit van de interventie. Wat zijn die 'effect-predictoren'? Er zijn talloze empirische studies naar individuele programma's en interventies verricht, evenals meta-analyses. In deze studies zijn wordt een groot aantal studies naar interventies vergeleken op hun effect-size. Men kijkt naar specifieke elementen, bijvoorbeeld het gebruik maken van interactieve technieken of het hebben van wel of niet een theoretische onderbouwing, om verschillen in de ES te verklaren (Llopis, 2002).

Deze kennis is verzameld en beschreven in de leerboeken voor gezondheidsbevordering zoals die door universiteiten en opleidingsinstellingen worden uitgegeven (Green en Kreuter, 1999; Woerkom en Meegeren, 1999; Brug, Schaalma et al., 2000; Bartholomew, Parcel et al., 2001; Glanz, Lewis et al., 2002; Green en Kreuter, 2004; Koelen en Ban, 2004). Vanuit een systematisch planingsmodel voor het ontwikkelen van interventies (PRECEDE-PROCEED of Intervention Mapping), worden de achtereenvolgende stappen in het betreffende model beschreven. Daarbij wordt ingegaan op de bestaande theoretische modellen, werkprincipes en de empirische onderbouwing daarvan.

In een aantal gevallen zijn de gevonden principes voor effectieve gezondheidsbevordering ook in richtlijnen of guidelines vertaald (Van den Broucke, Molleman et al., 2004).

Hier speelt ook het analyseren van het handelen van de praktijkwerker een rol. Hij zal immers meer evidence based moeten gaan werken. Inzicht in de redenen waarom hij dat wel of niet doet, is van belang. De toenemende aandacht voor implementatie-aspecten heeft met zich mee gebracht dat hier meer aandacht aan besteed wordt als het om concrete interventies gaat (Paulussen, 1994; Brug, Schaalma et al., 2000; Bartholomew, Parcel et al., 2001; Fleuren, Wiefferink et al., 2004).

Betrekkelijk weinig onderzoek gebeurt er naar het methodische en kwalitatieve handelen van de beroepsgroep in het algemeen (Evans, Head et al., 1994; Molleman en Nies, 1995; Peters, Molleman et al., 2000; Jones en Donovan, 2004; Poel, Waisvisz et al., 2005). Dat is van belang, omdat de persoon van de beroepsbeoefenaar en de omstandigheden waarbinnen hij moet werken belangrijke randvoorwaarden zijn voor het uiteindelijke resultaat en het slagen van interventies.

Al met al zijn er de afgelopen 15 jaar enorme stappen voorwaarts gemaakt in de wetenschappelijke onderbouwing van gezondheidsbevordering, zowel in de theorievorming als in het empirisch onderzoek.

#### *De bijdrage vanuit de praktijk*

De kern van de gezondheidsbevordering in Nederland wordt gevormd door de lokale gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers, werkzaam binnen GGD'en, GGZ- en verslavingsinstellingen en binnen de thuiszorg. In 1994, het jaar, dat het Preffi-traject is gestart, bestond de lokale doelgroep uit 650 professionals. Inmiddels is dat aantal tot bijna 1200 gestegen (Poel, Waisvisz et al., 2005).

De praktijkwerker heeft een cruciale functie als het gaat om de effectiviteit van gezondheidsbevordering. Dat geldt zeker voor de Nederlandse situatie, waar de lokale praktijkwerker bepalend is voor de wijze waarop projecten binnen de lokale werksituatie ontwikkeld en uitgevoerd worden.

De gezondheidsbevorderaar is veelal creatief en past voorbeelden van anderen en van modelprogramma's aan aan de eigen context. Dat moet ook, want de opdrachtgever van de gezondheidsbevorderaars, veelal het lokale bestuur, wil dat praktijkwerkers snel concreet en zichtbaar handelen. Veel ontwikkelingstijd is er vaak niet, omdat dat niet primair tot de taakstelling van het lokale vlak gerekend wordt. Evenmin is er tijd om de aangebrachte veranderingen op hun waarde en relevantie te toetsen. Toch ontwikkelt de praktijkwerker voor veel thema's zelf regelmatig nieuwe programma's en interventies. Een zorgvuldig ontwikkelings- en evaluatietraject voor nieuwe programma's/interventies zou ideaal zijn, maar het duurt jaren, voordat het de benodigde gegevens oplevert. Een dergelijke aanpak is in de praktijk een uitzondering.

Van de 3000 projecten die in Nederland worden uitgevoerd zal slechts een kleine minderheid voldoende evidence based zijn (Poel, 2003).

Voor de eigen dagelijkse praktijk, is het voor de gemiddelde praktijkwerker niet eenvoudig om de veelheid aan niet altijd eenduidige wetenschappelijke informatie over effectiviteit en de voorwaarden daarvoor optimaal te gebruiken. Voor praktijkwerkers is het gemiddeld 8,6 jaar geleden dat ze hun basisopleiding hebben afgerond (Poel, Waisvisz et al., 2005). Praktijkwerkers lezen nauwelijks wetenschappelijke tijdschriften en ook het aantal bij- en nascholingscursussen dat wordt gevolgd, is beperkt. Dat betekent dat nieuwe wetenschappelijke inzichten niet eenvoudig op grote schaal gemeengoed zijn binnen de beroepsgroep. De doelgroep onderkent dat ook.

Het systematiseren van praktijkkennis om te komen tot een hogere effectiviteit van gezondheidsbevordering vindt bij ontwikkelings- en evaluatieprojecten vrijwel altijd plaats in samenwerkingsprojecten tussen praktijkwerkers en onderzoeks- en ondersteuningsinstellingen. Een relatie tussen onderzoek en praktijk is essentieel om een goede analyse van de praktijksituatie te kunnen maken en daarbinnen suggesties voor verbetering te doen.

#### *De bijdrage vanuit een nationale ondersteuningsinstelling als het NIGZ*

De ondersteuningsfunctie van instellingen als het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) is primair gericht op de in de praktijk werkzame groep gezondheidsbevorderaars. Het NIGZ en haar voorloper het Landelijk Centrum GVO (LCGVO) heeft onder andere als opdracht om een bijdrage te leveren aan het verkleinen van de geconstateerde kloof tussen de beschikbare kennis in de wetenschap en de toepassing daarvan in de praktijk.

Als vervolg op het project "Effectiviteit van GVO" heeft het LCGVO daarvoor in 1993 een omvangrijker effectiviteitprogramma gestart. Dit programma bestond uit meerdere componenten. Ten eerste zijn analyses gemaakt van wetenschappelijke onderzoeken naar interventies, die kennis moesten opleveren over de voorwaarden voor effectiviteit van interventies. Daarvoor is een analyse-instrument ontwikkeld, *Analys* (Driel, Keijsers et al., 1994; Driel en Keijsers, 1997; Keijsers en Saan, 1998). Hiermee is vervolgens een serie reviews uitgevoerd over de belangrijkste thema's binnen gezondheidsbevordering (serie van 14 publicaties van het IUHPE-project) (Veen, Vereijken et al., 1994).

Als tweede element is een start gemaakt met het ontwikkelen van een richtlijnenlijst voor effectverbetering ten behoeve van gezondheidsbevorderaars in de praktijk, waarin de inzichten over effectiviteitsvoorwaarden zijn opgenomen. Deze zijn ontleend aan de reviews en de wetenschap en gekoppeld aan praktijkkennis en -ervaring. Het perspectief van de gebruiker van de lijst, de

praktijkwerker en diens context, is daarbij als uitgangspunt genomen. Het gaat er immers om in de werkprocessen in de praktijk, naar manieren te zoeken om systematisch aandacht te schenken aan verbetering van de werkzaamheid en effectiviteit van interventies/programma's. Het soort kennis dat daarvoor behulpzaam is, sluit aan bij de kennis die verzameld en ontwikkeld wordt over de determinanten van effectiviteit van programma's in de praktijk. Dat levert effect-predictoren op die in principes en richtlijnen voor de praktijk vertaald kunnen worden. Op die manier kan de praktijk toegerust en ondersteund worden in het snel en adequaat toepassen van de nieuwste wetenschappelijke inzichten om zo effectief mogelijk te werken. Dat kan helpen om de bestaande kloof tussen wetenschap en praktijk te verkleinen en het rendement van de sector gezondheidsbevordering en preventie te verhogen.

Naast het ontwikkelen, is ook de implementatie en het gebruik van de richtlijnenlijst een onderdeel van het effectiviteitprogramma. Het gaat om het bekend maken van de lijst, het stimuleren van het gebruik ervan onder andere door het aanbieden van training en ondersteuning en het waar mogelijk ook bevorderen van (sociale) druk om de richtlijnenlijst te gebruiken.

### 1.1.3 Internationale ervaringen en aanpak

Het verbeteren van de effectiviteit van gezondheidsbevordering en preventie, is een vraagstuk waaraan in alle landen met enige infrastructuur voor gezondheidsbevordering gewerkt wordt. Het hangt vaak sterk van die infrastructuur en de context in ieder land af, hoe dit proces vorm krijgt en welke aspecten van kwaliteits- en effectiviteitsverbetering uitgewerkt worden.

In een aantal landen, waaronder de VS, zijn het de universiteiten of onderzoeksconsortia, waarbij de primaire verantwoordelijkheid ligt voor de ontwikkeling van preventieprogramma's. Dominant is daar de ontwikkeling van modelprogramma's, die als ze zijn bewezen, overgedragen worden naar 'het veld' om verder geïmplementeerd te worden. Een goed uitgewerkt voorbeeld hiervan is de SAMSHA Model Programs National Dissemination System (SAMSHA en US Department of Health and Human Services, 2002). De basis is een nationaal gestuurde databank, waarin effectieve preventieprogramma's zijn opgenomen. Deze programma's hebben een reviewprocedure ondergaan en zijn 'gecertificeerd'. Er vinden vervolgens promotie-activiteiten plaats om deze database bekend te maken en er zijn trainingsmogelijkheden en er is technische ondersteuning voor de implementatie van de programma's. Daarvoor zijn ook fondsen beschikbaar en tot slot is er een monitoringinstrument opgezet om het succes van het SAMSHA-systeem te meten. Soortgelijke databases met voorbeeldprojecten en overzichten van reviews zijn ook beschikbaar bij CDC in Atlanta, Eppi-centre en de Health Development Agency in Engeland en de Cochrane Health Promotion and Public Health Field in Australië.

De professionele infrastructuur voor implementatie en de politieke steun daarvoor valt in veel gevallen buiten de verantwoordelijkheid van de opstellers van de gecertificeerde overzichten.

Het gaat doorgaans om vanuit de wetenschap gestuurde processen met een sterk top down karakter. Er wordt vaak weinig rekening gehouden met de verschillende omstandigheden die zich in de praktijk kunnen voordoen bij het invoeren van dergelijke modelprogramma's. De bruikbaarheid van modelprogramma's kent daarom beperkingen. De ontwikkelaars krijgen hier wel meer oog voor. Dat uit zich in een toenemende aandacht voor het implementatie-aspect en de problemen die invoering in de praktijk met zich mee brengt. Daarvoor worden verschillende strategieën gekozen. Zo bepleit bijvoorbeeld de voorzitter van de Society of Prevention Research (SPR) voor een zo strikt mogelijke implementatie van de ontwikkelde effectief gebleken programma's (*program fidelity*), daarmee het top-down-karakter nog eens benadrukkend (Botvin, 2004). De Engelse Health Development Agency (HDA), en dat is ook de positie van het NIGZ en het Prevention Research Centre, kiest veel meer voor een lijn waarin men van en met de praktijk wil leren hoe de gevonden evidentie daar ook toegepast kan worden (Hosman en Engels, 1999; Kelly, Speller et al., 2004).

In landen met een sterk ontwikkeld beroepsveld, en waar vooral vanuit het lokale vlak de ontwikkeling van programma's ter hand wordt genomen, vinden we ook vormen van richtlijnontwikkeling en kwaliteitsverbeteringsprojecten.

Dat is bijvoorbeeld het geval in Zweden (Berensson, Granath et al., 1996; Ovreteit, 1996; Sanderson, Haglund et al., 1996; Haglund, Jansson et al., 1998; Ader, Berensson et al., 2001), Zwitserland (Health Switzerland, 2002), UK (Evans, Head et al., 1994; Speller, Rogers et al., 1998; French, 2004), Israël (Baron-Epel, Levin-Zamir et al., 2004), Canada (CMHA en Health Canada, 1999; Cameron, Jolin et al., 2001; Health Canada, 2001; Kahan en Goodstadt, 2001; Woodard, 2004), the Verenigde Staten

(Work Group on Health Promotion and Community Development, 1995; US Department of Health and Human Services en CDC, 2001) en Australië (Public Health en Aged Community and Mental health, 2000; Australian Health Promotion Association, 2001; South East Health, 2003).

Over het algemeen gaat het hierbij om richtlijnen die vooral bestaan uit vragenlijsten of aandachtspunten waar professionals rekening mee moeten houden bij het opzetten of uitvoeren van HP-projecten.

Afhankelijk van de context en de afzender van het systeem, wordt in sommige landen ook de mogelijkheid geboden om bestaande projecten in datasystemen in te voeren en al of niet te laten beoordelen op kwaliteit/effectiviteit en projectmanagement. Dit gebeurt in België (PK+) (Scheerder, Van den Broucke et al., 2003), Duitsland (Scheerder, Van den Broucke et al., 2003; Kliche, Töppich et al., 2004), Australië (Victorian Community Health Association, 2004), Nederland (NIZW, 2005) en op EU-niveau ((Llopis, Hosman et al.). Vooral instellingen die in de positie van financiële opdrachtgever verkeren, hebben te mogelijkheid om van projecten te eisen dat ze hun kennis en ervaringen beschikbaar stellen en laten beoordelen.

Een actueel overzicht van bestaande systemen van quality-assessment tools, richtlijnen en databanken wordt momenteel afgerond door het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) in samenwerking met het NIGZ in het kader van een EU-project Getting Evidence into practice (Vermeulen, Kok et al., 2005).

#### 1.1.4 Conclusie

De effectiviteit van gezondheidsbevordering moet verhoogd te worden. Onderzoek laat zien dat er ook nog volop ruimte is om de effectiviteit te verhogen. Tegelijkertijd is duidelijk dat er een kloof is tussen wat we weten over effectiviteit en wat we daarvan in de praktijk toepassen.

Het is daarom van belang te investeren in het opbouwen en uitbreiden van onze inzichten en methoden om de kwaliteit en de effectiviteit van gezondheidsbevordering te vergroten.

Vanuit de functie van het NIGZ is ervoor gekozen om een breed programma te starten voor effectiviteit, waarin de systematische ontwikkeling van een richtlijnenlijst voor praktijkwerkers een belangrijk element is. Dat is uiteindelijk de Preffi, het Preventie Effectmanagement Instrument, geworden.

De Preffi is een van de instrumenten die binnen het kwaliteitsbeleid voor gezondheidsbevordering ingezet kan worden. Voordat we nader ingaan op de Preffi als instrument is het goed het eerst te positioneren binnen kwaliteitsbeleid.

## 1.2 Positionering van het effectiviteitprogramma binnen kwaliteitsmanagement

Wij vatten effectiviteit op als een onderdeel van het bredere begrip 'kwaliteit'.

Het begrip 'kwaliteit' verwijst naar de mate waarin een dienst voldoet aan vooraf gestelde eisen en verwachtingen. Voor het invullen van het begrip kwaliteit is een expliciteringsproces nodig, waarin onder andere duidelijk moet worden aan welke criteria, eisen en verwachtingen moet worden voldaan om van kwaliteit te kunnen spreken. Peters heeft een review gemaakt over kwaliteitscriteria binnen de sector preventie/zorg/welzijn en onderwijs op basis van nationale en internationale literatuur (Peters en Keijsers, 2002). Effectiviteit is een belangrijk aspect van kwaliteit.

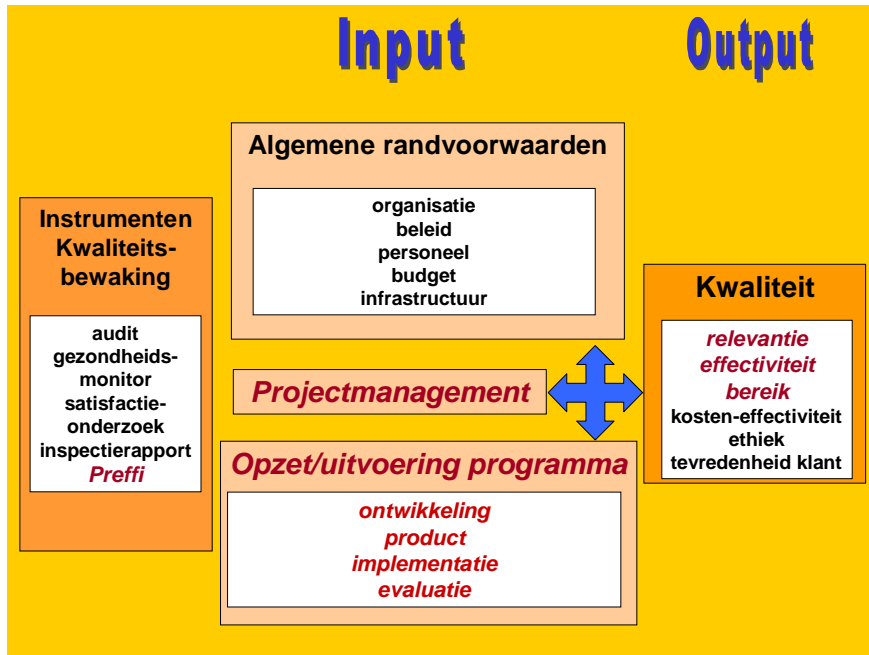
Kwaliteit is echter een breder begrip. Naast effectiviteit gaat het om outputkenmerken als relevantie, bereik, kosteneffectiviteit, ethische verantwoording en de tevredenheid of waardering van de klant/maatschappij en de leverancier (Donabedian, 1980; Walburg, 1997; Nabitz, Klazinga et al., 2000; Peters en Keijsers, 2002).

Om deze outputkwaliteit te realiseren, dient de **input** bij het opzetten en uitvoeren van een programma aan bepaalde kwaliteitsnormen te voldoen. De aandacht voor zowel de input als de output geeft aan dat kwaliteitsmanagement een continue en dynamisch proces is. Naast aandacht voor de output gaat het ook over de structuur waarbinnen de processen plaatsvinden en het proces dat doorlopen wordt om de gewenste output te realiseren (Donabedian, 1996). Ieder van deze elementen kan als een startpunt dienen om verbeteringen in het resultaat te realiseren.

**Inputkenmerken** definiëren we op twee verschillende niveaus.

Het eerste niveau is het niveau van de algemene randvoorwaarden ten behoeve van de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van preventieprogramma's. De inputkenmerken op dit niveau zijn afhankelijk van zaken als de infrastructuur, het bredere beleid van de instelling, de opdrachtgever, kenmerken van een setting waarin gewerkt wordt, samenwerkingspartners, personele mogelijkheden, budget, etc.

Het tweede niveau is het niveau van het ontwerpen, implementeren en evalueren van het programma. De inputkenmerken op dit niveau moeten voldoen aan kwalitatieve normen die gesteld worden aan het ontwikkelen en uitvoeren van een programma ten einde output te kunnen produceren die voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen. In figuur 1 is dit onderscheid uitgewerkt.



Figuur 1. Kwaliteit: input en output. De voor de Preffi relevante aspecten zijn rood en cursief aangegeven in de figuur.

Daarbij is projectmanagement als mediërende factor aangeduid tussen de algemene randvoorwaarden en de opzet en uitvoer van een programma. Zowel het programma als de omstandigheden zijn niet statisch. Ze beïnvloeden elkaar en veranderen gedurende de programma-ontwikkeling en -uitvoer. Dat heeft effect op de kwaliteit. Stel bijvoorbeeld dat er nieuwe samenwerkingspartners gevonden worden, dan betekent dit vaak dat er ook andere en nieuwe interventievormen aan een programma toegevoegd kunnen worden.

Om de kwaliteit van een programma te beoordelen, kunnen verschillende instrumenten worden ingezet, zoals een gezondheidsmonitor, een audit, een satisfactieonderzoek of een inspectierapport (zie ook figuur 1). Elk instrument heeft eigen mogelijkheden en beperkingen. Gezondheidsmonitoren worden onder andere gebruikt om de gezondheid binnen bepaalde groepen te meten over de loop van de tijd en richten zich dus primair op het vaststellen van de relevantie van een probleem. Bij satisfactieonderzoeken staat de tevredenheid van de klant voorop, terwijl bij een audit vaak zowel naar de inhoud van het werk wordt gekeken als naar de gehele bedrijfsvoering. Een inspectierapport kan meer of minder uitgebreid zijn en er kan gebruik gemaakt zijn van een of meerdere van de hierboven genoemde instrumenten.

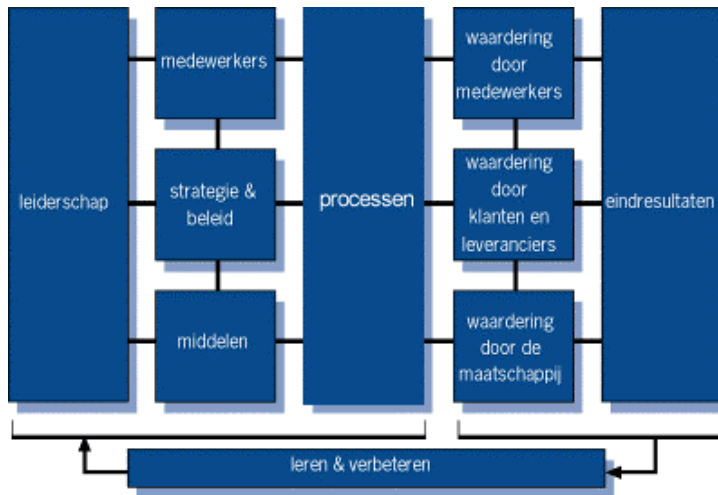
In het kwaliteitsbeleid voor de gezondheidszorg in Nederland, wordt gewerkt op basis van het model van de European Foundation for Quality Management, het EFQM-model en de Nederlandse vertaling van het Instituut Nederlandse Kwaliteit daarvan in het INK-model (Walburg, 1997; Nabitz, Klazinga et al., 2000). Ook in dit model dat is weergegeven in figuur 2, onderscheidt men input- en outputkenmerken.

De basisgedachten en vormgeving van het certificeringschema voor gezondheidsbevordering, dat door de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) samen met het gezondheidsbevorderingsveld wordt opgesteld, is afgeleid van het INK-model. De eerste versie van het certificeringschema voor gezondheidsbevordering moet in 2006 voltooid zijn.

## Positionering van de Preffi

De Preffi is een instrument waarmee men zich richt op kwaliteitsverbetering bij het ontwerpen en uitvoeren van programma's. Centraal bij het gebruik van de Preffi staan de opzet en het verloop van werkprocessen die nooit los gezien kunnen worden van de context waarbinnen het programma ontwikkeld wordt.

Geen van de instrumenten die binnen gezondheidsbevordering worden gebruikt om kwaliteit te meten, meet de kwaliteit van werkprocessen. Hier vult de Preffi dus een lacune binnen de gezondheidsbevordering om de kwaliteit te beoordelen en te verbeteren.



Figuur 2: het INK-model voor kwaliteitsbeleid

Een nadere afbakening van de Preffi kan gegeven worden door de relatie van de Preffi met de figuren 1 en 2 te verduidelijken. Met betrekking tot figuur 1 kan gesteld worden dat de Preffi zich niet op alle outputvariabelen richt. Het zwaartepunt van de Preffi ligt bij de outputkenmerken effectiviteit, relevantie en bereik. Dit is niet een principiële maar een praktische keuze, ingegeven door capaciteitsbeperkingen en het idee dat we in een instrument als de Preffi niet alles in één keer kunnen ontwikkelen. Bij verdere uitwerkingen van de Preffi in een 3.0- en 4.0-versie zullen aspecten als kosteneffectiviteit en ethische overwegingen zeker nader uitgewerkt worden.

De outputvariabelen van de Preffi zijn overigens niet onafhankelijk van elkaar; voor effectiviteit is bijvoorbeeld ook een bepaald bereik nodig.

Wat betreft de inputkant in figuur 1 kan gesteld worden dat de Preffi een invulling beoogt te geven van kwaliteitsaspecten behorende bij de boxen 'opzet/uitvoering programma' en 'projectmanagement'. Inputvariabelen op het gebied van 'algemene voorwaarden' beïnvloeden een project en de resultaten daarvan wel, maar worden niet tot het domein van de Preffi gerekend, tenzij ze rechtstreeks de programma-ontwikkeling beïnvloeden. In het projectmanagement wordt onder andere geregeld dat inhoudelijke keuzes worden afgestemd op de aanwezige randvoorwaarden. De input- en outputkenmerken die relevant zijn voor de Preffi zijn in het model in figuur 1 in cursief en rood aangegeven.

Met betrekking tot het INK-model in figuur 2 is de Preffi met name gericht op de werkprocessen. Dat aspect is in de Preffi uitgebreid geoperationaliseerd. De andere blokken/aspecten van het INK-model zijn ook in de Preffi terug te vinden, maar zijn minder uitgewerkt. De INK-blokken gericht op medewerkers, strategie en beleid, middelen en leiderschap worden in de Preffi geschaard onder randvoorwaarden en projectmanagement. Aspecten van de elementen uit het INK-model die betrekking hebben op het resultaat (waardering door medewerkers, klanten, leveranciers en de maatschappij en het eindresultaat) vinden we binnen de Preffi vooral in het criterium evaluatie. De aspecten die met waardering te maken hebben, zullen mede bepalend zijn voor de keuzes die er binnen de werkprocessen gemaakt zullen worden.



### 1.3 Keuzes en eisen aan een te ontwikkelen instrument

De Preffi wil de kwaliteit van de werkprocessen met het oog op de effectiviteit van de programma's/interventies beoordelen en verbeteren. Dat roept de volgende vragen op voor de ontwikkeling van het instrument:

- Wat houdt effectiviteit in en door welke effectpredictoren wordt effectiviteit beïnvloed?
- Wat is het doel van de Preffi binnen de bredere context van kwaliteitsmanagement?
- Welke eisen kunnen aan het instrument vanuit het perspectief van kwaliteitsverbetering worden gesteld op basis van de algemene kennis over richtlijnen en de implementatie daarvan?
- Welke eisen moeten aan de Preffi als beoordelingsinstrument worden gesteld in termen van validiteit en betrouwbaarheid?

#### 1.3.1 *Het begrip effectiviteit en werken met effectpredictoren*

Voor de Preffi is de principiële keuze gemaakt om de effectiviteit van gezondheidsbevordering en de stappen in het werkproces die daartoe leiden, centraal te stellen. Hoewel alles uiteindelijk van invloed is op de effectiviteit van een interventie, project of programma leggen we binnen de Preffi de nadruk op de inhoudelijke stappen en keuzes die gedurende de opzet en uitvoering van de interventie, het project of het programma gemaakt worden. (Project)management aspecten, waaronder beleidskeuzes van instellingen en toedeling van middelen, spelen een bijzonder grote rol in het uiteindelijke inhoudelijke keuzeproces. Ze zullen hier worden opgevoerd als randvoorwaarden en als zodanig worden behandeld.

Bij de samenstelling van de Preffi 1.0 in 1995, is ervoor gekozen om in de Preffi die aspecten of effectpredictoren te verwerken die betrekking hebben op de volgende dimensies (Molleman, Driel et al., 1995):

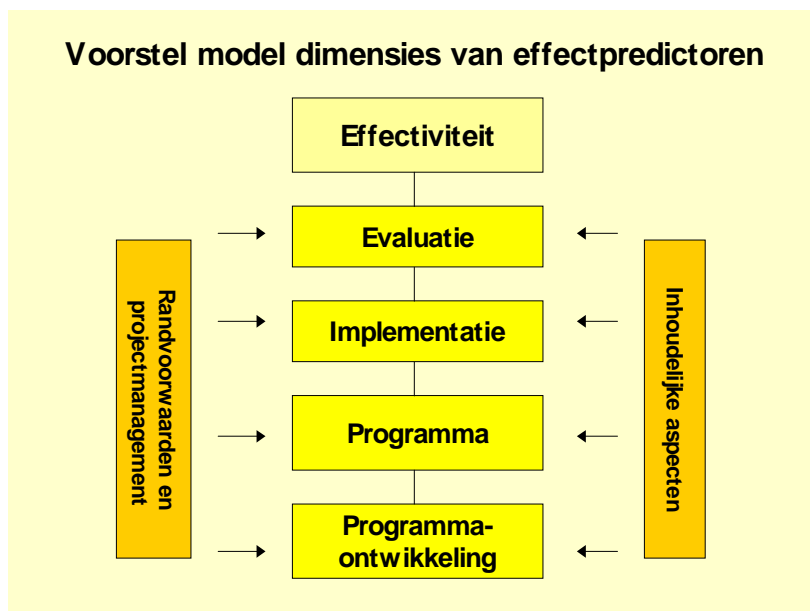
- de kwaliteit van de planning;
- aandacht voor en kwaliteit van de implementatie;
- randvoorwaarden en projectmanagement.

Uit de literatuur en met name de meta-analyses van Mullen en collega's bleek dat de kwaliteit van de planning de belangrijkste voorspeller is van effectiviteit (Mullen, 1985; Kok, Borne et al., 1997).

De Preffi 1.0 is opgebouwd rondom de verschillende planningsfasen van een project (Green en Kreuter, 1991; Kok, 1992). Extra aandacht is er in de Preffi voor een aantal sociale (leer)principes, die we onder '*effectieve technieken*' apart hebben opgenomen. Het zijn principes die in vrijwel alle interventies ingebouwd kunnen worden en zoals uit onderzoek is gebleken, de effectiviteit van de interventie aanmerkelijk kunnen verhogen (Kok en Borne, 1995).

Vanuit een praktijkperspectief zijn de aandacht voor implementatie en randvoorwaarden en projectmanagement in 1995 in de Preffi opgenomen. Binnen de gezondheidsbevordering was naar deze aspecten was tot dat moment nauwelijks onderzoek gedaan. Er was binnen het praktijkveld, de ondersteuningsinstellingen en de wetenschap wel brede consensus dat deze elementen belangrijk zijn voor het uiteindelijke effect van een interventie (Saan, 1993; Paulussen, 1994; Kok en Borne, 1995; Kok, Borne et al., 1997). De aldus ontwikkelde Preffi 1.0 is als bijlage op de CD ROM opgenomen.

Voor de ontwikkeling van de Preffi 2.0 heeft het NIGZ de samenwerking gezocht met de Prevention Research Centre (PRC) van de Radboud Universiteit Nijmegen. De dimensies die aan de Preffi 1.0 ten grondslag lagen, zijn vergeleken met de dimensies van effectpredictoren die binnen het PRC worden gehanteerd (Hosman en Llopis, 2002). Dat resulteerde in het benoemen van vier dimensies, die bijdragen aan effectiviteit. Het gaat om aspecten van de programma-ontwikkeling, van het programma, van de implementatie en aspecten van de evaluatie. Deze dimensies zijn in het model in figuur 3 weergegeven.



*Figuur 3 : voorstel model dimensies van effectpredictoren*

De structuur van het planningsproces vormt de basis van het model. Alle dimensies van de Preffi 1.0 komen hier in terug. Binnen elke dimensie dienen keuzes te worden gemaakt die gebaseerd zijn op zowel inhoudelijke (theoretische, empirische) gronden, als aspecten van projectmanagement en randvoorwaarden. Dit is in het model weergegeven door naar elke dimensie pijlen te laten lopen vanuit de boxen 'inhoudelijke aspecten' en 'randvoorwaarden en projectmanagement'.

De pretentie van de Preffi is om te beoordelen of de elementen van een programma op een zodanige manier zijn gekozen en opgezet, dat er een maximale kans bestaat dat het programma effectief is.

Daarom zijn in de Preffi **effectpredictoren** opgenomen. Effectpredictoren zijn criteria of variabelen, van welke aard dan ook, die een aantoonbare relatie hebben met de beoogde output (effectiviteit) van interventies. Het gaat om variabelen die in het ontwikkelings-, implementatie- en evaluatieproces van een interventie van belang zijn om ervoor te zorgen dat er keuzes gemaakt worden die de kans op effectiviteit optimaliseren. In hoofdstuk 4 en in de Toelichting op de Preffi (als bijlage opgenomen op de CD ROM), wordt inhoudelijk ingegaan op de argumenten die hebben geleid tot de keuze van de criteria of effectpredictoren van de Preffi 2.0.

### *1.3.2 Het doel van de Preffi: een kwaliteitsinstrument*

De Preffi is een kwaliteitsinstrument voor het verbeteren van de effectiviteit van gezondheidsbevorderingsinterventies/programma's. Hiervoor zal men met de Preffi een oordeel over interventies/programma's moeten kunnen geven. Dat veronderstelt een set van criteria of effectpredictoren, alsmede een normering voor het wel of niet voldoen aan een effectpredictor. Op basis daarvan kunnen verbetervoorstellen worden geformuleerd. Na verloop van tijd kan de gebruiker de voortgang meten en opnieuw verbeterdoelen stellen. Het beoordelingsaspect van het instrument moet in dienst staan van het verbeterperspectief. Voorzichtigheid is geboden als het beoordelen een doel van een instrument op zichzelf wordt.

Een kwaliteitsinstrument moet de gebruiker inzicht geven in het eigen handelen en een vorm hebben die uitnodigt om tot verbetervoorstellen te komen. Om dat te realiseren, is een actieve betrokkenheid van de gebruiker in het hele ontwikkelingsproces van het instrument wenselijk.

Kwaliteitsinstrumenten zijn dynamisch en vragen om een continue aanpassing, omdat de kennis over de ontwikkeling van effectieve gezondheidsbevordering en de succesvolle implementatie daarvan, zich snel ontwikkelt. Daarom wordt er periodiek een nieuwe update van het instrument gemaakt om steeds de meest recente wetenschappelijke kennis en praktijkinzichten in het instrument op te nemen. Vandaar dat ook is gekozen voor een naam met een toevoeging/extinctie 1.0, 2.0 etc. Per versie kunnen de eisen en uitwerkingen van het instrument zich steeds verder evolueren.

Er is gekozen om een instrument te ontwikkelen dat verschillende soorten projecten en programma's kan beoordelen, in principe alle projecten op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering. De Preffi moet dan ook in een soort 'meta taal' worden opgesteld: de inhoud moet bestaan uit principes die vrij algemeen geldig zijn. Een opsteller van een programma moet bij het gebruik van de Preffi steeds kijken hoe de principes uit de Preffi toegepast zijn of kunnen worden in de eigen concrete situatie.

De consequentie van deze stellingname is, dat het niet mogelijk is, om door middel van een uitgebreide studie van de onderzoeksliteratuur, los van de context een keuze te maken voor één 'objectief beste interventie'. Het is wel mogelijk om aannemelijk te maken dat een interventie in een bepaalde situatie al dan niet werkt. Het feit dat een interventie werkt in situatie A wil echter niet zeggen dat deze ook werkt in situatie B. Uiteindelijk zal het effect altijd mede afhankelijk zijn van de omstandigheden. De Preffi gaat over werkzame principes. De consequentie hiervan is dat het toetsen van een programma met de Preffi geen absolute garantie voor effectiviteit oplevert, maar dat wel verwacht mag worden dat een dergelijke toetsing bijdraagt tot een hogere kans op de beoogde effectiviteit.

### 1.3.3 Eisen aan de Preffi op basis van kennis over richtlijnen en de implementatie daarvan

Om ervoor te zorgen dat de Preffi maximaal gebruikt zal worden binnen de gezondheidsbevordering zal vanaf het begin rekening gehouden moeten worden met het perspectief van de Preffi-gebruiker. De introductie en het gebruik van de Preffi kan opgevat worden als een innovatie voor de gebruikers, omdat een dergelijk instrument tot 1995 nog niet bestond. Rogers beschrijft de volgende kenmerken waaraan innovaties moeten voldoen (Rogers, 1995):

- Een innovatie wordt alleen ingevoerd als deze voordelen lijkt te hebben boven de bestaande situatie: relatieve voordeel.
- Een innovatie moet passend zijn en aansluiten bij en consistent zijn met eigen normen en waarden van de gebruiker.
- De mate van complexiteit is een belangrijke factor in het gebruik van de innovatie door de gebruiker. Bepalend is vooral de perceptie van de complexiteit (Assema, Brug et al., 1998). Een te hoge complexiteit werkt belemmerend op de adoptie van de innovatie. Dit pleit ervoor de innovatie zo eenvoudig mogelijk te houden en veel aandacht te schenken aan begrijpelijkheid en toegankelijkheid.
- De stap om een innovatie te kunnen gebruiken moet klein zijn. Men moet de mogelijkheid krijgen een innovatie eerst te proberen, zonder er direct aan vast te zitten (*tryability*).
- Voor de gebruiker moet snel zichtbaar zijn dat het gebruik van de innovatie resultaat oplevert.

Op basis van literatuuronderzoek geeft Grol een opsomming van een groot aantal eigenschappen van innovaties, die de feitelijke toepassing ervan kunnen bevorderen of belemmeren (Grol en Wensink, 2001). Naast de kenmerken van Rogers noemt hij ook nog de volgende eigenschappen:

- de kosten of de investering nodig om de innovatie toe te passen;
- de mate van flexibiliteit om de innovatie aan te passen aan behoefte/situatie van de doelgroep;
- een aantrekkelijke vormgeving, gericht op essentiële elementen en niet te lang;
- de zekerheid dat het een goede innovatie cq. richtlijn is (geloofwaardigheid);
- de mate waarin het gaat om een centraal thema in het werk en de impact op het werk;
- de mate waarin toepassing een individuele of een collectieve besluitvorming vraagt;
- structurele organisatorische maatregelen die toepassing van de innovatie vragen.

Betrokkenheid van de gebruiker bij het ontwikkelen van een richtlijn, is van invloed op de lokale acceptatie ervan. Het zorgt voor draagvlak, maakt het mogelijk om de innovatie toe te snijden op de

behoefden, ervaren problemen en werksetting van degenen die de innovatie moet toepassen en verhoogt het ownership van de gebruiker over de richtlijn (Kotler en Roberto, 1991).

Bij het betrekken van de gebruikers is het vooral belangrijk te letten op *herkenbaarheid* voor de eigen groep (vergelijk specialisten hechten voor 80-90% waarde aan eigen richtlijnen en voor minder dan 25% aan richtlijnen over hetzelfde thema van huisartsen (Grol en Wensink, 2001)) en *representativiteit* van de mensen uit de gebruikerspopulatie die betrokken worden. Ook de *deskundigheid* van de aanbieder/ontwikkelaar en degenen die daarbij betrokken worden, spelen een rol bij de acceptatie. Vertaald naar het Preffi-traject betekent dit dat de gebruiker bij alle stappen in het ontwikkelingsproces van de Preffi betrokken moet worden. Het is belangrijk om uit iedere sector binnen de gezondheidsbevordering, (GGD, GGZ, thuiszorg, verslavingszorg en landelijke gezondheidsbevorderende instellingen), zowel voortrekkers, als reguliere gebruikers bij het ontwikkelingstraject te betrekken. Voor de acceptatie binnen de wetenschap zullen wetenschappers bij het ontwikkelingstraject betrokken moeten worden.

Veel van bovenstaande inzichten zijn onderzocht in het kader van het omvangrijke onderzoek dat is verricht naar de ontwikkeling en implementatie van klinische richtlijnen (Grol en Wensink, 2001). Dat onderzoek levert bruikbare inzichten op over de eisen waaraan richtlijnen moeten voldoen, hoe ze eruit moeten zien om maximaal gebruikt te worden en wat bevorderende aspecten zijn voor het gebruik ervan in de praktijk (Grol 2001). Deze kennis is samengevat in een internationaal beoordelingsinstrument voor de constructie van richtlijnen, het Agree-instrument (Appraisal Instrument for guidelines, Research and Evaluation in Europe) (The Agree Collaboration, 2001; Burgers, Grol et al., 2003).

Kenmerken van richtlijnen die kunnen bijdragen aan hun gebruik in de praktijk zijn onder andere (Burgers, Grol et al., 2001):

- Concrete doelstelling.
- Wetenschappelijke onderbouwing van de aanbeveling is degelijk.
- Richtlijn is goed toepasbaar, vooral doordat ze aansluit bij opvattingen, normen en waarden van de doelgroep.
- Formuleren van aanbevelingen is helder en voldoende specifiek.
- De toepassing van de richtlijn is flexibel en in verschillende settings mogelijk.
- De structuur is helder en de lay-out is attractief.

Doelen van richtlijnen kunnen in twee categorieën uiteenvallen:

1. Het kan gaan om professionele ondersteuning en verbetering van het eigen handelen.
2. Het kan een middel zijn voor beoordeling, externe controle en eventueel selectie.

Het is het perspectief van respectievelijk kwaliteitsverbetering en beoordeling.

Professionals vinden richtlijnen vooral bruikbaar voor het eerste, op professionele ondersteuning gerichte doel. Managers en financiers kunnen richtlijnen gebruiken voor beoordeling en afrekening. De consequenties daarvan kunnen vergaand zijn voor de professionals. Bij onduidelijke of onjuiste verwachtingen, kan de weerstand tegen en de angst voor misbruik van de richtlijnen een ernstige belemmering vormen voor het gebruik ervan in de praktijk door de professionals (Gevers en Biesart, 1999). Overigens hoeven de twee categorieën van doelen elkaar niet uit te sluiten. Soms gaan ze samen, maar dan moet dat voor de gebruiker duidelijk zijn.

De lessen uit de richtlijnontwikkeling zijn zinvolle ijkpunten voor de ontwikkeling, de keuze voor de vorm en instructies voor het gebruik van de Preffi.

#### 1.3.4 Eisen aan de Preffi in termen van validiteit en betrouwbaarheid

Een instrument als de Preffi zal moeten voldoen aan de geldende eisen die aan een richtlijnenlijst gesteld kunnen worden. De Preffi moet valide en betrouwbaar zijn.

Bij de validiteit gaat het erom dat we meten wat we bedoelen te meten. In ons geval gaat het om de effectiviteit, of beter gezegd: de kans op een zo hoog mogelijke effectiviteit. Er worden verschillende vormen van validiteit onderscheiden. Eerst zullen we moeten bepalen wat we onder effectiviteit verstaan en wat condities zijn die daaraan bijdragen. Dit is de inhouds- of constructvaliditeit. Deze constructvaliditeit heeft betrekking op zowel de criteria of de items die we in de Preffi opnemen, als op de manier waarop de items vervolgens geoperationaliseerd zijn en van een normering zijn voorzien. Dit vraagt voor de ontwikkeling van de Preffi om het opzetten van een consensustraject, waarin in

overleg met wetenschap en praktijk vastgesteld moeten worden welke factoren van belang zijn en welke normering daaraan gegeven zal worden.

De validiteit van het instrument kan verhoogd worden door de metingen aan de hand van het instrument te vergelijken met een extern criterium (criteriumvaliditeit).

Een belangrijke vorm van validiteit is predictieve validiteit van een instrument. In ons geval gaat het dan om het voorspellen van de effectiviteit van een project op basis van een gehaalde Preffi-score. Om de predictieve validiteit vast te stellen is longitudinaal onderzoek nodig en zal na verloop van jaren gekeken moeten worden wat de correlatie is tussen een Preffi-score en het uiteindelijk effect en resultaat van een gezondheidsbevorderingsprogramma/interventie. Deze laatste vorm van validiteit valt echter buiten de scope van dit proefschrift.

Naast de validiteit zal in empirisch onderzoek ook vastgesteld moeten worden of het aldus verkregen instrument ook bruikbaar is voor de gebruiker en of er betrouwbare uitspraken met de Preffi gedaan kunnen worden.

De ontwikkeling van instrumenten over complexe zaken als effectiviteit leert dat het realiseren van een valide en betrouwbaar instrument een langdurig proces is dat zich stap voor stap ontwikkelt. Men moet steeds leren van de manier waarop het instrument gebruikt wordt. Dit moet men monitoren en bij voorkeur de betrouwbaarheid met herhaalde empirische metingen vaststellen. De empirische gegevens zullen aanleiding geven om het instrument of de gebruiksinstructies te verbeteren, totdat een optimaal niveau van validiteit en betrouwbaarheid is bereikt.

De eisen aan een instrument worden ook bepaald door het doel dat de ontwikkelaar en de gebruiker met het instrument hebben.

Daarbij is het goed om een onderscheid te maken tussen de twee, hierboven onderscheiden doelen die een instrument als de Preffi kan hebben. Als het gaat om een richtlijnenlijst die de professionals handvatten biedt om het eigen handelen te verbeteren, dus de Preffi meer als diagnostisch instrument, dan zijn in ieder geval de eisen aan de inhouds- of constructvaliditeit van belang. Natuurlijk is het goed om dan ook te weten of de gegeven beoordelingen betrouwbaar zijn.

Als de Preffi dienst gaat doen als extern controlemiddel en als beoordelingsinstrument, dan zullen de normen zwaarder moeten zijn. Behalve inhouds- en criteriumvaliditeit het oordeel dat met de Preffi wordt gegeven, ook betrouwbaar moeten zijn.

#### **1.4 Het Preffi-traject 1994-2004, ontwikkeling en implementatie**

Dit proefschrift gaat over de Preffi 2.0 en bouwt daarbij voort op de ervaringen die er met de eerste versie van de Preffi zijn opgedaan. De eerste twee hoofdstukken van het proefschrift gaan hier expliciet op in. In dit proefschrift zijn artikelen opgenomen die steeds een deel van de ontwikkeling of een deelonderzoek naar de Preffi beschrijven.

In deze paragraaf beschrijven we de activiteiten die sinds de start van het project in 1994 hebben plaatsgevonden.

De Preffi-activiteiten zijn vanuit het NIGZ en diens voorganger het LCGVO uitgevoerd door de groep die zich bezighield met kwaliteit en professionaliseringsvragen voor gezondheidsbevordering. Bij diverse deeltrajecten is nauw samengewerkt met medewerkers van de afdeling onderzoek en later het Centrum voor Review en IMplementatie (CRIM). Sinds 2003 zijn zowel de professionalisingsgroep, als het CRIM, opgegaan in het NIGZ-Centrum Kennis en Kwaliteit. Het traject is, naast een bijdrage vanuit de basissubsidie van het NIGZ, betaald met verschillende Preventiefondsen en later ZonMw-subsidies. In totaal is er gedurende de afgelopen 10 jaar een kleine miljoen euro in het Preffi-traject geïnvesteerd.

##### *1.4.1 Uitgangspunten*

Vanaf het begin stond het maken van een instrument met de volgende doelstellingen voorop.

Het instrument is bedoeld om:

- een vertaalslag te maken van de wetenschappelijke inzichten naar de praktijk.
- systematische verbeteringen van de kwaliteit en in het bijzonder de effectiviteit van de praktijk te bewerkstelligen binnen de randvoorwaarden die daarvoor aanwezig zijn.
- bij te dragen aan het leren van de beroepsgroep; het heeft daarmee dus ook een didactische kant gedacht vanuit het perspectief van de praktijk.
- Een vorm van assessment mogelijk te maken; de praktijk systematisch te evalueren van.

Zoals in paragraaf 1.1 is beschreven, is het Preffi-traject door het toenmalige Landelijk Centrum GVO (LCGVO) in 1994 gestart als een vervolg op het Analys traject (Driel, Keijsers et al., 1994). In dat traject werd een systematische manier van het uitvoeren van reviews voorgesteld en op beperkte schaal uitgetoetst. De grondgedachte van Analys is, dat de resultaten en conclusies van deze systematische reviews de basis kunnen zijn voor een richtlijnenlijst voor de praktijk om de effectiviteit van interventies/programma's te verhogen (Keijsers en Saan, 1998).

Vanaf de start van de ontwikkeling van een dergelijke richtlijnenlijst in 1994, is gekozen om vanuit het gebruikersperspectief te gaan werken aan een kwaliteitsinstrument, waarin naast een beoordeling van interventies/programma's, ook het verbeteraspect van die interventies centraal staat.

#### 1.4.2 Naar een Preffi 1.0 (1994-1995)

Het ontwikkelingstraject van de richtlijnenlijst die tot de Preffi 1.0 heeft geleid, liep van april 1994 t/m augustus 1995.

Eerst is de systematische kennis over effectiviteit geordend, die in het kader van het Analys traject was verzameld. Dit leverde een aantal algemene uitgangspunten en principes over effectiviteit en voorwaarden op die in een richtlijnenlijst verwerkt kunnen worden. De kern kwam neer op het werken met een planningsmodel, zoals dat van Green & Kreuter, aangevuld met een aantal kenmerken, aspecten van interventies, waarvan uit meta-analyses was gebleken dat deze in belangrijke mate bijdroegen aan effectiviteit van interventies (Kok en Borne, 1995). In de richtlijnenlijst hebben we dit 'effectieve elementen' genoemd. Het gaat om principes als: ruimte voor persoonlijke benadering, het geven van feedback, gebruik van beloningsstrategieën, het betrekken van de omgeving, etc.

Vervolgens is, samen met de beroepsgroep van gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers, nagegaan wat zij in de dagelijkse praktijk belangrijke aspecten vinden die van belang zijn voor een zo groot mogelijke effectiviteit van hun interventies en programma's. Naast inhoudelijke aspecten brachten zij vooral de mate van implementatie van een programma, en dus het feitelijke bereik ervan, en projectmanagementaspecten naar voren. Ook de persoon van de uitvoerder is belangrijk, maar die wordt als een onderdeel van projectmanagement beschouwd.

De resultaten van de zoektocht binnen de wetenschap en de praktijk leverden een zeven pagina's lange lijst op van voor effectiviteit belangrijke aspecten. Aan de leden van de Preffi Advies Groep (PAG) met vertegenwoordigers uit iedere gezondheidsbevorderingssector in Nederland (GGD, GGZ, thuiszorg, verslavingszorg en landelijke gezondheidsbevorderende instellingen), is gevraagd deze lijst toe te passen op een project. Dat was geen succes. De boodschap was unaniem: als je wilt dat we een richtlijnenlijst gaan gebruiken houd die dan kort en simpel.

Daarop zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd voor de richtlijnenlijst:

- niet groter dan één A-4;
- niet meer dan 10 punten;
- niet alleen aansporen tot beoordelen, maar ook tot verbeteren van de praktijk;
- inhoudelijk ook aandacht voor projectmanagement en implementatie.

Het resultaat was een conceptversie van de Preffi 1.0. Hierover zijn met iedere sector afzonderlijk expertmeetings gehouden. Voorafgaand aan deze bijeenkomsten, is aan de experts/praktijkwerkers gevraagd om de concept-Preffi 1.0 toe te passen op een project. Tijdens de expertmeetings is het instrument getoetst op bruikbaarheid, volledigheid en vorm. Op basis van deze bijeenkomsten zijn wijzigingen doorgevoerd die hebben geleid tot een definitieve versie van de Preffi 1.0 (als bijlage opgenomen op de CD ROM).

De Preffi 1.0 is op een afsluitende werkconferentie gepresenteerd en aanbevelingen zijn opgesteld voor de brede implementatie in Nederland. Aanbevolen werd om de Preffi inhoudelijk verder te ontwikkelen en een ondersteuningspunt voor de ontwikkeling en implementatie van de Preffi op te zetten. Ook was een implementatietraject nodig met een aanbod aan activiteiten die verschillende soorten gebruikers in verschillende stadia van gebruik aanspreken (Molleman, Driel et al., 1995). De adviezen voor het implementatietraject zijn verwerkt in het voorstel voor het implementatietraject, dat daarna bij ZonMw is ingediend en voor subsidie gehonoreerd.

### 1.4.3 Implementatietraject van de Preffi 1.0 (1997-2000)

De Preffi 1.0 is in het najaar van 1995 gepubliceerd en op ruime schaal beschikbaar gesteld (Molleman, Driel et al., 1995). Incidenteel zijn er daarna lezingen over de Preffi gehouden en adviezen voor gebruik gegeven aan praktijkwerkers. Het systematische implementatietraject voor de Preffi 1.0 is in 1997 van start gegaan. Het had een tweeledig doel. In de eerste plaats het bevorderen van het gebruik van de Preffi. Daarnaast ging het om het leren van het feitelijke implementatieproces van de Preffi.

Het projectplan voor dit traject beschrijft activiteiten die direct gericht waren op de gebruikers, de gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers en op strategische doelgroepen, die het handelen van de professional kunnen bepalen, zoals de Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering (NVPG), het management van de instellingen van de HP-professionals, de koepelorganisaties voor GGD en GGZ, ondersteuningsinstellingen als het NIGZ en het Trimbos-instituut en opleidings- en onderzoeksinstellingen.

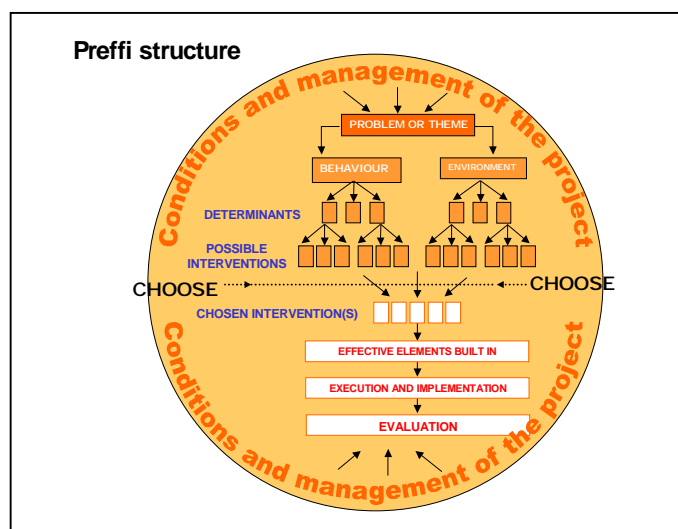
Het implementatietraject is met onderzoek begeleid. Het doel daarvan was de voortgang van de mate van gebruik van de Preffi te meten en inzicht te krijgen in de determinanten daarvan. Voor dat doeleinde vond onder andere in februari 1997 een nulmeting plaats onder de professionals en een eindmeting in oktober 1999.

Op basis van een nulmeting in februari 1997 zijn doelen van het implementatietraject voor de professionals opgesteld die eind 1999 gerealiseerd moesten zijn: 90% van de GVO/preventiewerkers moest op de hoogte zijn de Preffi (was 75%), 40% gebruikt de Preffi minstens één keer en 20% gebruikt de Preffi als standaardinstrument en kan daar flexibel en efficiënt mee omgaan. Om deze doelen te realiseren, is een pakket aan interventies uitgevoerd, gericht op:

- het bekend maken van de Preffi door middel van mailingen, publicaties, lezingen, Preffi-prijs.
- het stimuleren van het gebruik door middel van lezingen, voorbeelden collega's, workshops.
- het ondersteunen van gebruik door middel van handleiding, intake-workshops, trainingen, intervisie en advisering.

Een deel van deze interventies zijn algemene activiteiten en gericht op alle HP-professionals. Een ander deel richt zich op een intensievere ondersteuning (intake, training en intervisie) gericht op een gemotiveerde groep HP-professionals van ongeveer 60 personen, die geïnteresseerd waren in de toepassing van de Preffi binnen hun eigen praktijk. De effecten van dit intensievere traject zijn in het begeleidende onderzoek meegenomen (voor resultaten zie hoofdstuk 3 van dit proefschrift).

In het implementatieplan waren eveneens doelen gesteld om ervoor te zorgen dat de strategische doelgroepen de professionals zouden stimuleren om de Preffi te gebruiken, onder andere door het in te bouwen in te ontwikkelende kwaliteitssystemen en door draagvlak te creëren voor de Preffi binnen de wetenschap en de opleidingen. In werkelijkheid zijn er slechts incidenteel activiteiten



Figuur 4 : De Preffi 1.0 structuur

uitgevoerd richting opleidingen en managers en beslissers over gezondheidsbevordering. Deels komt dat door gebrek aan capaciteit. Anderzijds groeide ook het besef dat het beïnvloeden van belangrijke stakeholders een eigen, op hen gerichte strategie vereiste die aparte inspanningen vergt.

Het implementatietraject beperkte zich in feite tot de directe doelgroep van gebruikers. De tastbare resultaten van dit traject zijn een reeks lezingen, workshops en publicaties, een pakket aan trainingen, een uitgewerkt handboek, een groot aantal voorbeelden van goede projecten op basis van drie rondes Preffi-prijzen (Hommels, Molleman et al., 2000; Molleman, Kok et al., 2000). Het ontwikkelen van het Preffi Handboek leverde al een nieuwe vorm op voor de Preffi 1.0, waarin de cyclische contouren van de Preffi 2.0 al zichtbaar worden (zie figuur 4) (Hommels, Molleman et al., 2000). Het implementatietraject is in januari 2000 met een werkconferentie afgerond.

#### *1.4.4 Ontwikkelingstraject Preffi 2.0 (november 2000 - januari 2003)*

Een van de lessen uit het implementatietraject is, dat er behoefte is aan een nieuwe geactualiseerde versie van de Preffi, waarin nieuwe wetenschappelijke inzichten en de praktijkervaringen met het werken met de Preffi 1.0 verwerkt zijn. In november 2000 is met financiële ondersteuning van ZonMw gestart met de systematische ontwikkelingstraject van de Preffi 2.0. Het Preffi-team van het NIGZ heeft hiervoor de samenwerking gezocht met de Preventie Research Groep van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Een belangrijk doel van dit ontwikkelingstraject was om de inhouds- of constructvaliditeit van de Preffi te verhogen. Naast literatuurstudie naar effectpredictoren is een kritische dialoog georganiseerd met een Wetenschappelijke Advies Raad (WAR), waarin vertegenwoordigers hebben geparticipeerd van de dominante wetenschappelijke stromingen binnen gezondheidsbevordering en preventie in Nederland. Het hele proces van onderbouwing, operationalisering en normering van de Preffi 2.0 is meerdere malen voorgelegd aan de WAR.

Gaandeweg dit traject bleek dat bij de ontwikkelaars de behoefte bestond aan een Praktijk Advies Raad (PAR) naast de WAR. Aan de PAR hebben ongeveer 50 praktijkwerkers deelgenomen. Waar de WAR een deskundige inbreng had die bijdroeg aan degelijkheid, volledigheid en validiteit, richtte de inbreng van de PAR zich vooral op het helpen vinden van een praktisch bruikbare en begrijpelijke vorm. Daarmee werd nog eens het belang benadrukt van het samen met de gebruiker ontwikkelen van een instrument, zoals dat in feite vanaf het begin van het Preffi-traject in 1994 steeds heeft plaatsgevonden.

In de eerste fase van dit traject zijn de criteria/effectpredictoren van de Preffi 1.0 kritisch bekeken, aangevuld met nieuwe inzichten en deels op een nieuwe wijze gestructureerd. In de Preffi 2.0 zijn op criteriumniveau de aard en benaming van een aantal criteria gewijzigd, criteria en clusters zijn logischer en meer inhoudelijk opgebouwd en het aantal criteria is teruggebracht van 49 naar 39. Alle criteria zijn nader onderbouwd, geoperationaliseerd in zo meetbaar mogelijke termen en voorzien van een normering 'sterk', 'matig' of 'zwak', waarmee de mate wordt aangegeven waaraan men aan het criterium heeft voldaan.

Voor het selecteren van bruikbare effectpredictoren voor de Preffi 2.0 is een aantal criteria opgesteld:

- 1 de mate van bewijs voor de relatie tussen effectpredictor en effectiviteit;
- 2 de relevantie: de effectpredictor moet bijdragen aan effectiviteit of dat moet in de verwachting liggen;
- 3 de generaliseerbaarheid: vrij algemeen geldend voor HP;
- 4 mate van beïnvloedbaar- en veranderbaarheid van de predictor, anders past hij niet in een verbeterinstrument;
- 5 meetbaarheid.

In de beoordeling van de conceptcriteria van de Preffi 2.0, door het projectteam en enkele leden van de WAR, bleken criterium 3, 4 en 5 voor vrijwel alle effectpredictoren te kunnen opgaan. Daarmee bleven de relevantie en de mate van bewijs als selectiecriteria over. Per criterium kon een score tussen 1 en 5 toegekend worden, waarmee de mate wordt aangegeven dat er bewijs is dat dit criterium van belang is voor effectiviteit ( tabel 1 in Toelichting op de Preffi 2.0, als bijlage op de CD ROM).



Met de aldus ontwikkelde conceptversie van de Preffi 2.0 zijn in mei-juni 2002 een aantal projecten beoordeeld door een groep van 35 praktijkwerkers. Daarbij is de bruikbaarheid en de betrouwbaarheid getoetst. Dit leverde veel bruikbare gegevens en verbeter suggesties op (zie hoofdstuk 4 van dit proefschrift). Na verwerking van alle suggesties, is met de WAR de definitieve versie van de Preffi 2.0 vastgesteld.

De Preffi 2.0 bestaat uit vier onderdelen:

- een Scoreformulier (als bijlage opgenomen op de CD ROM)
- een document Operationalisering en Normering (als bijlage opgenomen op de CD ROM)
- een Gebruiksaanwijzing (als bijlage opgenomen op de CD ROM)
- een uitgebreide Toelichting, 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) (bijlage op CD ROM)

In het najaar van 2002 zijn de betrouwbaarheid en de criteriumvaliditeit van de Preffi 2.0 onderzocht door drie praktijkwerkers 20 projecten met de Preffi te laten beoordelen. Deze beoordeling is afgezet tegen een intuïtieve beoordeling van dezelfde projecten die de praktijkwerkers eerder hadden gegeven door de projecten op hoofdlijnen zonder de Preffi te beoordelen. De beoordeling is ook vergeleken met de beoordeling die drie experts op hoofdlijnen van dezelfde projecten hebben gegeven. Verwacht werd dat de experts als een extern criterium kunnen dienen (zie hoofdstuk 6).

#### *1.4.5 Implementatie-activiteiten Preffi 2.0 vanaf 2003*

Na de lancering van de Preffi 2.0 op het 3<sup>e</sup> Nationale Congres voor Gezondheidsbevordering en Preventie in januari 2003 is opnieuw een implementatietraject opgezet om de beroepsgroep kennis te laten maken met de Preffi 2.0. Naast kennismakingsworkshops werden, door het Preffi-projectteam van het NIGZ-Centrum voor Kennis en Kwaliteit, trainingen en adviseringstrajecten aangeboden. Meer nadruk wordt er daarnaast gelegd op het inbedden van de Preffi in bestaande systemen zoals de QUI-projectenbank en de daaruit voortvloeiende verdiepingsstudies, het ontwikkelen van Lokale Interventie-portefeuilles rondom specifieke thema's (bijv. overgewicht, roken) en het nieuwe gezamenlijke onderwijsaanbod van de Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH) en NIGZ over gezondheidsbevordering. Ook wordt er gewerkt aan het opnemen van de werksystematiek van onder andere Preffi in de functiedifferentiatie-eisen voor de gezondheidsbevorderaars en de eisen die binnen het HKZ-traject voor gezondheidsbevordering zullen worden opgesteld. In het slothoofdstuk wordt hier nader op ingegaan.

#### *1.4.6 Internationale activiteiten*

Gedurende het gehele Preffi-traject zijn er veel contacten opgebouwd met collega's uit andere landen in Europa en daarbuiten, die in eigen land met richtlijnontwikkeling bezig zijn. Op alle IUHPE-conferenties vanaf Turijn in 1995, zijn er lezingen gegeven en workshops gehouden over de Preffi (Herzyla 1997, Helsinki/Talinn 1999, Parijs 2001, Londen 2002, Parijs 2003, Melbourne 2004), evenals op enkele andere internationale conferenties over GGZ-preventie (Maastricht 1997, Atlanta, 2000, Londen 2002, Auckland 2004). Er is inmiddels een Engelse en een Franse vertaling van het Preffi 2.0-materiaal. De Hongaren hebben aangegeven eveneens een vertaling te willen gaan maken, terwijl de Noren de Preffi 1.0 actief gebruiken.

De activiteiten rondom de Preffi hebben ook aan de basis gestaan van een Europees project "Getting Evidence into Practice" waar met de Europese zusterorganisaties van het NIGZ gewerkt wordt aan de ontwikkeling van een gezamenlijke Europese richtlijn voor gezondheidsbevordering. Het NIGZ is de projectleider.

#### **1.5.1 Vraagstelling en opzet van het proefschrift**

Dit proefschrift gaat over de systematische ontwikkeling van de Preffi 2.0-versie. Daarbij wordt geleerd van de eerste 5 jaar van het Preffi 1.0-traject, wordt de nieuwe versie verantwoord en beschreven en wordt ingegaan op de verschillende onderzoeken naar bruikbaarheid en betrouwbaarheid van de Preffi 2.0-versie. De algemene onderzoeksvragen waar dit proefschrift een antwoord op wil geven zijn:

1. Welke leerpunten kunnen getrokken worden uit het Preffi 1.0-traject over inhoud, vorm en gebruik van het instrument?

2. Langs welke weg is de verbeterde Preffi 2.0 ontwikkeld en hoe is daarbij aan de eisen van validiteit voldaan?
3. Wat is de bruikbaarheid en de betrouwbaarheid van de Preffi 2.0?

Bij de ontwikkeling van de 2.0-versie is voortgebouwd op de kennis en ervaringen die zijn opgedaan met de Preffi 1.0 en de implementatie ervan.

De eerste onderzoeksvraag luidt: Wat zijn de leerpunten uit het Preffi 1.0-traject voor de ontwikkeling van de Preffi 2.0? Op deze vraag wordt ingegaan in hoofdstuk 2, dat eerder als artikel in TSG is verschenen.

Ook al heb je een goed instrument, dat wil nog niet zeggen dat het ook op brede schaal wordt gebruikt. Bij de ontwikkeling van de Preffi 1.0-versie is zo goed mogelijk rekening gehouden met de implementeerbaarheid van het instrument binnen de Nederlandse gezondheidsbevordering. Het implementeren van een instrument vraagt een gedegen en planmatige aanpak, waarvan de vorderingen en resultaten ook gevolgd moeten worden. Om de implementatie van een instrument te verbeteren, is het belangrijk te leren van wat wel en niet goed gaat in een eerder traject, waar weerstanden zitten en waar zich mogelijkheden voor doen. Dat is een proces van leren van ervaringen. In hoofdstuk 3 staat de vraag centraal: In welke mate is de Preffi 1.0 geïmplementeerd na een systematisch opgezet implementatietraject? Wat zijn de belangrijkste factoren die daarop van invloed zijn en welke lessen zijn er voor de toekomst te trekken? Dit hoofdstuk is als artikel geaccepteerd door Health Education Research.

In het 4<sup>e</sup> hoofdstuk wordt de systematische ontwikkeling van de Preffi 2.0 beschreven. Aan de uiteindelijke versie is een systematisch consensustraject met wetenschappers en praktijkwerkers vooraf gegaan. Hierin is de inhouds- of constructvaliditeit vastgesteld. In dit hoofdstuk wordt het instrument in hoofdlijnen gepresenteerd, zoals dat na het consensustraject is vastgesteld. De operationalisering en normeringen van de Preffi 2.0, alsmede de gebruiksaanwijzing en de uitgebreide toelichting, zijn als bijlagen bij dit proefschrift toegevoegd. In de toelichting wordt ieder criterium dat in de Preffi is opgenomen verantwoord, waarbij tevens wordt aangegeven welke mate van bewijsvoering we hebben kunnen vinden voor het betreffende criterium. Het 4<sup>e</sup> hoofdstuk is eerder verschenen in TSG juli 2003. Een bewerking van dit artikel is verschenen in een speciale Franse editie van Promotion & Education (oktober 2004) en wordt momenteel ge-peer-reviewed voor de Engelse editie van Promotion & Education.

De conceptversie van de Preffi is op bruikbaarheid en betrouwbaarheid onderzocht bij de gebruikersgroep. Daartoe hebben 35 gezondheidsbevorderaars ieder twee projecten met de conceptversie beoordeeld. Het onderzoek concentreerde zich rond drie vragen

- a. Hoe bruikbaar is de Preffi 2.0 en wat is de mening van de gebruiker over de verschillende onderdelen/aspecten van de Preffi? Is dit een betere versie dan de Preffi 1.0 en wat vindt de gebruiker van deze Preffi?
- b. Op welke manier kan deze conceptversie van de Preffi verbeterd worden?
- c. Is het mogelijk om te bepalen hoe betrouwbaar deze versie van de Preffi is?

Dit onderzoek is een pilot geweest om in het volgende onderzoek de betrouwbaarheidsvraag beter te stellen. De resultaten staan beschreven in hoofdstuk 5.

Het bruikbaarheidsonderzoek heeft veel nuttige verbeteringsuggesties opgeleverd voor de definitieve versie van de Preffi 2.0. Met de aldus vastgestelde eindversie is opnieuw een onderzoek uitgevoerd, waarin projecten zijn beoordeeld met en zonder de Preffi en waarbij de beoordeling van praktijkwerkers aan de hand van de Preffi, is afgezet tegen het oordeel dat experts geven over dezelfde projecten.

Hoofdstuk 6 beschrijft dit onderzoek, waarin eerst de veronderstelling is getoetst of experts wel tot een identiek oordeel komen om als extern criterium te kunnen dienen. Daarnaast is nagegaan hoe betrouwbaar en nauwkeurig er oordelen over projecten gegeven kunnen worden met de Preffi, in vergelijking met oordelen die zonder de Preffi worden gegeven. Dit onderzoek naar oordeelsvorming over de kwaliteit van projecten maakt duidelijk hoe ingewikkeld een dergelijke beoordelingsproces binnen gezondheidsbevordering is. Dit hoofdstuk is aangeboden aan Health Education Research.

Het slothoofdstuk beschrijft de conclusies van het ontwikkelingsproces en geeft een kritische beschouwing: waar staan we nu met de Preffi, welke pretenties kan ze waarmaken en hoe en welke

stappen kunnen worden gezet in de ontwikkeling van de Preffi om de kwaliteit van de gezondheidsbevordering in Nederland verder te brengen?

## Referenties

- Ader, M., Berensson, K., Carlsson, P., Granath, M. en Urwitz, V. (2001) Quality indicators for health promotion programmes *Health Promot. Int.*, **16**, 187-195.
- Assema, P. v., Brug, J., Glanz, K., Dolders, M. en Mudde, A. (1998) Nationwide implementation of guided supermarket tours in the Netherlands: a dissemination study *Health Educ. Res.*, **13 (4)**, 557-566.
- Australian Health Promotion Association (2001) Health Promotion and Evaluation ; a programmatic approach *Health promotion Journal of Australia*, **11**, Supplement 1-28.
- Baron-Epel, O., Levin-Zamir, D., Satran-Argaman, C., Livny, N. en Amit, N. (2004) A participatory process for developing quality assurance tools for health education programs *Patient Education and Counseling*, **54**, 213-219.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G. en Gottlieb, N. H. (2001) *Intervention mapping: designing theory- and evidence-based health promotion programs*. Mayfield, Mountain View.
- Berensson, K., Granath, M. en Urwitz, V. (1996) *Succeeding with Health Promotion-Quality Assurance*. Landstingsförbundet, Stockholm.
- Boddy, D. (Ed.) (1999) *The evidence of health promotion effectiveness; shaping public health in New Europe*, IUHPE & European Commission, Paris- Luxembourg.
- Bosma, M. W. M. en Hosman, C. M. H. (1990) *Preventie op waarde geschat. Een studie naar de beïnvloedbaarheid van determinanten van psychische gezondheid*. Beta Boeken, Nijmegen.
- Botvin, G. J. (2004) Advancing Prevention Science and practice: Challenges, critical issues and future directions *Prevention Science*, **5**, 69-72.
- Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R. M. en Molen, H. T. v. d. (2000) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering, een planmatige aanpak*. Van Gorcum, Assen/Maastricht.
- Burgers, J., Grol, R. en Zaat, J. (2001) Richtlijnen en protocollen als hulpmiddel bij de verbetering van de zorg. In Grol, R. en Wensing, M. (eds), *Implementatie; Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
- Burgers, J. S., Grol, R., Klazinga, N., Mäkelä, M. en Zaat, J. (2003) Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs *International Journal for Quality in Health Care*, **15**, 31-45.
- Cameron, R., Jolin, M. A., Walker, R., McDermott, N. en Gough, M. (2001) Linking Science and practice: Toward a system for enabling communities to adopt best practices for chronic disease prevention *Health Promotion Practice*, **2**, 35-42.
- CMHA en Health Canada (1999) *Canadian Mental Health Promotion toolkit*.
- Commissie Dunning (1991) *Kiezen en Delen, rapport van de commissie Keuzen in de zorg (Commissie Dunning)*. Ministerie van WVC, Den Haag.
- Donabedian, A. (1980) Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1: The definitions of quality and approaches to its assessment.
- Driel, W. G. v. en Keijsers, J. F. E. M. (1997) An instrument for reviewing the effectiveness of health education and health promotion *Patient Education and Counseling*, **30**, 7-17.
- Driel, W. G. v., Keijsers, J. F. E. M., Zaal, K. en Güttinger, V. (1994) *Effectiviteitsanalyse van gvo/ggz-preventie interventies, Ontwikkeling van een analyse-instrument*. Landelijk Centrum GVO, Utrecht.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W. B., Walsh, J. en Falco, M. (2004) Quality of implementation: developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions *Health Educ. Res.*, cyg134.
- Evans, D., Head, M. J. en Speller, V. (1994) *Assuring Quality in Health Promotion. How to Develop Standards of Good Practice*. Health Education Authority, London.
- Fleuren, M., Wiefferink, K. en Paulussen, T. (2004) Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study *Int J Qual Health Care*, **16**, 107-123.
- French, J. (2004) *The learning from Effective Practice Standard System (LEPSS)*. Health Development Agency, London.
- Gevers, J. K. M. en Biesaat, M. C. I. H. (1999) Medische beslissingen, kostenoverwegingen en richtlijnen voor medisch handelen: kanttekeningen vanuit het recht *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, **143**, 2629-2632.
- Glanz, K., Lewis, F. M. en Rimer, B. K. (Eds.) (2002) *Health behavior and health education: theory, research and practice*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Green, L. W. en Kreuter, M. W. (1991) *Health promotion planning, an educational and environmental approach*. Mayfield, Mountain View.

- Green, L. W. en Kreuter, M. W. (1999) *Health promotion and planning: an educational and ecological approach*. Mayfield, Mountain View.
- Green, L. W. en Kreuter, M. W. (2004) *Health Program Planning: an educational and ecological approach*. McGraw-Hill.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. en Zins, J. (2001) *A Conceptual Model of Implementation for School-Based Preventive Interventions: Implications for Research, Practice, and Policy*. Center for Mental Health Services, SAMHSA, Rockville.
- Grol, R. T. P. M. en Wensink, M. (Eds.) (2001) *Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.
- Haglund, B. J. A., Jansson, B., Petterson, B. en Tillgren, P. (1998) A quality assurance instrument for practitioners. An example from Sweden. In Davies, J. K. en Macdonald, G. (eds), *Quality, Evidence and Effectiveness in health promotion*. Routledge, London, p. 93-116.
- Health Canada (2001) *The Population Health Template: Key Elements and Actions That Define a Population Health Approach*.
- Health Switzerland (2002) [www.quint-essenz.ch](http://www.quint-essenz.ch); *Quint-essenz 4. 0; a website supporting the design of health promotion projects*.
- Hommels, L. M., Molleman, G. R. M. en Kok, H. H. (2000) *Handboek Preffi*. NIGZ, Woerden.
- Hosman, C. M. H. en Engels, M. C. L. J. (1999) The value of model programmes in Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention *Int J Mental Health Prom.*, 4-16.
- Hosman, C. M. H. en Llopis, E. (2002) *A conceptual framework for predicting and enhancing effectiveness of prevention and health promotion ; the case of mental health*. Prevention Research Centre, Nijmegen.
- Hosman, C. M. H., Llopis, E. J. en Saxena, S. (2004) *Prevention of Mental disorders : Effective interventions and policy options*. World Health Organisation, Geneva.
- Hosman, C. M. H., van Doorn, I. en Verburg, H. (Eds.) (1988) *Preventie in-zicht.*, Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Jones, S. C. en Donovan, R. J. (2004) Does theory inform practice in health promotion in Australia? *Health Educ. Res.*, **19**, 1-14.
- Jonkers, R., Liedekerken, P. C., Haes, W. F. M. d., Kok, G., J. en Saan, J. A. M. (Eds.) (1988) *Effectiviteit van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)*, Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, Rijswijk.
- Kahan, B. en Goodstadt, M. (2001) The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion *Health Promot Pract*, **2**, 43-67.
- Keijsers, J. F. E. M. en Saan, J. A. M. (1998) The development of two instruments to measure the quality of health promotion interventions. In Davies, J. en Macdonald, G. (eds), *Quality, Evidence and Effectiveness in health promotion*. Routledge, London, p. 117-129.
- Keijsers, J. F. E. M. en Vaandrager, L. (Eds.) (2000) *Gezond leven. Stand van zaken en voorstel voor programmering*, ZorgOnderzoek Nederland, Den Haag.
- Kelly, M. P., Speller, V. en Meyrick, J. (2004) *Getting evidence into practice in public health*. Health Development Agency, London.
- Kliche, J., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U. en Lehmann, H. (2004) Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung; Anforderungen und Lösungen *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, **47**, 125-132.
- Koelen, M. A. en Ban, A. W. v. d. (2004) *Health Education and Health Promotion*. Wageningen Academic Publishers, Wageningen.
- Kok, G. (1992) Quality of planning as a decisive determinant of health education effectiveness *Hygie*, **11**, 3-9.
- Kok, G. J., Borne, B. v. d. en Mullen, P. D. (1997) Effectiveness of health education and health promotion: meta-analyses of effect studies and determinants of effectiveness. *Patient Education and Counseling*, **30**, 19-27.
- Kok, G. J. en Borne, H. W. v. d. (1995) Effectiviteit van gezondheidsvoorlichting en gezondheidsbevordering; Meta-analyses van effect-studies en determinanten van effectiviteit *TSG, tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, **73**, 347-353.
- Kotler, P. en Roberto, E. (1991) *Sociale marketing*. Het Spectrum, Utrecht.
- Llopis, E. (2002) *What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention*. Quickprint, Nijmegen.
- Llopis, E. J., Hosman, C. M. H., Kasander, R. en Walkbeck, K. *International database of mental health promotion and mental disorder prevention programmes and policies: IMHPA Database*. Prevention Research Centre, University of Nijmegen, Nijmegen.

- Ministerie van Financiën (2002) *Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording*. Min. van Financiën, Den Haag.
- Molleman, G. R. M., Driel, W. v. en Keijsers, J. F. E. M. (1995) *Preventie Effectiviteits-instrument, PREFFI 1.0. Ontwikkeling van een effectiviteitsinstrument voor de gvo/preventiepraktijk*. Landelijk Centrum GVO, Utrecht.
- Molleman, G. R. M., Kok, H. H. en Hommels, L. M. (2000) *Preffi, Brug tussen kennis en praktijk*. NIGZ, Woerden.
- Molleman, G. R. M. en Nies, H. A. M. v. (1995) *Trendonderzoek NVPG 1994*. NVPG, Nijmegen/Leiden.
- Mullen, P. D. (1985) Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types *Preventive Medicine*, **14**, 753-781.
- Nabitz, U., Klazinga, N. en Walburg, J. (2000) The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care *Int J Qual Health Care*, **12**, 191-202.
- NIZW (2005) [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl) website van Databank Effectieve Jeugdinterventies. NIZW Jeugd, Utrecht.
- NVGVO (1988) *Effectiviteit van GVO en preventie, Wilhelmina Rouwenhorst Lezing*. NVGVO, Maastricht.
- Oldenburg, B. en Parcel, G. S. (2002) Diffusion of innovation. In Glanz, K., Rimer, B. K. en Lewis, F. M. (eds), *Health Behavior and Health Education, 3rd edition*. Jossey-Bass, San Francisco CA, p. 312-334.
- Ovretveit, J. (1996) Quality in health promotion *Health Promot. Int.*, **11**, 55-62.
- Paulussen, T., Aarts, H., Leeuw, E. d. en Kok, G. J. (1997) Werkzaamheid en doeltreffendheid van gezondheidsvoorlichting bij roken, lichamelijke activiteit en stresshantering. In Gunning-Schepers, L. J. en Jansen, J. (eds), *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997, Effecten van preventie, deel IV*. RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, Bilthoven, Maarssen.
- Paulussen, T. G. W. (1994) *Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools*. Landelijk Centrum GVO, Utrecht.
- Peters, L. W. H. en Keijsers, J. F. E. M. (2002) *Kwaliteitscriteria voor gezondheidsbevorderende interventies in en om scholen*. NIGZ & Schoolslag, Zuid Limburg, Woerden.
- Peters, L. W. H., Molleman, G. R. M. en Hielkema, J. E. (2000) *Preffi, implementatietraject 1997 - 1999; onderzoeksverslag*. NIGZ, Woerden.
- Poel, F. v. d. (2003) *Wat laat het GVO/preventieveld ons zien? Overview of health promotion activities in the Netherlands*. NIGZ, Woerden.
- Poel, F. v. d., Waisvisz, F. en Molleman, G. R. M. (2005) *Trendonderzoek Gezondheidsbevordering en Preventie 2005*. NIGZ-Centrum voor Kennis en Kwaliteit, Woerden.
- Public Health en Aged Community and Mental health (2000) *Primary Care Partnership; draft Health Promotion Guidelines*. Victorian Government Department of Human Services, Melbourne.
- Rogers, E. (1995) *Diffusion of innovations*. The Free Press, New York.
- Rootman, I., Goodstadt, M., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J. en Ziglio, E. (2002) *Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives*. WHO/EURO, Copenhagen.
- Saan, J. A. M. (1993) *Actieprogramma Kwaliteit*. Landelijk Centrum GVO, Utrecht.
- SAMSHA en US Department of Health and Human Services (2002) *SAMSHA Model Programs National Dissemination System*. SAMSHA, Rockville.
- Sanderson, C., Haglund, B. J. A., Tillgren, P., Svanström, L., Östenson, C. G., Holm, L. E., Ullen, H. en Smajkic, A. (1996) Effect of stage models in community intervention programmes; and the development of the Model for Management of Intervention Programme Preparation (MMIPP) *Health Promotion International*, **11**, 143-156.
- Scheerder, G., Van den Broucke, S. en Saan, H. (2003) *Projecten voor gezondheids promotie; een handleiding voor kwaliteitsvol werken*. Garant, Antwerpen - Apeldoorn.
- South East Health (2003) *Four Steps Towards Equity*. Health Promotion Services, South East Health, Sidney.
- Speller, V., Rogers, L. en Rushmer, A. (1998) Quality assessments in health promotion settings. In Davies, J. K. en Macdonald, G. (eds), *Quality, Evidence and Effectiveness in health promotion*. Routledge, London, p. 130-146.
- The Agree Collaboration (2001) Appraisal of guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org).
- US Department of Health and Human Services en CDC (2001) *PATCH, a Planned Approach to Community Health; Guide for the Local Coordinator*. Atlanta, GA.

- Van den Broucke, S., Molleman, G. R. M., Broesskamp-Stone, U., Speller, V. en Saan, J. A. M. (2004) 'Getting evidence into practice': tools and processes for Health Promotion, special session of the GPHPE/European. In *Health 2004*. Melbourne.
- Veen, C., Vereijken, C., Driel, W. v. en Belien, M. (1994) *An instrument for analysing effectiveness studies on health promotion and health education*. International Union for Health Promotion and Education, Utrecht.
- Vermeulen, T. R. N., Kok, H. H., Van den Broucke, S., Molleman, G. R. M. en Bollars, C. (2005) Health Promotion Quality Assurance Self-Assessment tools; systematic review and qualitative content analysis *submitted*.
- Victorian Community Health Association (2004) *Quality Improvement Program Planning System (QIPPS)*. website [www.qipps.com](http://www.qipps.com). Victorian Community Health Association, Melbourne.
- VNG, NIGZ en GGD Nederland (2005) *Convenant versterking Gezondheidsbevordering*. VNG, Den Haag.
- Walburg, J. A. (1997) *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg*. Kluwer, Deventer.
- Woerkm, C. v. en Meegeren, P. v. (Eds.) (1999) *Basisboek Communicatie en Verandering*, Boom, Amsterdam.
- Woodard, G. B. (2004) *Health Promotion Capacity checklists: a Workbook for Individual, Organisational, and Environmental Assessment*. Prairie region Health Promotion Research Centre, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan, Canada.
- Work Group on Health Promotion and Community Development (1995) *Community toolbox*, website since 1995 <http://ctb.ku.edu/>. University of Kansas, Lawrence, Kansas.