

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

EFeKT

**Evaluëren van effecten en Kernprocessen van
preventieve methodieken, ontwikkeld binnen de
Vlaamse gezondheidsdoelstellingen**

Ellen De Pauw
Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij
Prof. Dr. Lea Maes



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2011/01
SWVG-Rapport 12
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: EFFeKT - Evalueren van effecten en Kernprocessen van preventieve methodieken, ontwikkeld binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen

Promotor: Prof. Dr. Lea Maes
Co-promotor: Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij
Onderzoeker: Ellen De Pauw

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Sabine Vanden Bossche, Lieve Van Cauwenberghe, Manuela Schröder

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

K.U.Leuven

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG
Prof. Dr. Karel Hoppenbrouwers, Centrum voor Preventieve Gezondheidszorg
Prof. Dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. Dr. Anja Declercq, Lucas

UGent

Prof. Dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde
Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen
Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

VUBrussel

Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Orthopsychologie

KHKempen

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd

Rapport 12

'Evalueren van effecten en Kernprocessen van preventieve methodieken, ontwikkeld binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen'

Onderzoeker: Ellen De Pauw

Promotor: Prof. dr. Lea Maes; Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij

Samenvatting

Dit rapport werd uitgeschreven in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, dat is opgericht voor de periode 2007-2011 en de taak heeft om met wetenschappelijk onderzoek de minister te ondersteunen bij het voeren van een beleid rond de problemen van welzijn, gezondheid en gezin. De studie betrof een eenjarig ad hoc onderzoek, met als opdracht "Onderzoek naar de mogelijkheid tot het ontwikkelen van een strategie en methodieken voor het evalueren van Vlaamse preventieprogramma's en -initiatieven."

De ruime praktijk van preventieve gezondheidszorg en de complexiteit van evaluatie maakte een duidelijke afbakening noodzakelijk. Hiertoe werd een literatuurstudie uitgevoerd waarbij enerzijds inzicht werd verworven in de theoretische aspecten aangaande het evalueren van de preventiepraktijk en anderzijds werd bekeken hoe dit wordt toegepast in de Vlaamse en internationale context. Deze literatuurstudie leerde dat preventie-initiatieven op verschillende niveau's kunnen geëvalueerd worden, nl. het niveau van het evalueren van het proces en effect van specifieke interventies (bv promoten van fruitconsumptie bij lagere school kinderen), het niveau van een samenhangend geheel van interventies die zich richten op eenzelfde doel en het niveau van het preventieve beleid binnen een bepaalde regio gericht op het behalen van gezondheidsdoelstellingen.

Op basis van overleg met de stuurgroepleden (bestaande uit vertegenwoordigers van het Agentschap Zorg en Gezondheid, VIGeZ, Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Universiteit Gent) werd duidelijk dat er vooral nood is aan inzicht in evaluatiemogelijkheden van een concreet preventie-initiatief (zoals het promoten van fruitconsumptie bij kinderen). Meer bepaald bleek er vooral nood te zijn aan meer informatie omtrent het proces van de implementatie van een preventie-initiatief. Er werd namelijk gesteld dat vaak geen inzicht is in wie wat concreet uitvoert rond een bepaalde methodiek, of dit juist is uitgevoerd, welke concrete problemen en barrières er ondervonden worden, enzovoort. Er was dus nood aan mogelijkheden om deze input te evalueren. Daarnaast was ook de vraag hoe concreet de output kan geëvalueerd worden en in welke mate dit kan gekoppeld worden aan de uitgevoerde inspanningen binnen de input.

Op basis van de literatuurstudie en het overleg met de actoren werd gekomen tot de ontwikkeling van een evaluatie-planningsmodel, genaamd EFeKT (Evalueren van Effecten en Kernprocessen van preventieve methodieken). Dit model biedt een stappenplan dat kan gevolgd worden bij het evalueren van preventieve methodieken. Preventieve methodieken worden in dit rapport gedefinieerd als een samenhangend geheel van acties gericht naar een bepaalde doelgroep, in een bepaalde setting, met concrete producten en daarbij horende richtlijnen, met als einddoel het beïnvloeden van gedrag bij de intermediaire of einddoelgroep, teneinde gezondheidsproblemen bij deze einddoelgroep te voorkomen of verminderen en/of kwaliteit van leven te verbeteren.

Bedoeling is dat het model gebruikt wordt voor methodieken die opgesteld zijn binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en geïmplementeerd worden op ruime schaal. Het gaat dus om methodieken die zich richten of op de Vlaamse bevolking, of op een specifieke doelgroep (met bijvoorbeeld een bepaald gezondheidsprobleem zoals overgewicht) of op een bepaald gedrag (bv. roker)en. Het is bruikbaar voor methodieken voor de promotie van gezondheid als voor de preventie van ziekte. Belangrijkste aspect is dat het uiteindelijke doel van de methodiek verandering in gedrag nastreeft, om uiteindelijk een positief effect op gezondheid teweeg te brengen.

Het ontwikkelde model EFeKT volgt het algemene verloop van een methodiek (ontwikkeling, verspreiding, uitvoering, effect) en geeft weer omtrent welke concrete elementen per onderdeel informatie dient verzameld te worden. Hierbij richt het model zich vooral op het in kaart brengen van de verschillende actoren en hun inspanningen aangaande de methodiek, of deze inspanningen zijn verlopen volgens plan en of de gewenste tussen- en einddoelstellingen zijn bereikt.

Op basis van wat geleerd wordt uit de evaluatie van preventieve methodiek, kan er voor gekozen worden om dit initiatief verder te zetten, al of niet mits aanpassing, of stop te zetten indien minder goede resultaten gevonden worden. De resultaten van de evaluaties van preventieve methodieken kunnen in belangrijke mate bijdragen tot evidence based practice in de gezondheidspromotie in Vlaanderen en bijgevolg tot capaciteitsopbouw voor gezondheidspromotie.

VOORWOORD

Dit rapport geeft de resultaten weer van het 'onderzoek naar de mogelijkheid tot het ontwikkelen van een strategie en methodieken voor het evalueren van Vlaamse preventieprogramma's en -initiatieven'. Dit onderzoek gebeurde in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en betreft een ad-hoconderzoek dat liep van september 2009 tot september 2010. De vakgroepen Maatschappelijke Gezondheidskunde en Bewegings- en sportwetenschappen van de Universiteit Gent namen deze opdracht op zich.

Het onderzoek vertrok vanuit een ruime opdrachtbeschrijving aangaande evaluatie van Vlaamse preventie-initiatieven. Uit een brede literatuurstudie en regelmatig overleg volgde het uiteindelijke resultaat van het onderzoek, namelijk de ontwikkeling van 'EFeKT': een planningsmodel dat kan gehanteerd worden voor het evalueren van Vlaamse preventiemethodieken. Het gaat om methodieken die ontwikkeld zijn binnen een Vlaamse gezondheidsdoelstelling en tot doel hebben gedrag van een intermediaire of einddoelgroep te beïnvloeden, met het oog op het behouden of verbeteren van de gezondheid en kwaliteit van leven.

Verschillende actoren hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van EFeKT. We willen hen graag danken voor hun medewerking.

Vooreerst de stuurgroep van dit onderzoek (Alexander Witpas, Lea Maes, Veerle Stevens, Veronique Vandezande, Dirk De Wolf, Ilse De Bourdeaudhuij, Valérie Carrette) voor hun ondersteuning bij het onderzoek, constructieve feedback en waardevolle weergaven vanuit hun praktijkervaringen.

Bij de uitwerking van dit onderzoek werden regelmatig een aantal ideeën getoetst aan het huidige praktijkveld. Hiertoe vonden enkele gesprekken plaats met actoren uit het preventieterrein.

Graag willen we Olaf Moens, Loes Neven en Kim Schutters, werkzaam in het VIGeZ, bedanken voor het geven van hun ervaringen en inzichten over enkele preventieve methodieken en hun kritische kijk op het ontwikkelde evaluatie-planningsmodel. Daarnaast willen we ook Eric Stijnen (CGG Ahasverus) bedanken voor zijn informatie omtrent Vroegdetectie- en Interventie bij psychose. Ook Tom Vermeulen uit LOGO Antwerpen, die zijn ervaringen weergaf met enkele bestaande preventieve methodieken en een kritische blik wierp op de mogelijkheid om EFeKT in de praktijk te implementeren.

Voor het verkrijgen van een beter inzicht omtrent registraties van vaccinatiegegevens willen we graag Koen van Herck danken, evenals Mariane de Vriendt en Luc Bleyen die inzicht gaven in wat al of niet dient geregistreerd te worden aangaande borstkankerscreening. Ook Veerle Piessens, die een duidelijk blik wierp op de registraties door huisartsen.

Verder willen we alle mensen bedanken die op een of andere manier hebben bijgedragen aan dit rapport. Mensen die via mail of telefonisch meer informatie gaven

omtrent allerlei onderwerpen, waaronder bestaande registraties, de Vlaamse evaluatiepraktijk ...

Inhoud

VOORWOORD	5
Inleiding	11
1 Opdrachtbeschrijving	11
2 Resultaat	12
3 Opbouw van het rapport	12
4 Situering binnen het kader van SWVG	12
Deel I Evalueren van preventieve initiatieven en de Vlaamse preventiepraktijk	15
1 Evalueren van preventieve initiatieven	15
1.1 Definitie van evaluatie	15
1.2 Types evaluaties	16
1.2.1 Procesevaluatie	17
1.2.2 Effectevaluatie	17
1.2.3 Impact evaluatie	17
1.2.4 Outcome evaluatie	18
1.3 Model van Nutbeam	18
2 De Vlaamse preventiepraktijk: het preventiedecreet	20
2.1 Indeling naar fase van ontwikkeling van het gezondheidsprobleem	20
2.2 Oriëntatie op ziekte of gezondheid	21
2.3 Het Vlaams preventiebeleid	22
2.4 Actoren	25
2.4.1 Partnerorganisaties	25
2.4.2 Organisaties met terreinwerking	26
2.4.3 Individuele zorgaanbieders	26
2.4.4 Provincies en gemeenten	27
2.4.5 Logo's of locoregionale samenwerkingsverbanden	27
2.5 Vlaamse gezondheidsdoelstellingen	27

3	Kenmerken van effectieve en kwaliteitsvolle preventieprogramma's	30
3.1	Karakteristieken van effectieve preventieprogramma's	30
3.1.1	Programma design en inhoud	30
3.1.2	Programma relevantie	31
3.1.3	Programma implementatie	31
3.1.4	Programmabeoordeling en kwaliteitsgarantie	32
3.2	Indicatoren van kwaliteitsvolle preventieprogramma's	32
3.2.1	Structuur	32
3.2.2	Middelen	33
3.2.3	Proces	33
3.2.4	Uitkomst	34
3.3	Richtlijnen ter ontwikkeling van kwaliteitsvolle preventieprogramma's	34
4	Mogelijke uitgangspunten	36
4.1	Schaalgrootte waarop kan geëvalueerd worden	37
4.2	Voorbeelden van evaluatiemodellen op drie niveaus	37
4.2.1	Evaluatie van preventieve programma's	37
4.2.2	Gebruik van gezondheidsdoelstellingen	44
4.2.3	Evaluatie van het preventiebeleid: de preventiecyclus	45
5	Gemaakte keuzen in het kader van dit onderzoek	48
DEEL II Het evaluatie-planningsmodel 'EFeKT'		51
1	Terminologie en situering	51
1.1	Terminologische verwarring	51
1.2	Woordenlijst	51
1.3	Situering in het ontwikkelingsproces van gezondheidsdoelstellingen	56
2	Inleiding	61
2.1	Doel van het evaluatie-planningsmodel	61
2.2	Ontwikkeling van het evaluatie-planningsmodel	62
2.3	Verloop van een methodiek	62
2.3.1	Procesfasen van een methodiek	62
2.3.2	Evaluatiefasen van een methodiek	63
3	Het model	65
4	Inhoud model	66
4.1	Stap 1: Ontwikkeling	66
4.2	Stap 2: Verspreiding	69

4.3	Stap 3: Uitvoering	70
4.3.1	Stap 3-1: Besluitvorming	70
4.3.2	Stap 3-2: Uitvoering	71
4.3.3	Stap 3-3: Ondersteuning	72
4.4	Stap 4: Eindresultaat	73
5	KENMERKEN VAN EFeKT	75
5.1	Type evaluatie: proces en effectevaluatie	75
5.2	Goed ontwikkelde methodieken vormen de basis	76
5.3	Gericht op diverse actoren	76
5.4	Niet gericht op methodieken buiten gezondheidsdoelstellingen	77
5.5	Niet gericht op berekening van kosten-resultaat of kosten-effectiviteit	77
5.6	Relatie met RE-AIM	78
5.7	Tijds kader	78
5.8	Herhaling van evaluatie	79
5.9	Metten van effecten van interacties tussen de methodieken	79
6	Beschrijving van de stappen van EFeKT	82
6.1	Vorbereiding	82
6.2	Stap 1: Ontwikkeling	83
6.3	Stap 2: Verspreiding	91
6.4	STAP 3: Uitvoering	97
6.4.1	STAP 3-1: Besluitvorming	97
6.4.2	STAP 3-2: Uitvoering	98
6.4.3	STAP 3-3: Ondersteuning	103
6.5	STAP 4: Eindresultaat	105
7	Bronnen	109
7.1	Gebruik bestaande bronnen	109
7.1.1	Procesevaluatie	109
7.1.2	Effectevaluatie	110
7.1.3	Problemen met gebruik van bestaande bronnen	111
7.2	Limieten op het vergaren van de nodige informatie	111
7.3	Minimum optie voor het verzamelen van informatie	111
8	Gebiedsomschrijving voor evaluatie	112
9	Actoren in de evaluatie	113

Deel III Discussie en aanbevelingen	115
1 Gemaakte keuzen in het onderzoek	115
2 Aanbevelingen	116
2.1 Uitvoeren van goede pilootprojecten	116
2.2 Gebruik van eenduidige terminologie	117
2.3 Aanvullende en nieuwe gegevensbronnen zijn noodzakelijk	117
2.4 Aandacht voor problemen bij vrijwillige registratie	117
2.5 Uitwerken van een interpretatiekader voor de resultaten van evaluatiestudies	118
2.6 Meer aandacht voor gedragsverandering van alle actoren	119
2.7 Beschikbaar maken van effectiviteitsstudies van methodieken	120
REFERENTIES	121
BIJLAGEN	127
1 Bijlage 1: De Vlaamse gezondheidsdoelstellingen	127
2 Bijlage 2: Kwaliteitstoetsing van een methodiek	135
3 Bijlage 3: Contact met praktijkveld	139

Inleiding

1 Opdrachtbeschrijving

Het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, ook wel het preventiedecreet genoemd, is de leidraad voor heel wat initiatieven die aangestuurd worden door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Een belangrijk uitgangspunt is het bereiken van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door initiatieven op het vlak van gezondheidsbevordering, ziektepreventie en een facettenbeleid (cfr. health in all policies). Op basis van gezondheidsconferenties (artikel 15 van het preventiedecreet) worden onderbouwde en maatschappelijk gedragen voorstellen van gezondheidsdoelstellingen geformuleerd. Deze voorstellen bevatten ook een beschrijving van de nodige of wenselijke strategieën en een simulatie van de middelen die nodig zijn voor de realisatie ervan. Na goedkeuring door de Vlaamse Regering en het Vlaamse Parlement worden de strategieën om de doelstellingen te bereiken, uitgevoerd. De betrokkenheid van het werkveld en de diverse deskundigen bij de beleidsuitvoering is gegarandeerd door het oprichten van Vlaamse werkgroepen (zie besluit van de Vlaamse Regering hierover van 14/11/2008). Het preventiedecreet voorziet ook in een regelmatige rapportering naar de Vlaamse Regering en het Vlaamse parlement over de gezondheidsindicatoren en de stand van zaken m.b.t. de gezondheidsdoelstellingen.

De meeste en belangrijkste initiatieven op het vlak van preventie kaderen in een planmatig opgebouwd geheel en worden op een geïntegreerde wijze uitgevoerd. In die zin is er sprake van preventieprogramma's. Die preventieprogramma's vergen een investering in middelen vanuit de overheid en vanuit diverse andere private en publieke organisaties. Zicht krijgen op de doelmatigheid van die programma's is belangrijk om keuzes te kunnen verantwoorden en om beleid bij te sturen waar nodig.

Voor de continue bijsturing van het beleid en de preventieprogramma's wordt de vraag gesteld of partners en projecthouders in het werkveld op een uniforme wijze kunnen ondersteund worden in hun evaluaties. Dit onderzoek zoekt naar antwoorden op vragen als:

- Welke elementen van preventieprogramma's dienen te worden geëvalueerd?
- Welke gegevens moeten daarvoor minimaal beschikbaar zijn?
- Op welk niveau gebeurt dit best (Vlaams, Locoregionaal, op niveau van de uitvoerder?)
- Door wie gebeurt dit best?
- Welke methodieken zijn het meest geschikt en haalbaar?

Bedoeling is dat voorzieningen en agentschap in staat worden gesteld om d.m.v. een algemeen aanvaarde strategie en bijbehorende methodieken uitspraken te doen over

de zinvolheid en doelmatigheid en over de eventuele nood aan bijsturing van (onderdelen van) preventieprogramma's.

2 Resultaat

Dit onderzoek vertrok van een ruim perspectief van preventie en evaluatie. Ter verkenning van dit terrein werd een literatuurstudie uitgevoerd. Hieruit bleek dat kan vertrokken worden vanuit verschillende perspectieven. Een concrete afbakening van het onderwerp diende zich dan ook aan. Overleg met de stuurgroep wees erop dat vooral nood is aan beter inzicht omtrent het evalueren van concrete preventie-initiatieven. Vaak is nog onduidelijk wat in een concreet preventie-initiatief door wie verricht wordt en welke resultaten dit teweegbrengt. Startend met een literatuurstudie en overleg met actoren leidde uiteindelijk tot het kernresultaat van dit onderzoek, namelijk de ontwikkeling van het evaluatie-planningsmodel EFeKT. Dit betreft een model dat kan gehanteerd worden bij het plannen van een evaluatie van een preventieve methodiek, die gedragsverandering tot doel heeft en ontwikkeld is binnen een Vlaamse gezondheidsdoelstelling.

3 Opbouw van het rapport

Het rapport start met een theoretische weergave van het evalueren van preventie-initiatieven. Aanvullend hierop worden voorbeelden weergegeven van het evalueren van de preventiepraktijk, ontwikkeld en uitgevoerd in het buitenland. Daarnaast wordt het preventieve beleid binnen de Vlaamse context geschetst.

Het tweede deel biedt een inzicht in de gehanteerde terminologie binnen dit rapport. Er is namelijk veel onduidelijkheid betreffende verschillende gebruikte termen in de preventiepraktijk. De termen gehanteerd in dit rapport worden daarom gedefinieerd.

Het derde deel handelt over het uiteindelijke resultaat van dit onderzoek, namelijk het evaluatie-planningsmodel EFeKT. Het model wordt beschreven, algemene richtlijnen voor gebruik van het model worden weergegeven evenals enkele tools hoe dit praktisch kan gehanteerd worden en wat dit kan betekenen voor Vlaamse preventiepraktijk.

Het laatste deel ten slotte schetst mogelijke knelpunten bij het hanteren van dit model, en enkele aanbevelingen.

4 Situering binnen het kader van SWVG

Het onderzoek werd uitgevoerd binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG). Dit Steunpunt is opgericht voor de periode 2007-2011 en heeft de opdracht om met wetenschappelijk onderzoek de minister te ondersteunen bij het voeren van een beleid rond de problemen van welzijn, gezondheid en gezin.

Onderzoekers uit drie Vlaamse universiteiten (K.U. Leuven, UGent, VUB) en een Vlaamse hogeschool (Katholieke Hogeschool Kempen) zijn actief binnen het Steunpunt.

Het Steunpunt richt zich op drie programma's, waarbij dit rapport zich situeert in het tweede programma, dat een antwoord wil bieden op vragen van de overheid naar effectiviteit en efficiëntie. Hierbij wordt tevens een visie ontwikkeld op de evaluatie van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen en wordt de oprichting voorzien van een welzijns- en gezondheidseconomische cel. Ook vormt dit programma een vertrekpunt van nieuwe interventies voor een betere kwaliteit van de dienstverlening en een hogere kosteneffectiviteit. Het voorliggend rapport betreft een kortetermijnopdracht binnen dit programma. Een ander ad-hoconderzoek dat zich situeert binnen dit programma en verschillende raakvlakken heeft met dit onderzoek is de studie rond 'Modelontwikkeling voor de economische evaluatie van welzijns- en gezondheidsprojecten', dat is uitgegeven in boekvorm (Ackaert, Annemans, De Smedt, Grietens, & Simoens, 2010).

Deel I

Evaluëren van preventieve initiatieven en de Vlaamse preventiepraktijk

1 Evaluëren van preventieve initiatieven

In Vlaanderen worden heel wat preventieve initiatieven ontwikkeld en uitgevoerd om de gezondheid van de bevolking te verbeteren of te behouden. Echter evaluatie van deze initiatieven blijft dikwijls nog achterwege of wordt beperkt uitgevoerd. Er is nood aan duidelijke inzichten en manieren voor het evaluëren van de preventiepraktijk. Nederlands onderzoek geeft weer dat gezondheidsbevordering nog onvoldoende geëvalueerd wordt en dat het ontbreken van instrumenten om effecten te meten één van de oorzaken is. Er is nood aan een systematische verzameling, beoordeling en verspreiding van kennis omtrent gezondheidsbevordering. Op deze manier kan inzicht verworven worden in succes- en faalfactoren van breed geïmplementeerde methodieken, wat kan helpen om het gezondheidsbeleid bij te sturen (de Hollander, Hoeymans, Melse, Van Oers & Polder, 2006).

1.1 Definitie van evaluatie

Evaluatie betreft een belangrijk aspect van het ontwikkelen van kwaliteitsvolle gezondheidsbevorderende initiatieven. In de technische woordenlijst over public health van de Europese Commissie wordt evaluatie als volgt omschreven: "The critical and objective assessment of the degree to which services or interventions fulfill stated goals. The achievement must be compared with predetermined standards of expectations. Three components ... are usually considered: Structure (framework of the service, the equipment used), process (how the service is organized, and what is done), outcome." (European Commission in Tones & Green, 2004, p305). Grembowski (2001) geeft weer dat er twee belangrijke vragen zijn 'Werkt het programma zoals bedoeld' en 'Waarom is dit zo?'. Tones en Green (2004) geven hetzelfde aan door effectiviteit en efficiëntie als de twee kernaspecten aan te duiden die weergeven in welke mate een interventie succesvol is. Effectiviteit definiëren ze als de mate waarin een programma zijn doelen heeft bereikt. Meer uitgebreid definiëren Haddix, Teutsch en Corso (2003, p3) effectiviteit als "... the impact that an intervention achieves in the real world under practical resource constraints in an entire unselected population or in specified subgroups of a population". Efficiëntie, ook wel gedefinieerd als doelmatigheid, omvat meten van relatieve effectiviteit, waarbij het gaat over de manier waarop en de middelen waarmee men de doelen bereikt (Annemans, 2007). Belangrijke **redenen** voor evaluatie zijn onder andere het leren voor de toekomst, het afleggen van verantwoording en theorievorming. Zo kan evaluatie inzicht bieden in wat al dan niet *effectief* is en hoe bepaalde interventies effectiever kunnen worden

gemaakt. Tones en Green (2004) duiden aan dat de geleerde lessen uit evaluatie aanleiding moeten geven tot verbetering van de praktijk en bijdrage leveren aan de theorie van gezondheidsbevordering. Ook is evaluatie een belangrijk middel ter *verantwoording*. Middelen zijn schaars en daarom is het van belang om deze zo effectief mogelijk in te zetten. Een goede evaluatie kan dan ook een duidelijk zicht bieden op de mate van effectief en efficiënt gebruik van middelen (Brug, Assema & Lechner, 2008). Door het meten van effectiviteit kunnen beleidsvormers een wetenschappelijke basis hanteren voor het maken van beslissingen. Ook op ethisch gebied is verantwoording een belangrijk aspect, waarbij evaluatieonderzoek kan aangeven dat mensen niet onnodig belast worden door de interventie of dat een interventie geen ongewenste neveneffecten teweegbrengt.

Als laatste kan een goede evaluatie ook bijdragen tot verbetering van de *interventiethorie*. Door het evalueren kan men namelijk een ruimere interventiekennis ontwikkelen. Zo kunnen meer algemeen geldende inzichten worden ontwikkeld op basis van effectief bewezen interventies.

Een goede evaluatie is dus van belang om te bepalen welke interventies het waard zijn om uitgevoerd of gecontinueerd te worden en om vast te stellen of de middelen goed geïnvesteerd zijn (Brug et al., 2008).

Belangrijk hierbij is wel te wijzen op het feit dat evaluatie geen element is dat pas achteraf dient uitgevoerd te worden. Evaluatie dient ideaal gezien in alle fasen van planning, uitvoering en effecten geïmplementeerd te worden.

Aangaande de *planning* is het van belang om te bepalen wat het plan precies inhoudt, om achteraf na te kunnen gaan of de uitvoering wel volgens dit plan verlopen is. Tevens is aandacht voor evaluatie reeds *vóór implementatie* van belang om er zeker van te zijn dat haalbare en meetbare doelen worden opgesteld en om een goede voormeting voor te bereiden en uit te voeren. Ook *tijdens de uitvoering* van de interventie is evaluatie van belang, waarbij procesevaluatie kan worden uitgevoerd. Hierbij kan worden nagegaan of de interventie wordt uitgevoerd zoals gepland en of de juiste mensen worden bereikt, waarbij dit de mogelijkheid biedt om de interventie reeds tussentijds bij te stellen. Na afloop van de interventie kan het tusseneffect en eventueel het uiteindelijke eindeffect van de interventie worden geëvalueerd (Brug et al., 2008).

1.2 Types evaluaties

Zoals de definitie reeds weergaf, kunnen verschillende types evaluaties uitgevoerd worden. Binnen het kader van deze opdracht, namelijk het evalueren van preventieprogramma's, kan een opdeling gemaakt worden in twee niveaus, namelijk proces- en effectevaluatie. Onder effect kan nog een onderscheid gemaakt worden tussen impact- en outcome evaluatie.

1.2.1 Procesevaluatie

Procesevaluatie wordt gehanteerd voor het meten van elementen van programmaontwikkeling en -uitvoering, waaronder kwaliteit, geschiktheid en bereik van het programma. Dit type van evaluatie kan gebruikt worden voor het gehele proces van het programma, gaande van planning tot einde van uitvoering (Victorian Government, 2005). Procesevaluatie tracht de implementatie en verklaringen voor de implementatiestatus te beschrijven. Vragen betreffende programma-implementatie zijn onder andere: 'Wordt het programma aan de gewenste doelgroep geboden?', 'Wordt het programma uitgevoerd volgens de manier waarop bedoeld was?'.

Ook kan bekeken worden of de theoretische methoden goed werden gehanteerd binnen de programmastrategieën (Bartholomew, Parcel, Kok & Gottlieb, 2006). De procesevaluatie kan uitgevoerd worden op verschillende niveaus, waaronder het organisatieniveau, de intermediairs (zorgen er voor dat de doelgroep wordt blootgesteld aan de interventie) en de doelgroep. Zo is het belangrijk om na te gaan hoe de organisaties de interventies adopteren en de wijze waarop ze taken en verantwoordelijkheden voor de uitvoering van de interventie verdelen. Op het niveau van intermediairs zal het vooral gaan om het bekijken of zij hun taken werkelijk hebben uitgevoerd zoals voorgeschreven. Aangaande de doelgroep kan worden geëvalueerd of de potentiële deelnemers op de bedoelde manier aan de interventie werden blootgesteld en wat hun reacties zijn op de interventie (Brug et al., 2008).

1.2.2 Effectevaluatie

Effectevaluatie gaat na of de gewenste effecten bereikt zijn. De gewenste veranderingen kunnen op verschillende gebieden liggen, zoals gedrag, kwaliteit van leven, omgevingscondities. Effectevaluatie omvat het bepalen of de verandering van deze factoren te wijten is aan de interventie, en het uitsluiten dat andere factoren aan de basis liggen van deze veranderingen. Meestal zal men niet alle gewenste uitkomstfactoren meten, maar zal men een selectie maken. Deze selectie wordt bepaald door verschillende aspecten, waaronder de manier van meten, de interesses van de stakeholders en de doelen (Bartholomew et al., 2006). De effectevaluatie kan opgedeeld worden in twee soorten evaluatie, namelijk impact en outcome.

1.2.3 Impact evaluatie

Deze evaluatie wordt gehanteerd om directe programma-effecten te meten. Impact wordt gedefinieerd als het onmiddellijke effect dat gezondheidsbevorderende programma's hebben op mensen, stakeholders en instellingen, en die op zich determinanten van gezondheid kunnen beïnvloeden. Voor individuen kunnen interventies effect hebben op kennis, vaardigheden en motivatie en op gezondheidsacties en gedrag. Aangaande settings kunnen deze veranderingen het creëren van nieuwe organisaties, programma's en diensten inhouden met als doel de

gezondheid te promoten, de fysieke gezondheidsrisico's te verminderen en de fysieke omgeving te verbeteren (Victorian Government, 2003b). Aspecten die kunnen gemeten worden door middel van impactevaluatie zijn onder andere: veranderingen in kennis omtrent gezondheid, gedragingen of gedragsintenties, dienstverlening, omgevingsveranderingen, organisatorische veranderingen, en beleidsontwikkeling (Victorian Government, 2005).

1.2.4 Outcome evaluatie

Outcome evaluatie omvat het vaststellen van lange termijn doelen. Deze evaluatie is gericht op het meten van effecten op mortaliteit, morbiditeit, invaliditeit, kwaliteit van leven en gelijkheid (Victorian Government, 2005).

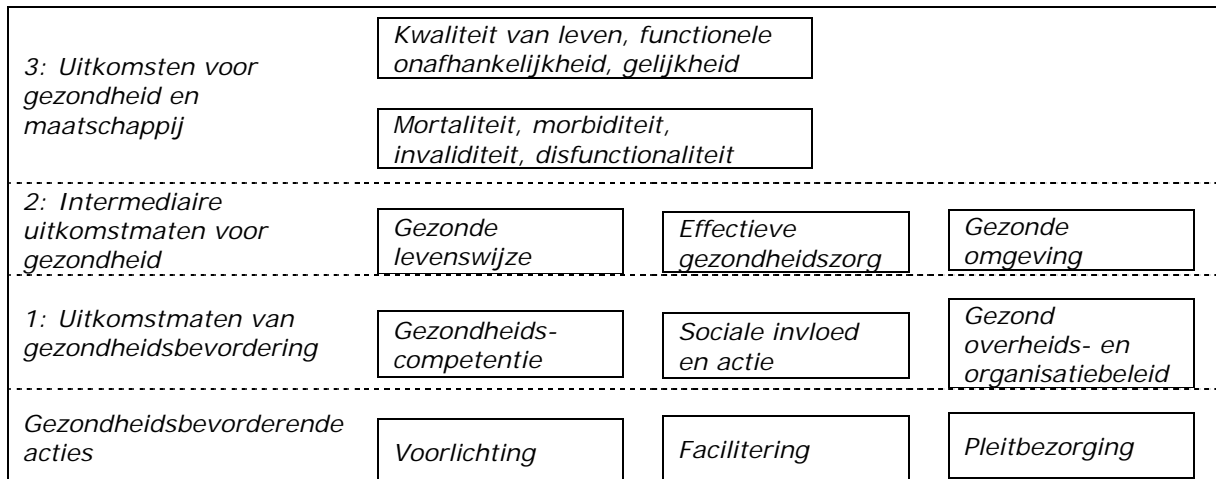
1.3 Model van Nutbeam

Een model dat de verschillende niveaus van uitkomstmaten opneemt, is het model van Nutbeam. Dit model richt zich vooral op de uitkomstmaten maar heeft ook aandacht voor de gezondheidsbevorderende acties. Als resultaat van deze gezondheidsbevorderende acties wordt een indeling gemaakt in drie niveaus van uitkomstmaten:

1. Uitkomstmaten van gezondheidsbevordering
2. Intermediaire uitkomstmaten voor gezondheid
3. Uitkomsten voor gezondheid en maatschappij

De basis van het model zijn drie types van **gezondheidsbevorderende acties**, namelijk voorlichting, facilitering en pleitbezorging.

Voorlichting (health education) betreft het creëren van mogelijkheden voor leren waarbij een vorm van communicatie wordt ontwikkeld voor het verbeteren van gezondheidsvaardigheden, zoals verbeteren van kennis en het ontwikkelen van vaardigheden die bijdragen tot gezondheid van individu en maatschappij. Gezondheidsvoorlichting omvat ook informatie aangaande de onderliggende sociale, economische en omgevingscondities die gezondheid beïnvloeden en omtrent individuele risicofactoren en risicogedrag en gebruik van gezondheidszorgsysteem. Het gaat hierbij niet alleen om informatieweergave, maar ook om het ondersteunen van motivatie, vaardigheden en vertrouwen, die nodig zijn om actie te nemen om gezondheid te verbeteren (Nutbeam, 1998b).



Figuur 1: Model van Nutbeam (VIGeZ, n.d.; Nutbeam, 1998a)

Een tweede aspect binnen dit niveau is *facilitering*, dat het mobiliseren van sociale en materiële bronnen voor gezondheid omvat, waardoor het maken van gezonde keuzes gestimuleerd wordt en ongezonde keuzes ontmoedigd worden (Nutbeam, 1998a; VIGeZ, n.d.). *Pleitbezorging* (advocacy) gaat om het nemen van acties, waardoor structurele barrières voor het bevorderen van gezondheid worden weggewerkt (Nutbeam, 1998a). Dit kan gaan om het uitwerken van een beleidskader of organisatorisch klimaat, het aanpassen van bestaande voorschriften en controle van naleving ervan (VIGeZ, n.d.).

Het eerste niveau van **uitkomstmaten** omvat de onmiddellijke resultaten van **gezondheidsbevordering**. Hierbij gaat het om verandering in persoonlijke, sociale en omgevingsfactoren die invloed kunnen uitoefenen op determinanten van gezondheid. Een eerste aspect van dit niveau, is *gezondheidscompetentie* (health literacy). Dit geeft de cognitieve en sociale vaardigheden weer die de motivatie en mogelijkheid van individuen bepalen om toegang te krijgen tot informatie, deze te begrijpen en te gebruiken, en dit op een manier dat gezondheid wordt bevorderd en gehandhaafd (Nutbeam, 1998b). Het gaat hierbij niet alleen om het verwerven van kennis, maar ook om persoonlijke vaardigheden. Ook *sociale invloed en actie* worden onder dit niveau geplaatst, waarbij men controle van sociale groepen over gezondheidsdeterminanten tracht te verbeteren of bevorderen (Nutbeam, 1998a). Hierbij worden menselijke en materiële bronnen gemobiliseerd om structurele barrières voor gezondheid te overwinnen, sociale steun te verbeteren en sociale normen aangaande gezondheid te versterken. *Gezond overheids- en organisatiebeleid* kan verschillende aspecten omvatten zoals beleidsbepaalde wetgeving, fondsen, regels en beloningen die gezonde omgevingen sterk kunnen beïnvloeden. Zo bijvoorbeeld kunnen veranderingen uitgevoerd worden, die omgevingen creëren die ondersteunend zijn voor gezondheid.

Een tweede niveau omvat **intermediaire uitkomstmaten**, welke determinanten van gezondheid en sociale uitkomsten weergeven. Gezondheidsbevordering is gericht op het verbeteren van controle over dergelijke determinanten. *Gezonde levenswijze* gaat om het stellen van gedragingen die bescherming bieden tegen ziekte en letsel (bv.

fysiek actief zijn) of risico op slechte gezondheid beperken (bv. tabakgebruik). Ook *omgevingsfactoren* vormen een belangrijke intermediaire gezondheidsfactor. De fysieke omgeving kan toegang tot faciliteiten beperken of een direct gevaar betekenen voor de veiligheid van de mensen, maar ook economische en sociale condities kunnen participatie in de gemeenschap beïnvloeden. Omgeving kan zowel een directe impact hebben op gezondheid en sociale uitkomsten, alsook indirect de gezonde levensstijl beïnvloeden (bv. verbeteren van toegang tot faciliteiten voor fysieke activiteit). Een derde intermediaire uitkomstmaat is *effectieve gezondheidszorg*, die toegang en gepast gebruik van gezondheidsdiensten omvat, welke een belangrijke determinant is van de gezondheidsstatus (Nutbeam, 1998a).

Het derde niveau van uitkomstmaten gaat om de uiteindelijke **uitkomsten voor gezondheid en maatschappij**, het uiteindelijke doel van alle medische en gezondheidsbevorderende interventies. Meestal zijn dit doelen op lange termijn. Uitkomsten zoals kwaliteit van leven, functionele onafhankelijkheid en gelijkheid hebben de hoogste waarde in dit model. Meer specifieke factoren in deze context zijn gezondheidsuitkomsten in termen van ziekte-ervaring, fysieke en mentale gezondheidsstatus (Nutbeam, 1998a).

2 De Vlaamse preventiepraktijk: het preventiedecreet

Dit onderzoek situeert zich binnen de Vlaamse preventieve gezondheidszorg. **Preventieve gezondheidszorg** kan gedefinieerd worden als “het deel van de gezondheidszorg dat maatregelen en acties omvat die tot doel hebben de gezondheid te bevorderen, te beschermen of te behouden” (Preventiedecreet, 2003). Hierbij dient echter wel opgemerkt dat preventie de grenzen van de gezondheidszorg overschrijdt. Een belangrijk deel van de gezondheidsbevorderende maatregelen situeren zich immers buiten het domein van de gezondheidszorg.

Het preventieve gezondheidsbeleid heeft als bedoeling de volksgezondheid te verbeteren en dit zowel op kwalitatieve als kwantitatieve wijze. Het gaat om verbeteren van kwaliteit van leven, maar ook om terugdringen van vermijdbare sterfte, ziekte en invaliditeit. Samengevat betreft dit het realiseren van gezondheidswinst op populatieniveau

2.1 Indeling naar fase van ontwikkeling van het gezondheidsprobleem

Een klassieke indeling van preventie is de indeling in niveaus van primaire, secundaire en tertiaire preventie. Dit betreft een indeling naar fase van ontwikkeling van het gezondheidsprobleem.

- **Primaire preventie:** “Voorkomt gezondheidsproblemen, ziekten en ongevallen” (Preventiedecreet, 2003). Alle initiatieven die tot doel hebben te voorkomen dat nieuwe gevallen van ziekten of stoornissen ontstaan. Primaire preventie omvat

preventieve interventies in situaties waar nog geen sprake is van een diagnosticeerbare stoornis. Dergelijke interventies trachten de impact van risicofactoren (factoren met een negatieve invloed op gezondheid) te reduceren of determinanten (factoren met een positieve invloed op gezondheid) te bevorderen. Primaire preventieve programma's kunnen gericht zijn op hele bevolkingsgroepen waarbinnen geen sprake is van verhoogd risico, alsook op groepen die zich wel onderscheiden door een verhoogd risico.

- **Secundaire preventie:** "Omvat het opsporen van beginnende gezondheidsproblemen of ziekten zodat tijdig maatregelen kunnen genomen worden die de kans op herstel aanzienlijk verhogen." (Preventiedecreet, 2003). Het vroegtijdig onderkennen en behandelen van een reeds aanwezige ziekte of stoornis, teneinde de duur ervan te verkorten en te voorkomen dat milde stoornissen ernstige of zelfs chronische vormen aannemen, en daardoor intensieve en langdurige behandeling of verzorging behoeven.
- **Tertiaire preventie:** "Het tegengaan van de verslechtering van gezondheidsproblemen door een afdoende behandeling van de ziekte of aandoening." (Preventiedecreet, 2003).

Binnen het preventiedecreet, maar ook binnen dit onderzoek wordt hoofdzakelijk gericht op de primaire en secundaire preventie. Tertiaire preventie bevindt zich echter eerder binnen de curatieve sector, en wordt hier daarom buiten beschouwing gelaten.

2.2 Oriëntatie op ziekte of gezondheid

Aangaande de preventieve gezondheidszorg kan georiënteerd worden op ziekte, benoemd als ziektepreventie of kan gericht worden op gezondheid, benoemd als gezondheidsbevordering.

Ziektepreventie betreft "een preventiemethode die gebruikt wordt binnen het preventieve gezondheidsbeleid en die tot doel heeft de gezondheid te bevorderen, te beschermen of te behouden door:

- het optreden van welbepaalde ziekten of aandoeningen te voorkomen en dit door bronnen van gevaar of bedreigende factoren voor de gezondheid weg te nemen of te beperken of door beschermende factoren te versterken;
- de gezondheidsschade door ziekten of aandoeningen te beperken of de genezingskans te vergroten en dit door vroegtijdige detectie van ziekten en aandoeningen of van de aanleg hiervoor" (Preventiedecreet, 2003).

Gezondheidsbevordering betreft "een preventiemethode, gebruikt binnen het preventieve gezondheidsbeleid, die tot doel heeft de gezondheid te bevorderen, te beschermen of te behouden door die processen te ondersteunen die individuen en groepen in staat stellen om de determinanten van hun gezondheid positief te beïnvloeden" (Preventiedecreet, 2003). Hoewel niet specifiek vermeld, omvat dit ook

omgevingsinterventies.

Gezondheidsbevordering wordt door de WHO gedefinieerd als “a process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health”. Hierbij gaat het niet alleen om het versterken van vaardigheden en mogelijkheden van individuen, maar ook om acties die gericht zijn op het veranderen van sociale, omgevings- en economische condities (WHO, 1986). American Journal of Health Promotion definieert dit als volgt: “Health Promotion is the science and the art of helping people change their lifestyle to move toward a state of optimal health. Optimal health is defined as a balance of physical, emotional, social, spiritual and intellectual health. Lifestyle change can be facilitated through a combination of efforts to enhance awareness, change behaviour and create environments that support good health practices. Of the three, supportive environments will probably have the greatest effect on producing lasting change.” (O'Donnell, 2009).

Ziektepreventie en gezondheidsbevordering kunnen van elkaar onderscheiden worden wat betreft vertrekpunt (ziekte versus gezondheid), doelgroep (risicogroepen versus algemene populatie), oriëntatie (voorkomend versus veranderingsgericht), en actoren (medici versus deskundigen vanuit diverse disciplines). In werkelijkheid is het onderscheid tussen ziektepreventie en gezondheidsbevordering echter niet altijd zo duidelijk. Het bevorderen van een positieve gezondheid vermindert immers ook de kans op ziekte (VIGeZ, 2007).

2.3 Het Vlaams preventiebeleid

Zowel in de ziektepreventie als in de gezondheidsbevordering worden preventiestrategieën ontwikkeld met het doel

- factoren met een negatieve invloed op de gezondheidstoestand weg te nemen of (indien wegnemen voorlopig niet mogelijk is) te beperken en hun negatieve impact op de gezondheid te verminderen en beschermende factoren te versterken.
- factoren met een positieve invloed op de gezondheid te bevorderen.

Concreet wordt binnen het Vlaamse preventieterrein gericht op **drie dimensies**:

1. Het doelgericht beïnvloeden van de factoren. Hierbij wordt een preventieve aanpak uitgewerkt, in functie van de aard van die factoren.
2. Met het oog op ziektepreventie dient het voorgaande aangevuld te worden met de preventieve aanpak nodig wanneer een ziekte of aandoening zich in een voor- of beginstadium bevindt. Ook hier wordt een onderscheid gemaakt in functie van de aard van die ziekte of aandoening.
3. Een derde dimensie betreft de tijdsas van een aantal clusters van factoren die eigen zijn aan verschillende ontwikkelings- en leeftijdsfasen, over de ganse

levensloop verdeeld. Voorbeelden hiervan zijn zwangere vrouwen, jonge kinderen, schoolgaanden, beroepsactieven en ouderen.

De eerste twee dimensies kunnen geplaatst worden binnen een Nederlands basismodel, opgesteld in het kader van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (zie figuur 2). Volgens het model oefent preventie een invloed uit op de gezondheidstoestand, door inwerking op risicofactoren en determinanten. Deze factoren worden onderverdeeld in exogene (buiten het lichaam) en endogene (binnen het lichaam) factoren.

1. Exogene risicofactoren en determinanten

- Fysieke omgeving
Biotische factoren (bacteriën, virussen en andere (micro)organismen), fysische factoren, chemische factoren, en materiële en ruimtelijke factoren.
- Leefstijl
Lichaamsbeweging, eetgewoonten, veilig gedrag, gebitsverzorging, seksueel gedrag, stresshantering, middelengebruik en gokken.
- Sociale omgeving
Relationele en psychosociale omgevingsaspecten uit zowel de private sfeer als daarbuiten: school-, werk-, leefomgeving.

Deze exogene factoren kunnen inwerken op endogene factoren die vaak zowel een erfelijke als een verworven component hebben. Zo kan een hoge bloeddruk het gevolg zijn van een combinatie van erfelijke aanleg en ziekmakende factoren te wijten aan een ongezonde leefstijl.

Ook zijn er interacties tussen de verschillende exogene determinanten mogelijk. Zo wordt de leefstijl vaak beïnvloed door de sociale omgeving (Preventiedecreet, 2003).

Hedendaags komen vooral het bevorderen van een gezonde levensstijl en het ontraden van een leefstijl die de gezondheid kan schaden aan bod. Dit om een aantal van de veel voorkomende beschavingsziekten te kunnen bestrijden. Het is echter niet makkelijk om een levensstijl te veranderen.

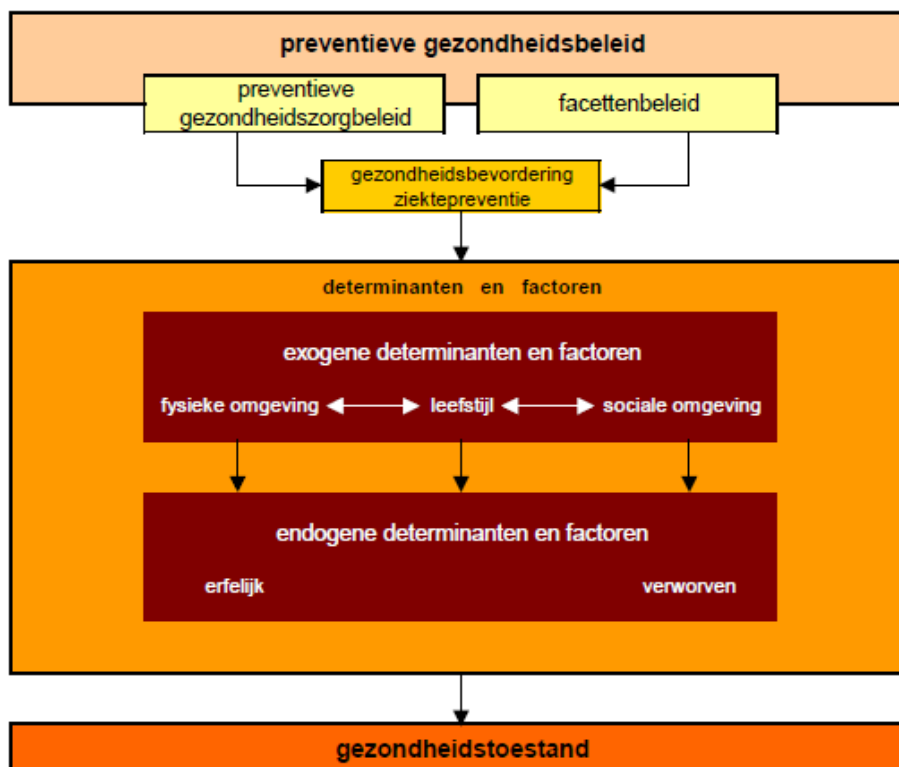
Kennisoverdracht aangaande gezonde leefgewoonten is noodzakelijk maar is onvoldoende om effecten teweeg te brengen. Een uitgebreide mate van aangepaste preventie maatregelen is noodzakelijk.

De aanpak zal steeds twee dimensies bevatten, enerzijds de bevordering van gezonde leefstijlgewoonten, en, anderzijds de ontrading – op een psychologisch aanvaardbare en doeltreffende wijze - van leefgewoonten die gezondheidsschade op korte of op langere termijn kunnen uitlokken of veroorzaken (Memorie van toelichting bij preventiedecreet, 2003).

2. Endogene factoren en determinanten

- Genetische factoren (erfelijke aanleg is aanwezig)
- Verworven factoren (in de loop van het leven opgebouwd)

De endogene factoren staan in nauwe relatie tot de gezondheidstoestand en beïnvloeden het ontstaan van kanker, hart- en vaatandoeningen, depressie, en andere aandoeningen waarbij primaire of secundaire preventieve interventies mogelijk zijn (Preventiedecreet, 2003).



Figuur 2: Het conceptuele basismodel VTV (Ruwaard & Kramers, 1997)

De indeling van het actiedomein van het preventieve gezondheidsbeleid ziet er in dit decreet als volgt uit:

Enerzijds **preventieve gezondheidszorgbeleid**, waarbij binnen het domein van de gezondheidszorg gericht wordt op het voorkomen van gezondheidsproblemen en het bevorderen van gezondheid door het inwerken en beïnvloeden van zowel exogene als endogene of biologische, lichaamseigen factoren.

Hierbinnen hoort ook het beleid gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen en het bevorderen van gezondheid door in te werken op en beïnvloeden van *ziekten en aandoeningen* (ingrijpend op gezondheidstoestand):

- hart- en vaatziekten
- kanker
- psychische aandoeningen
- aangeboren aandoeningen

- zintuiglijke en ontwikkelingsstoornissen
- andere ziekten of aandoeningen

En tevens het beleid gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen en het bevorderen van gezondheid door in te werken op en beïnvloeden van determinanten en factoren die eigen zijn aan een bepaalde *ontwikkelingsfase of leeftijdscategorie*.

Anderzijds het **facettenbeleid**, dat een beleid buiten de strikte sfeer van de volksgezondheid betreft, maar wel tot doel heeft gezondheidsproblemen te voorkomen of gezondheid te bevorderen, en dit door in te werken op exogene factoren.

Concreet wordt binnen het decreet vooral gebruik gemaakt van een indeling die te maken heeft met de aard van de beïnvloedende factoren (exogene en endogene factoren) en de aard van die ziekten en aandoeningen waarbij preventieve interventies in een voor- of beginstadium kunnen leiden tot gezondheidswinst. Deze indeling wordt aangevuld door de dimensie 'ontwikkeling en leeftijd' die de clusters van determinanten en risicofactoren die eigen zijn aan een bepaalde ontwikkelingsfase of leeftijdscategorie opneemt (schoolgaanden, zwangeren, allochtonen, ouderen ...).

Naast de bovenvermelde indeling, zijn ook nog andere indelingen mogelijk:

- naar aanbieder (CLB, diensten voor bedrijfsgezondheidszorg ...),
- naar 'setting' (school, wijk, werkplaats, stad ...),
- naar schaalgrootte (collectieve en individuele preventie).

2.4 Actoren

Binnen het Vlaamse preventieterrein zijn heel wat actoren actief. Deze kunnen als volgt ingedeeld worden:

- Partnerorganisaties
- Organisaties met terreinwerking
- Individuele zorgaanbieders
- Provincies en gemeenten
- Locoregionale overlegorganisaties

Hiervan zijn enkel de Logo's reeds erkend, en tevens enkele terreinorganisaties die van rechtswege worden benoemd (bv. Kind en Gezin). Erkenning van de andere organisaties is nog niet gebeurd, maar voor heel wat organisaties volgt dit nog in de toekomst.

Tevens zijn er organisaties die niet actief zijn binnen het preventieterrein, maar waarmee wel een specifieke relatie kan ontwikkeld worden.

2.4.1 Partnerorganisaties

Partnerorganisaties betreffen organisaties met rechtspersoonlijkheid die als een centrum binnen een expertisenetwerk fungeren of over gegevens inzake

gezondheidszorg beschikken. Binding met de Vlaamse Gemeenschap is gebaseerd op één of meerdere van de volgende eigenschappen:

- hun inhoudelijke deskundigheid in verband met ziektepreventie
- hun inhoudelijke deskundigheid in verband met gezondheidsbevordering
- hun vermogen om gegevens inzake gezondheidszorg te kunnen verstrekken

Om het statuut van partnerorganisatie te kunnen verwerven moet voldaan worden aan enkele erkenningsvoorwaarden. Deze erkenning is noodzakelijk voor het verwerven van een subsidie voor opdrachten die vermeld staan in een beleidsplan. Naast deze opdrachten kunnen deze organisaties in aanmerking komen voor bijzondere, tijdelijke opdrachten uitgeschreven door de Vlaamse regering.

De partnerorganisaties kan gevraagd worden deel te nemen aan een gezondheidsconferentie. Ook bieden zij ondersteuning aan de organisaties met terreinwerking en aan de individuele zorgaanbieders volgens de modaliteiten die bepaald zijn in hun overeenkomst met de Vlaamse regering.

2.4.2 Organisaties met terreinwerking

Organisaties met terreinwerking zijn organisaties met uitvoerende opdrachten en werkzaamheden op het terrein. Zij passen er methodieken toe of leveren diensten af die zich situeren binnen het aanbod van de preventieve gezondheidszorg. Erkenning en/of subsidie door de Vlaamse regering is mogelijk. Indien ze gesubsidieerd worden voor opdrachten inzake preventieve gezondheidszorg buiten de context van andere decretale regelingen (bijvoorbeeld CLB en Kind & Gezin), dan moeten ze een beleidsplan kunnen voorleggen. Organisaties met terreinwerking of een vereniging ervan kunnen ingaan op bijkomende, tijdelijke opdrachten die door de Vlaamse regering worden uitgeschreven.

2.4.3 Individuele zorgaanbieders

Individuele zorgaanbieders betreffen artsen, paramedici of beoefenaars van een andere erkende medische of paramedische discipline die handelingen stellen op het gebied van preventieve gezondheidszorg. Dit betreffen vooral actoren die een preventieve functie invullen binnen de eerste lijn, zoals een huisarts, maar ook bijvoorbeeld een radioloog, aangezien deze een belangrijke rol speelt binnen de preventie van borstkankerscreening.

2.4.4 Provincies en gemeenten

Ook provincies en gemeenten voeren een belangrijke taak uit binnen de preventiepraktijk.

2.4.5 Logo's of locoregionale samenwerkingsverbanden

De Logo's zijn samenwerkingsverbanden, in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid, voor locoregionaal gezondheidsoverleg en –organisatie (Logo) binnen geografisch aaneengesloten gebieden.

Logo's hebben als opdracht om binnen hun werkgebied mee te werken aan het bereiken van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Ook kunnen Logo's andere initiatieven nemen aangaande preventief gezondheidsbeleid, mits deze niet in strijd zijn met hun hoofdopdracht of deze in het gedrang brengen (bijvoorbeeld door beperking van personele of andere middelen). Ruim gezien gaat het om het lokaal implementeren van gezondheidsprojecten en het ontwikkelen van een integraal gezondheidsbeleid in bedrijven, scholen, gemeenten of andere settings.

De bedoeling is ook dat de Logo-structuren afstemming zoeken met het lokale niveau. Het werkgebied van een Logo vormt een geografisch aaneengesloten gebied en alle Logo's samen moeten het hele grondgebied van het Vlaamse en van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad omvatten.

Logo's worden door de Vlaamse regering erkend om financiering te kunnen verkrijgen. De erkenningsvoorwaarden worden in uitvoeringsbesluiten bepaald.

Ze hebben nauwe banden met de organisaties met terreinwerking en individuele zorgaanbieders. Binnen hun werkgebied willen ze deze op gecoördineerde wijze laten samenwerken, met het doel gezondheidswinst te realiseren. Hiertoe bieden zij de terreinorganisaties en de individuele zorgaanbieders de methodieken aan, die ontwikkeld zijn door de partnerorganisatie. Logo's vervullen dus een soort brugfunctie tussen de Vlaamse overheid, partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking en individuele zorgaanbieders binnen hun werkgebied (Memorie van toelichting bij preventiedecreet, 2003).

2.5 Vlaamse gezondheidsdoelstellingen

De kern van het Vlaamse preventiebeleid wordt gevormd door de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Deze doelstellingen worden in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie geformuleerd, waardoor accenten worden gelegd binnen het preventieve gezondheidsbeleid. Door middel van de doelstellingen wordt in specifieke, meetbare en algemeen aanvaardbare termen weergegeven wat in een bepaalde periode wil gerealiseerd worden, en worden concrete accenten gelegd binnen het preventieve gezondheidsbeleid.

Momenteel zijn gezondheidsdoelstellingen van kracht omtrent volgende vijf onderwerpen:

- Infectieziekten en vaccinatie
- Borstkankeropsporing
- Tabak, alcohol, drugs
- Voeding en beweging
- Depressie en zelfdoding

De gezondheidsdoelstellingen die momenteel van kracht zijn, worden gedetailleerd weergegeven in bijlage 1.

Bij opstellen van gezondheidsdoelstellingen vormt de gezondheidsconferentie een centrale rol. Een gezondheidsconferentie betreft een bijeenkomst van personen op initiatief van de Vlaamse regering met als doel het uitwisselen van inzichten, gegevens en ervaringen om te komen tot een voorstel van een nieuwe of te herziene Vlaamse gezondheidsdoelstelling of om andere opdrachten te vervullen met betrekking tot het preventieve gezondheidsbeleid.

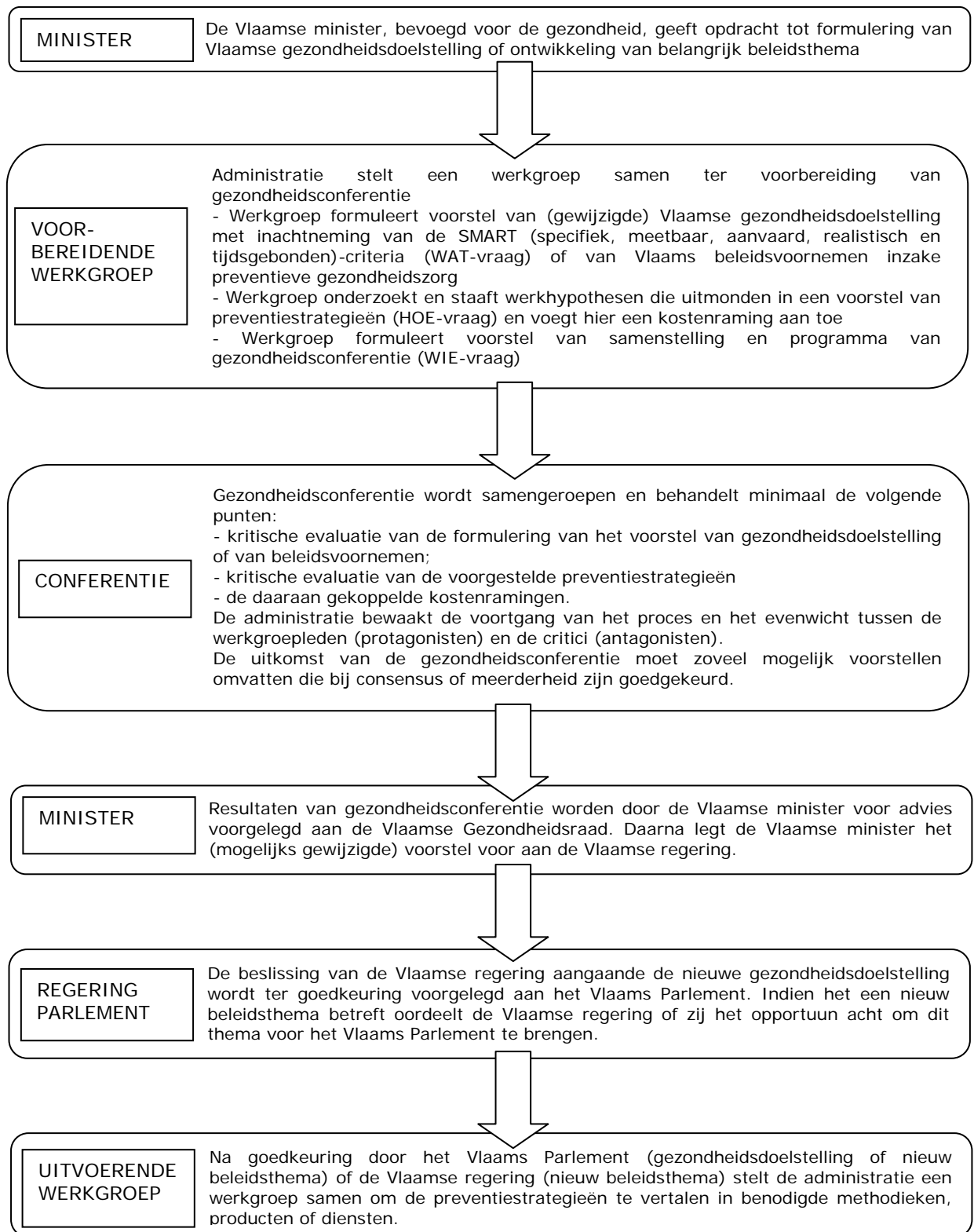
Dit voorstel bevat:

- de formulering van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling zelf
- de nodig geachte preventiestrategieën om de voorgestelde Vlaamse gezondheidsdoelstelling te kunnen realiseren binnen de gestelde termijn en op een zo doelmatig mogelijke wijze
- een onderbouwde simulatie van de nodig geachte middelen, rekening houdend met de al ter beschikking gestelde middelen.

Hierbij wordt steeds gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing, waarbij inzicht wordt verworven in de oorzaken van sterfte, ziekte en invaliditeit in Vlaanderen en het belang van gezondheidsbevorderende factoren. Het voorstel van ontwerp van een nieuwe of te herziene gezondheidsdoelstelling of van een ander belangrijk nieuw of te herzien beleidsthema, wordt voor advies voorgelegd aan de Vlaamse Gezondheidsraad. Daarna wordt het voorstel, mits goedkeuring door de minister, aan de Vlaamse regering voorgelegd.

Aan een gezondheidsconferentie kunnen verschillende actoren deelnemen. Naast inhoudelijke deskundigen (uit binnen- en eventueel ook buitenland) en vertegenwoordigers van organisaties en van de individuele zorgverstrekkers, kan ook vertegenwoordigers van de doelgroepen gevraagd worden deel te nemen. De vertegenwoordigers van de regering staan in voor de organisatie ervan en nemen er ook aan deel.

Het proces dat gevolgd wordt bij ontwikkeling van gezondheidsdoelstellingen wordt weergegeven in figuur 3.



Figuur 3: Schematische voorstelling van verloop bij opstelling van een gezondheidsdoelstelling

3 Kenmerken van effectieve en kwaliteitsvolle preventieprogramma's

Heel wat onderzoek is reeds uitgevoerd om na te gaan welke aspecten kenmerkend zijn voor bewezen effectieve en kwaliteitsvolle preventie-initiatieven. Hierna worden de resultaten van drie overzichtsartikels weergegeven en samengevat.

3.1 Karakteristieken van effectieve preventieprogramma's

Een review die een overzicht biedt van wat belangrijke elementen zijn van effectieve preventieprogramma's is deze van Small, Cooney en O'connor (2009). Zij duiden elf principes van effectieve preventieprogramma's aan op basis van verschillende artikels, die zelf reviews of samenvattingen van de literatuur zijn. Wel dient hierbij vermeld te worden dat de focus van het artikel van Small et al. (2009) lag op programma's die zich richtten op kinderen, jongeren en hun ouders. Echter de weergegeven karakteristieken zijn toepasbaar op allerlei thema's en doelgroepen.

3.1.1 Programma design en inhoud

Gesteund op theorie: Belangrijk is dat de interventie gebaseerd wordt op bestaande theorieën. Effectieve programma's hebben theoretische verantwoording, zijn gebaseerd op nauwkeurige informatie en zijn ondersteund door empirisch onderzoek (Nation et al., 2003). Er is reeds heel wat theorie en onderzoek voorhanden die een goed inzicht bieden in inhoud, structuur en implementatie van preventie-initiatieven (Bond & Hauf, 2004).

Voldoende dosis en intensiteit: Participanten dienen voldoende blootgesteld te worden aan de interventie, om niet alleen veranderingen op korte termijn te bekomen, maar ook voor het verwerven van veranderingen die aanwezig blijven overheen de tijd (Small et al., 2009). Zowel dosering als follow-up boosters worden gezien als kernaspecten voor succes van preventie-initiatieven. Dosering kan aangepast worden door veranderen van blootstelling in termen van tijd, het aantal contexten waarop gericht wordt (bv. school, peer netwerk) en het gebruik van meer complexe of geïndividualiseerde interventiemethoden en tevens door het veranderen van de mate van betrokkenheid van de participanten in de interventie (Bond & Hauf, 2004).

Allesomvattend, breed: Belangrijk is dat interventies zich op verschillende terreinen richten. Belangrijke dimensies volgens Nation et al. (2003) en Bond en Hauf (2004) zijn enerzijds het hanteren van complexe interventies, waarin meerdere interventies hetzelfde probleem aanpakken en anderzijds het hanteren van meerdere settings, waarbij verschillende systemen worden opgenomen die een impact hebben op het ontwikkelen van het probleemgedrag (bv. familie, school, gemeenschap). Een

preventieprogramma dat verschillende risico- en beschermende factoren aanpakt blijkt meer effectief te zijn dan een programma met één component (Small et al., 2009).

Actieve betrokkenheid: Programma's blijken effectiever te zijn wanneer ze actieve en gevarieerde leermethoden hanteren, die participanten betrekken en hen in staat stellen om nieuwe vaardigheden te leren en uit te proberen (Small et al., 2009). Nation et al. (2003) geven tevens weer dat effectieve preventieprogramma's interactieve instructies omvatten en actieve, praktijkgerichte ervaringen bieden die participanten hun vaardigheden verbeteren.

3.1.2 Programma relevantie

Belangrijk is dat materialen en activiteiten van programma's de karakteristieken van de doelpopulatie reflecteren en tegemoetkomen.

Aangepast aan ontwikkeling: De doelpopulatie moet voldoende ontwikkeld zijn op bijvoorbeeld cognitief, sociaal en emotioneel vlak en het programma moet informatie en technieken hanteren die passen binnen het ontwikkelingsniveau waarin de doelpopulatie zich bevindt (Bond & Hauf, 2004).

Goede timing: Het programma moet aan de doelpopulatie aangeboden worden op momenten dat deze het meest vatbaar zijn (Nation et al., 2003; Small et al., 2009). Hierbij gaat het onder meer om de ervaringen die men heeft met het gedrag zelf (Bond & Hauf, 2004).

Socio-cultureel relevant: Effectieve programma's dienen zowel op sociaal als op cultureel gebied relevant te zijn voor hun participanten (Nation et al., 2003; Small et al., 2009).

3.1.3 Programma implementatie

Twee factoren zijn van belang om te verzekeren dat een programma wordt geïmplementeerd met de hoogst mogelijke kwaliteit.

Uitvoering door bekwaam, getraind en ondersteunend personeel: Dit betreft een van de meeste belangrijke factoren (Small et al., 2009). Een sterk programma kan ontgoochelende resultaten teweegbrengen indien de personen die het programma dienen aan te brengen slecht geselecteerd, getraind of geleid worden (Nation et al., 2003).

Focussen op het ontwikkelen van een goede relatie: Participanten moeten voelen dat ze personeelsleden kunnen vertrouwen en op hen kunnen rekenen (Small et al., 2009).

3.1.4 Programmabeoordeling en kwaliteitsgarantie

Goed documenteren van het programma: Bij het beschrijven van het programma dient goed weergegeven te worden wat het programma doet en wat het wenst te bereiken. Wanneer een programma niet goed gedocumenteerd wordt, is het moeilijk voor anderen om het te implementeren of te herhalen (Small et al., 2009). Bond en Hauf (2004) geven hierbij tevens het belang van duidelijk gedefinieerde doelstellingen weer. Succesvolle programma's hebben namelijk doelen die duidelijk en haalbaar zijn, en aanvaard zijn door verschillende stakeholders van het programma.

Uitvoeren van evaluatie en verbetering: Evaluatie is een belangrijk middel voor het verkrijgen van inzicht in hoe goed een programma is geïmplementeerd, of een programma zijn gewenste effecten heeft bereikt en hoe deze zijn bereikt (Small et al., 2009).

3.2 Indicatoren van kwaliteitsvolle preventieprogramma's

Ader, Berensson, Carlsson, Granath & Urwitz (2001) voerden een gelijkaardig onderzoek uit, waarbij ze zochten naar karakteristieken van kwaliteitsvolle gezondheidsbevorderende initiatieven, maar zij zetten deze karakteristieken om in indicatoren.

3.2.1 Structuur

Belangrijk is dat verschillende gemeenschapsgerelateerde en organisatorische aspecten vervuld zijn.

Doelen

Een kernaspect van succesvolle gezondheidsbevordering ligt in duidelijke en specifieke omschrijving van het probleem. Aangezien uiteindelijke uitkomsten vaak pas op lange termijn bereikt worden, is het tevens belangrijk om duidelijke en meetbare doelen op te stellen die ook tussenresultaten meten.

Doelgroep

Het is noodzakelijk dat duidelijk wordt weergegeven naar wie de interventie zich dient te richten, zodat de personen worden bereikt die met het probleem geconfronteerd worden.

Voorbeeld van vragen die hierbij kunnen gesteld worden:

- Heeft het project een welomschreven doelgroep?
- Op welke basis werd de doelgroep gekozen?
- Zijn er statistieken die een gemeenschapsanalyse en follow-up van de doelgroep mogelijk maken?

Design

Het design dient theoretisch ontwikkeld te zijn en een model te vormen voor programmastrategie en -activiteiten.

Verantwoordelijkheid

Een belangrijk aspect van een succesvol programma is dat beslissingen kunnen worden genomen binnen de organisaties waar middelen worden aan toegewezen. Hierbij is duidelijke verdeling van verantwoordelijkheid en autoriteit noodzakelijk.

3.2.2 Middelen

Zowel materiële als humane middelen zullen aangewend worden. Aangaande materiële middelen is het van belang dat het management van het programma zelf beslissingen kan nemen over middelen, zodat men in staat is om deze aan te passen aan de behoeftes. Een belangrijk aspect binnen de humane middelen is het vaardigheidsniveau van het personeel en de kansen die ze krijgen tot verdere educatie en supervisie.

Organisatie

Duidelijke organisatie en leiderschap blijken belangrijke factoren voor succes. Kernaspecten hierbij zijn onder andere:

- duidelijke beschrijving van opgelegde taken en rechten van het personeel
- elke persoon verantwoordelijk voor het programma dient in relatie met programmapartners een onafhankelijke positie in te nemen

3.2.3 Proces

Ader et al. (2001) vonden algemeen weinig resultaten rond beschrijving van proces, alleen Nutbeam (1998) beschreef hier enkele belangrijke aspecten rond.

Netwerk

Het is noodzakelijk om een sociaal effectief netwerk uit te bouwen, omdat dit wordt gebruikt om de boodschap binnen een gemeenschap of doelgroep te verspreiden. Belangrijk is dat dit netwerk goed overdacht wordt en dat er verspreiding van informatie en ontwikkeling van vaardigheden plaatsvindt.

Blootstelling

Dit gaat om de intensiteit waarmee doelgroepen in contact komen met gezondheidsinformatie en gezondheidsbevorderende activiteiten en in welke mate doelgroepen deze boodschap ontvangen.

Engagement, verbintenis, overtuiging

Omvat pogingen om te meten hoe goed de boodschap werd aanvaard en overgenomen door degene die participeren in het programma.

Participatie

Betekent dat betrokken partners, belangrijke leden van de doelgroep, beslissingsnemers en andere betrokken personen allemaal de kans krijgen om het programma te beïnvloeden en deel te nemen.

Voorbeeld van vragen die hierbij kunnen gesteld worden:

- Hebben organisaties, groepen en geïnteresseerde individuen de kans gekregen om te participeren? Op welke manier?
- Welke vorm van samenwerking werd ontwikkeld?

3.2.4 Uitkomst

Omtrent uitkomsten kunnen zowel veranderingen in epidemiologische variabelen, zoals morbiditeit en mortaliteit gemeten worden, als metingen aangaande gedragsveranderingen of sociale veranderingen.

Kennis en gedragsveranderingen

Gedragsverandering meet verandering in kennis, attitudes en gedrag van doelgroep.

Omgevingsveranderingen

Dit gaat om verandering in de gemeenschapsumgeving. Zoals veiligere verkeersomgeving voor voetgangers, meer speelmogelijkheden voor kinderen op een aangelegde speeltuin ...

Epidemiologische veranderingen

Veranderingen in consumptie van zorg, morbiditeit en mortaliteit.

Behoud

Indien projecten niet voldoende lang worden uitgevoerd, blijken deze een beperkt lange termijneffect te hebben.

3.3 Richtlijnen ter ontwikkeling van kwaliteitsvolle preventieprogramma's

Andere onderzoekers (Baron-Epel, Levin-Zamier, Satran-Argaman, Livny & Amit, 2004) richtten zich ook op kwaliteit van gezondheidsbevorderende programma's, maar zij vertaalden deze in meer specifieke richtlijnen omtrent het ontwikkelen van dergelijke programma's. Deze lijst van normen werd opgesteld op basis van een literatuuronderzoek, waarbij onder andere modellen voor planning en implementatie

van gezondheidsvoorlichtings programma's (bv. PROCEDE, RE-AIM) werden bekeken, maar ook literatuur omtrent het verbeteren van de kwaliteit van dergelijke programma's. Op basis van deze reviews ontwikkelde het onderzoeksteam een lijst van standaarden, opgedeeld in de drie stadia van gezondheidsbevorderende programma's: planning, implementatie en evaluatie. Professionals bezig met gezondheidsbevordering beoordeelden deze lijst gedurende twee workshops, waarna men kwam tot een consensus over de richtlijnen.

Deze richtlijnen zijn opgelijst in onderstaande tabel, waarbij ter vergelijking de aspecten van vorige artikels zijn weergegeven. Alhoewel elk artikel een andere invalshoek hanteert, blijkt duidelijk dat algemeen dezelfde kenmerken worden weergegeven aangaande effectieve, kwaliteitsvolle interventies.

<i>Small, Cooney en O'connor (2009)</i>	<i>Ader, Berensson, Carlsson, Granath & Urwitz (2001)</i>	<i>Baron-Epel, Levin-Zamier, Satran-Argaman, Livny & Amit (2004)</i>
<p><u>Program design and content</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Actively engaging - Of sufficient dosage and intensity - Comprehensive - Theory driven <p><u>Program relevance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Developmentally appropriate - Socioculturally relevant - Appropriately timed 	<p><u>Structure</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Defining and reaching target group - Theoretically rooted design - Good resources (human and material) - Unequivocal and measurable goals 	<p><u>I. Planning</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Target population needs assessment <ol style="list-style-type: none"> 1. Choice of target population 2. Performing preliminary evaluation by using focus groups, interviews and observations 3. Evaluation of needs by their source: organizational, professional and clients or target population 4. Definition of needs: normative, expressed, felt and compared 5. Involvement in collecting the information 6. Involvement in data analysis and reaching conclusions 7. Participation in decision-making regarding priorities and working plans 2. Assessment of factors important to planning programs <ol style="list-style-type: none"> 1. Review of the literature 2. Review of existing national and international programs 3. Choosing models and tools 4. Evaluating knowledge, beliefs and attitudes of target population 5. Characterizing cultural aspects of the target population 6. Characterizing the life style of the target population 7. Characterizing abilities and skills of the target population 8. Assessment of family, social, employment, economic and physical environment of the target population 9. Possibility of participation of significant others 3. Resource assessment <ol style="list-style-type: none"> 1. Place and equipment 2. Funding 3. Professional resources (skills, knowledge, language, culture, availability, motivation, commitment) 4. Decision-making and goal formulation <ol style="list-style-type: none"> 1. Definitions of goals and specific targets 2. Level of flexibility of program 3. Definition of standards and criteria for success 4. Participants in decision-making and target planning

<p><u>Program implementation</u> - Delivered by well-qualified, trained, and supported staff - Focused on fostering good relationships</p> <p><u>Program assessment and quality assurance</u> - Well documented - Committed to evaluation and refinement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Clear organization and defined leadership - Responsibility within the organization where resources are allocated <p><u>Process</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Building socially effective network - Sufficient intensity of contact and degree of receiving message - Message is well rooted and accepted by participants - Stakeholders have the opportunity to influence and take part in the programme <p><u>Outcome</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Knowledge and behavioural changes - Environmental changes - Epidemiological changes - Maintenance 	<p>5. Organizational and marketing aspects</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recruiting staff 2. Organization of time by the organization, staff, and participants: (number and length of meetings convenience of time, exc.) 3. Advertisement and marketing (resources, strategies for professionals or the target population) <p><u>II. Implementation</u></p> <p>6. Implementation of the program</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assigning suitable staff (knowledge, skills, culture, language, motivation, commitment and availability) 2. Finding an accessible place to run the program 3. Making the place suitable for the activities 4. Finding suitable time for the participants, staff and organization 5. Calculating price for maximal availability and accessibility to target population 6. Using suitable content and messages 7. Using suitable processes for behavior change 8. Using suitable methodology 9. Flexibility during the implementation 10. Performing process evaluation of the program <p>7. Sustainability</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Running follow-up meetings or classes for participants 2. Running the program or course on a regular basis 3. A consistent group of staff members to facilitate the classes 4. Use of stable resources 5. Applicable policy-associated sustainability of the program <p><u>III. Evaluation</u></p> <p>8. Process evaluation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluation of the planning process 2. Pre and post test questionnaires to test knowledge, attitudes, skills, behavior, expectations and needs 3. Evaluation of satisfaction (staff and target population) 4. Evaluation of the number of participants 5. Assessment of characteristics of participants 6. Evaluation of drop-out rate and reason for drop-out 7. Evaluation of marketing effectiveness 8. Implementation of policy for sustainability <p>9. Outcome evaluation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluation of whether the objective was achieved 2. Measures of health—long-term and short-term 3. Use of health services
--	---	--

4 Mogelijke uitgangspunten

Bij het nagaan van de literatuur omtrent het evalueren van de preventiepraktijk werd duidelijk dat men op verschillende niveaus kan evalueren, gaande van evaluatie van een specifiek preventief initiatief tot het evalueren van het gehele preventiebeleid.

Onderstaand worden enkele mogelijkheden weergegeven gevolgd door voorbeelden hoe dit in praktijk wordt toegepast.

4.1 Schaalgrootte waarop kan geëvalueerd worden

Bij het nagaan van de literatuur omtrent het evalueren van preventie-initiatieven werd vertrokken van een zo breed mogelijk perspectief. Gedurende deze literatuurstudie werd gezien dat kon vertrokken worden vanuit verschillende invalshoeken. Deze kunnen geplaatst worden op een continuüm, gaande van het behouden van een sterke link met een specifiek preventie-initiatief tot een zwakke of geen link.

- Het meest enge niveau betreft de *evaluatie van preventie-initiatieven*. Hierbij blijft de link met de specifieke interventie sterk aanwezig. Dergelijke interventie wordt dan uitgebreid geëvalueerd, waarbij gebruik wordt gemaakt van proces- en/of effectevaluatie.
- Op iets ruimer niveau dan het specifiek evalueren van programma's, kan het *werken met gezondheidsdoelstellingen* geplaatst worden. Hierbij blijft wel de link met een specifiek preventiegebied aanwezig, maar wordt niet meer gericht op één bepaald initiatief.
- Het breedste niveau betreft *het evalueren van het gehele beleid van preventieve gezondheidszorg*. Dit gaat nog verder dan het vorige niveau, waarbij het gehele systeem van beleidsvoering aangaande preventie kritisch wordt bekeken.

4.2 Voorbeelden van evaluatiemodellen op drie niveaus

4.2.1 Evaluatie van preventieve programma's

Een eerste niveau waarop kan geëvalueerd worden is het rechtsreeks evalueren van de specifieke programma's. Hierbij kunnen, zoals reeds weergegeven, verschillende vormen van evaluatie uitgevoerd worden, waaronder proces en effectevaluatie.

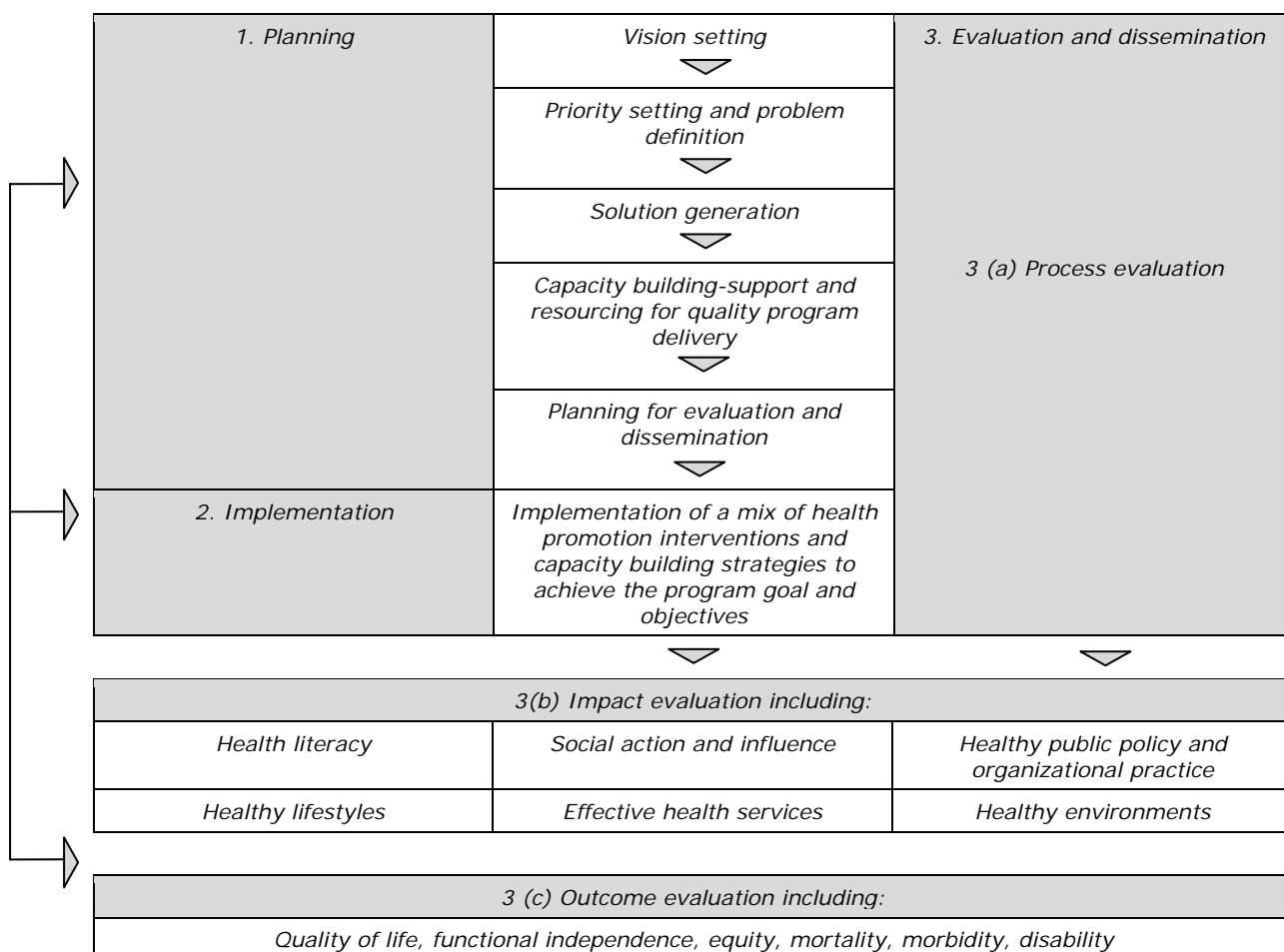
Evaluatie van preventieprogramma's werd reeds door vele instanties in kaart gebracht, waarbij vaak gericht wordt op het evalueren van het effect. Hieronder twee modellen die kunnen gehanteerd worden bij het evalueren van specifieke interventies, namelijk het model van de staat Victoria (Australië) en het RE-AIM-model.

Integraal plannings-, implementatie- en evaluatiemodel van de staat Victoria

Het Department of Human Services van de Victorian Government (Australië) ontwikkelde een volledig systeem dat kan gehanteerd worden voor het plannen, implementeren en evalueren van preventieprogramma's. Deze fasen werden geplaatst binnen onderstaande figuur (zie figuur 4), welk gebaseerd is op dit van Nutbeam.

Gedurende de *planningsfase* krijgt men zicht op en worden voorbereidingen getroffen voor de uitvoering van de interventie, waaronder formulering van doelstellingen, betrekken van nodige partners, verwerven van bronnen, enzovoort. Na het doorlopen van de planningsfase, vindt de *implementatiefase* plaats. Hierbij duidt men aan dat een mix van verschillende interventies zoals screening, gezondheidsvoorlichting, omgevingsverandering nodig is om de gewenste doelstellingen te bereiken.

Hierna volgt de *evaluatie*, waarbij zowel proces-, effect- als outcome-evaluatie worden opgenomen. Procesevaluatie richt zich op een deel van de planning- en de implementatiefase, terwijl impactevaluatie zich richt op directe en tussentijdse effecten en outcome-evaluatie de langere termijneffecten meet.



Figuur 4: Programmabeleid voor geïntegreerde gezondheidsbevorderende programma's (uitgewerkt door Victorian Government, Department of Human Services, 2003a)

Het departement biedt allerlei checklijsten, toolkits en case studies om het geheel meer vatbaar en uitvoerbaar te maken. Zo bieden zij een volledig stappenplan aan dat kan gehanteerd worden bij het plannen van een evaluatie ('planning for effective health promotion evaluation') en werd tevens een plan specifiek voor impactevaluatie ontwikkeld ('measuring health promotion impacts: a guide to impact evaluation in integrated health promotion').

Heel wat stappenplannen zijn voorhanden voor het evalueren van preventieprogramma's, waarbij meestal gericht wordt op uitkomstmaten en minder op procesmeting. Dergelijke stappenplannen geven dan ook meestal gelijkaardige elementen weer, waaronder het ontwikkelen van een specifiek evaluatiedesign en het ontwikkelen of kiezen van een datacollectie methode. Een mooi voorbeeld hiervan is het *stappenplan* van de regering van Victoria (2003b) dat kan doorlopen worden bij het *evalueren* van de *impact* van een programma.

1. Identificeren van impactindicatoren die gebruikt kunnen worden

Impactindicatoren ontwikkelen omvat het identificeren van het type van indicator dat kan bepalen of de doelen van het programma zijn behaald. Elk doel dient duidelijke indicatoren te hebben die, wanneer gemeten, weergeven of de gewenste doelen zijn bereikt.

2. Formuleren van doelniveau voor de impactindicatoren

Impactindicatoren dienen de mate van het effect te specificeren. Hierbij wordt weergegeven welk percentage van doelpopulatie een bepaald niveau van impact dient te halen.

3. Identificeren van informatie die verzameld dient te worden en de methoden om deze informatie te verzamelen

Dit kunnen zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden zijn. Tevens kan men gebruik maken van reeds bestaande instrumenten of kan ervoor gekozen worden om nieuwe instrumenten te ontwikkelen zoals een vragenlijst of onderzoeksinstrument. Kwantitatieve methoden worden best gebruikt om te evalueren of er een relatie is tussen de interventie en het effect, kwalitatief onderzoek om te bekijken waarom deze relatie bestaat. Kwalitatieve methoden die meest gebruikt worden zijn: focusgroepen, diepte-interviews, open vragenlijsten en observatie. Kwantitatieve methoden zijn onder andere vragenlijsten en checklists.

Zo kan voor het meten van vaardigheden gebruik gemaakt worden van observaties, voor attitudes zelfrapportage, voor gedragobservaties of zelfobservaties ...

4. Het evaluatiedesign opstellen

Belangrijk is dat de evaluatie zo ontworpen wordt dat veranderingen in de impactindicatoren te wijten aan andere factoren dan de interventie zo veel mogelijk uitgesloten worden, om op die manier de waarschijnlijkheid te verhogen dat geobserveerde effecten toe te schrijven zijn aan de interventie.

Het standaarddesign hierbij is het vergelijken van een interventie- met een controlegroep, waarbij vooral gebruik gemaakt wordt van een randomized controlled trial (RCT). Aangezien het hanteren van een experimenteel design niet altijd mogelijk

is, kan ook gebruik gemaakt worden van pre-experimentele (bv. vergelijking tussen metingen voor en metingen na de interventie) en quasi-experimentele designs (bv. randomisering van groepen of hanteren van herhaalde metingen) (Grembowski, 2001). Ook dit is niet altijd mogelijk. Maar dan nog kan de impact vastgesteld worden wanneer indicatoren duidelijk en objectief het behalen van de programmadoelen meten en processen duidelijk gedocumenteerd zijn. Tevens kan men kiezen om een gehele populatie die de interventie ontving te onderzoeken, ofwel slechts een steekproef er uit te nemen.

5. Het uitvoeren van de impactbeoordeling

Belangrijk is dat een evaluatieplan wordt ontwikkeld dat de evaluatievragen, de procesindicatoren en de impactindicatoren weergeeft. Het plan dient ook weer te geven welke informatie zal worden verzameld, door wie, hoe en wanneer.

Stappen binnen het evaluatieplan kunnen omvatten:

- datacollectie voorbereiden
- datacollectie (bv. vragenlijst, interview ...) uitvoeren
- vastleggen van data: verzamelen van data. Verzamelde data omzetten in bruikbare vorm voor analyse
- analyse van data

6. Rapporteren van impact

Naast dit specifieke stappenplan, zijn er ook reeds verschillende **modellen** ontwikkeld die kunnen gehanteerd worden bij het plannen van een **evaluatie** van een preventie-initiatief, wat zowel toepasbaar is voor het evalueren van **proces**, **impact** als **outcome**.

In onderstaande tabel wordt kort het stappenplan weergegeven dat door de regering van Victoria (2005) is uitgeschreven. Ter vergelijking staat in de rechterkolom het stappenplan uitgeschreven door Springett et al. (in WHO, 2001), dat sterke gelijkenissen vertoont met dat van Victoria.

Victorian Government, Department of Human Services (2005)**1) Beschrijf het programma**

Identificeren van programma plan. Dit omvat het formuleren van programmadoelen (lange termijn) en doelstellingen (kortere termijn), waarbij gebruik kan gemaakt worden van het SMART-principe.

Tevens omvat dit het identificeren van indicatoren die impact en/of proces meten. Ook wordt hierbij inzicht verworven in de interventies.

World Health Organization (2001)**1) Beschrijven van het programma, beleid of initiatief**

Verhelderen van het mandaat, doelstellingen, link met andere initiatieven, procedures en structuren. Deze stap omvat tevens het aanwerven van mensen, het opstellen van een groep om de evaluatie te ondernemen, onderzoeken van de gezondheidsaspecten waarover men bezorgd is en verzamelen van baseline informatie.

2) Evaluatie preview

Stakeholders inzetten, het doel van de evaluatie uitklaren, identificeren van kernvragen en van evaluatiebronnen. Het is van belang dat de belangrijke stakeholders participeren. Zonder dit is het moeilijk om een evaluatieplan te ontwikkelen dat de noden en verwachtingen van alle belangrijke spelers tegemoet komt. Ook dient het doel van de evaluatie uitgeklaard te worden. Het doel van de evaluatie zal bepalen welk type van evaluatie zal ontwikkeld worden: proces of impact. Een set van kernvragen wordt ontwikkeld die door middel van de evaluatie zullen trachten beantwoord te worden. Deze lijst van vragen zal de aanpak en bereik van de evaluatie bepalen.

3) Focus op evaluatiedesign

Specificeren van het evaluatiedesign en de datacollectie methoden en opzoeken of ontwikkelen van datacollectie instrumenten. Na het vaststellen van kernvragen, dient men te bepalen welke informatie nodig is om deze vragen te beantwoorden. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van kwalitatief of kwantitatief design. Selectie van datacollectie methoden kan afhangen van verschillende aspecten, waaronder doel van evaluatie, financiële bronnen, tijd ... Hierbij dient men ook vast te leggen hoeveel van de participanten dienen deel te nemen aan de evaluatie en hoe men deze gaat selecteren.

4) Verzamelen van data

Hierbij wordt het evaluatieplan uitgevoerd

5) Analyseren en interpreteren van data

2) Identificeren van aspecten en vragen

De drie kernaspecten hierin zijn concept en design, proces, impact. Het gaat om het nemen van beslissingen omtrent doelen van evaluatie, verhelderen van aspecten waarover alle stakeholders zich zorgen maken, opstellen van evaluatievragen omtrent doelstellingen van het programma. Deze doelstellingen zouden uitgeklaard moeten worden vooraleer de evaluator beslist hoe men de resultaten zal meten.

3) Het datacollectie proces ontwikkelen

Dit omvat het beslissen omtrent het soort van evaluatie, het bepalen van de doelen die dienen te worden bereikt, de te hanteren meetmethoden, voor wie de evaluatie wordt uitgevoerd en wanneer data worden verzameld. Gedurende deze stap dient men ook de aanpak te kiezen voor de gestelde vragen, en een plan voor implementatie van het design. Het design hangt af van de aspecten en vragen die geselecteerd zijn voor studie en de gebruikers van de bevindingen. Belangrijke beslissingen die hier dienen genomen te worden, gaan omtrent de soort van data die nodig is.

Evaluatie stelt twee vragen:

- 1) Wat zijn de criteria voor succes in het verwerven van doelstellingen (hier verwijst criteria naar de standaard waartegen succes zal worden vastgesteld)
- 2) Welke indicatoren zullen gebruikt worden om prestatie te meten?

4) Verzamelen van data

Gebeurt door het volgen van methodes en procedures.

5) Analyseren en evalueren van de data

Interpreteren van de data en vergelijken van geobserveerde met verwachte data.

6) Verspreiden van geleerde lessen

Overdenken van rapporten die dienen voorbereid te worden, van opzet, publiek en hoe bevindingen zullen verspreid worden. Hierbij dient niet alleen weergegeven te worden wat werkte maar ook wat niet werkte en mogelijke redenen van falen.

6) Aanbevelingen maken

Alle stakeholders dienen betrokken te worden bij het interpreteren van de resultaten. Dit omvat het uitklaren van korte en lange termijn gevolgen van de bevindingen en het identificeren van de kosten en voordelen van het implementeren van de aanbevelingen en van het negeren er van.

7) Verspreiden van de bevindingen naar stakeholders

Nemen van actie is de laatste stap. Actie zal veel sneller uitgevoerd worden wanneer de mensen die deze actie dienen uit te voeren deel uitmaakten van het proces.

Het RE-AIM-model

Het RE-AIM-model (<http://www.re-aim.org/>) sluit sterk aan bij deze laatste modellen. Echter RE-AIM is een meer gestandaardiseerd en wijder verspreid model en het omvat tevens een ruimer aantal evaluatieaspecten. Het RE-AIM-model betreft een multifactoriële methode waarmee interventies die zich richten op gezondheidsgedrag kunnen worden geëvalueerd. Deze methode is ontwikkeld door Glasgow, Vogt en Boles (1999) met als doel om naast louter effectiviteit ook andere elementen van het programma te meten (Brug et al., 2008).

RE-AIM is *verschillend van andere evaluaties* aangezien het

1. bedoeld is om vertaling van onderzoek naar praktijk te vergemakkelijken
2. gelijke klemtoon legt op interne en externe validiteit en representativiteit benadrukt
3. specifieke en standaard manieren biedt voor meten van sleutelfactoren aangaande evaluatie van gezondheidsimpact en wijdverspreide toepassing. Het model kan zowel gebruikt worden om programma's te plannen als te evalueren. In hoofdzaak wordt het gehanteerd voor evaluatie.

Het RE-AIM-model gaat uit van vijf elementen:

▪ **Reach**

Het absolute aantal, proportie en representativiteit van individuen die bereikt worden met en participeren in een programma, en de mate van blootstelling aan programmamaterialen en -onderdelen.

▪ **Efficacy/effectiveness**

De impact van het programma op belangrijke uitkomstmaten zoals verandering in gedrag en determinanten ervan, gezondheid en/of kwaliteit van leven. Ook economische evaluatie kan hierbij worden uitgevoerd. Doeltreffendheid en

werkzaamheid wordt gemeten op individueel niveau. Hierbij is het belangrijk om ook negatieve of ongewenste effecten te meten.

De doeltreffendheid en werkzaamheid kan bepaald worden door experimenteel en quasi-experimenteel onderzoek. Kritische factor is de methode die gehanteerd wordt om verandering in gedrag, opgetreden als resultaat van een programma, te bepalen. Daarom kan gebruik gemaakt worden van prospectieve studiedesigns met vergelijkende groepen of pre-postmeting

Per programma kunnen specifieke uitkomsten worden bekeken, bijvoorbeeld fysieke activiteit, kwaliteit van leven, enzovoort.

▪ **Adoption by target settings or institutions**

Het absolute aantal, proportie en representativiteit van instellingen en settings die een programma willen helpen uitvoeren. Belangrijk is dat men informatie heeft over representativiteit en bereik van instellingen. Want indien verschillen bestaan tussen de participerende instellingen en degene die niet participeren, kunnen er daardoor verschillen ontstaan in adoptie.

▪ **Implementation**, consistency of delivery of intervention

Op niveau van instelling verwijst implementatie naar de mate waarin uitvoerders het programma dat werd ontwikkeld volgen. Er wordt bekeken in welke mate dat het programma werd uitgevoerd zoals bedoeld.

▪ **Maintenance** (intervention effect in individuals and populations over time)

Individueel niveau: Langetermijneffecten van een programma na zes of meer maanden na het meest recente interventiecontact.

Organisatorisch niveau: De mate waarin een programma een deel van de routine wordt binnen de praktijk en het beleid van de organisatie.

Vragen die omtrent elk van de elementen kunnen gesteld worden zijn:

Reach: Welk percentage van beoogde participanten

- werden uitgesloten
- namen deel
- hoe representatief zijn ze

Efficacy/effectiveness: Welke impact had het programma op

- alle participanten die het programma begonnen
- op het tussenliggende proces en primaire effecten
- op zowel positieve als negatieve (ongewenste) effecten, waaronder kwaliteit van leven

Adoption: Welk percentage settings

- werden uitgesloten
- participeerden
- hoe representatief waren deze?

Implementatie: In welke mate werden verschillende programmacomponenten uitgevoerd zoals bedoeld, vooral wanneer het ontwikkeld wordt door verschillende personeelsleden in de verschillende settings?

Maintenance (individueel)

- Wat waren de lange termijn effecten (minimum 6-12 maanden na het programma)
- Wat was de mate van uitval? Waren de drop-outs representatief en hoe had uitval effect op de conclusies omtrent effectiviteit?

Maintenance (organisatie)

- Naar welke omvang werden verschillende programmacomponenten voortgezet of geïnstitutionaliseerd?
- Hoe werd het originele programma gewijzigd?

4.2.2 Gebruik van gezondheidsdoelstellingen

Een ruimer niveau van evaluatie dan dat van specifieke preventie-initiatieven is het hanteren van gezondheidsdoelstellingen. Dit is het kernaspect van Healthy People, opgesteld in de Verenigde Staten.

Healthy people

Healthy People 2010 (www.healthypeople.gov/default.htm) biedt een kaderwerk voor preventie. Het is uitgewerkt in de Verenigde Staten en omvat een basisset van gezondheidsdoelen die men in alle staten van de VS tegen 2010 wil bereikt hebben. Deze vooropgestelde doelen kunnen bij het ontwikkelen van programma's om de gezondheid te verbeteren gehanteerd worden, en dit door verschillende mensen, staten, gemeenschappen, professionele organisaties ... Healthy People 2010 bouwt voort op initiatieven die gedurende de laatste twee decennia zijn ontwikkeld. 'Surgeon General's Report, *Healthy People*' (1979), en '*Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*' ontwikkelden beide nationale gezondheidsdoelen en dienden als basis voor het ontwikkelen van staats- en gemeenschapsplannen. Zoals de voorgangers werd Healthy People 2010 ontwikkeld op basis van een breed overlegproces, gebouwd op de beste wetenschappelijke kennis en ontwikkeld om programma's overheen de tijd te meten.

Healthy People 2010 is dus een set van doelen voor ziektepreventie en gezondheidsbevordering. Het omvat volksgezondheid prioriteiten en specifieke, meetbare doelen.

Concreet omvat Healthy People 2010 **twee overkoepelende doelen:**

- Verbeteren van kwaliteit en jaren van gezond leven
- Verminderen van gezondheidsverschillen

Deze overkoepelende doelen richten zich op *28 focusgebieden*. Voorbeelden van focusgebieden zijn hartziekten en beroerten, voeding en overgewicht, seksueel overdraagbare aandoeningen, middelengebruik, enzovoort. Per focusgebied zijn er verschillende doelen opgesteld, waarbij in totaal *467 specifieke doelen* zijn ontwikkeld, die tevens ook soms nog subdoelen bevatten. In totaal zijn er 955 doelen en subdoelen geformuleerd.

Om na te gaan in welke mate dat er een *evolutie* plaatsvond in de *richting* van de *doelen*, vinden er twee reviews plaats. De eerste ronde van reviews begon in juni 2002 en eindigde in december 2005. Een tweede ronde begon in juni 2006. De reviews worden gehouden per focusgebied en vinden op maandelijkse basis in alfabetische volgorde plaats.

Het National Center for Health Statistics (NCHS) is verantwoordelijk voor het coördineren van de inspanningen om de vooruitgang naar de doelen te meten, waarbij gebruik wordt gemaakt van NCHS-datasystemen en vele andere databronnen. Zo worden nationale data verzameld van meer dan 190 verschillende databronnen van meer dan zeven departementen van de federale regering en van vrijwillige en private niet-regeringsorganisaties. Belangrijke databronnen zijn onder andere National Health Interview Survey (NHIS), National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), National Vital Statistics System- Mortality (NVSS-M), enzovoort.

De gegevens per (sub)doelstelling komen telkens van één of meer reeds bestaande databronnen. Na het verzamelen van de gegevens wordt per focusgebied een review uitgeschreven, waarin de belangrijkste bevindingen worden weergegeven. Nadat de eerste reviewronde heeft plaatsgevonden worden de doelstellingen herzien. Zo kunnen bepaalde doelstellingen worden aangepast, verwijderd of kunnen er nieuwe geformuleerd worden. Op basis van deze nieuwe doelstellingen wordt een tweede reviewronde uitgevoerd.

Vlaamse gezondheidsdoelstellingen

Zoals reeds besproken wordt ook in Vlaanderen gebruik gemaakt van gezondheidsdoelstellingen om het preventiebeleid te organiseren. Dit verloopt echter wel op een iets andere manier dan in de Verenigde Staten, maar het gaat om hetzelfde principe, namelijk op basis van uitgebreid onderzoek nagaan op welke gebieden initiatieven nodig zijn, waarvoor dan doelstellingen worden opgesteld. Binnen het praktijkveld worden dan initiatieven uitgevoerd die willen bijdragen tot het bereiken van deze doelstellingen. De voortgang naar deze doelstellingen wordt regelmatig gecontroleerd.

4.2.3 Evaluatie van het preventiebeleid: de preventiecyclus

Naast het evalueren van deelaspecten van een beleid, is het tevens mogelijk om het gehele beleid aan een kritische blik op te onderwerpen. Als voorbeeld wordt de preventiecyclus uit Nederland weergegeven. Dit betreft een beleidsysteem voor

preventie waarin verschillende belangrijke uitvoeringen op elkaar worden afgestemd en een duidelijk verloop van de nodige activiteiten wordt weergegeven.

Preventiecyclus Nederland

Vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn op verschillende niveaus richtlijnen opgesteld aangaande het preventieve beleid in Nederland. Deze richtlijnen werden op elkaar afgestemd tot de ontwikkeling van een preventiecyclus waarin de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), de landelijke nota en de gemeentelijke nota's op elkaar voortbouwen. De preventiecyclus vormt de rode draad doorheen het beleid.

De preventiecyclus start met de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*, uitgevoerd door Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Om de vier jaar beschrijft deze de gezondheidssituatie in Nederland. Op basis van cijfers en analyses wordt getracht inzicht te verwerven in de gezondheidstoestand van de Nederlander, in oorzaken van gezondheidsverlies, in de ontwikkeling van behoefte, vraag, gebruik en kosten van zorg en in mogelijkheden tot en kosten van verbeteringen van de gezondheidstoestand door preventie en zorg.

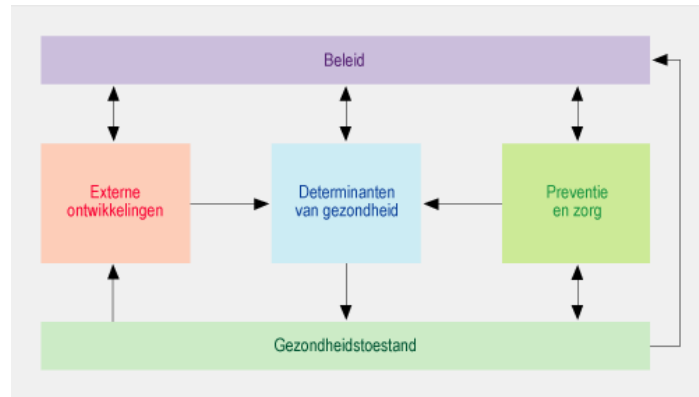


Figuur 5: Preventiecyclus Nederland (Ministerie VWS in RIVM, 2008)

Het centrale aspect binnen de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) betreft het *VTV-model* (figuur 6) dat gebaseerd is op het model van Lalonde. Dit betreft hetzelfde model als wat gehanteerd wordt in het Vlaamse Preventiedecreet, echter in het decreet wordt gebruik gemaakt van een oudere versie (Ruwaard & Kramers, 1997).

In het nieuwste VTV-model wordt de gezondheidstoestand gezien als de uitkomst van een multicausaal proces met diverse determinanten. Het brengt in kaart hoe verschillende aspecten zoals gezondheidstoestand, externe ontwikkelingen, determinanten van gezondheid, preventie en zorg, en beleid zich verhouden tot en

invloed hebben op elkaar. Voor alle uitvoeringen zoals het VTV-rapport, de Atlas en het Kompas vormt dit model het centrale aspect, waarbij deze de informatie structureert (de Hollander et al., 2006).



Figuur 6: Het conceptuele basismodel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (de Hollander et al., 2006)

Op basis van de Volksgezondheidstoekomstverkenningen wordt, eveneens om de vier jaar, een Rijksnota opgesteld. Deze geeft de landelijke prioriteiten weer voor de collectieve preventie. De preventienota geeft algemeen een samenvatting van de gezondheidstoestand van de Nederlanders, de keuzes en doelstellingen van het preventiebeleid en de keuze van specifieke actiepunten binnen het preventiebeleid. Ook wordt in deze rijksnota weergegeven wat de prioriteiten betekenen voor de uitvoering op lokaal niveau. De laatste rijksnota vond plaats in 2006 en geeft de prioriteiten voor 2007-2010 weer (Ministerie VWS, 2006).

De volgende stap in de preventiecyclus betreft het ontwikkelen van **gemeentelijke nota's** aangaande het gezondheidsbeleid. Er is namelijk vastgelegd dat elke gemeente verplicht is om ambities omtrent het gezondheidsbeleid vast te leggen in een gemeentelijke nota. Op deze manier wordt getracht om een gezonde omgeving te creëren voor de burgers en een gezonde leefstijl te stimuleren. Op basis van de landelijke prioriteiten worden de gemeentelijke initiatieven bepaald. De rijksnota kan dus aangrijpingspunten bieden voor gemeenten om een effectiever beleid te kunnen voeren. Het blijven wel slechts aangrijpingspunten, want indien uit bijvoorbeeld lokale epidemiologische gegevens blijkt dat bepaalde publieke gezondheidsproblemen minder relevant zijn voor die bepaalde regio, kan de gemeente ervoor kiezen om af te wijken van de landelijke prioriteiten. De gemeenten leggen hun ambities vast en stellen doelen op populatieniveau. Ook wordt de nota afgesteld op andere beleidsterreinen zoals wonen, welzijn, verkeer en onderwijs (GGD, n.d.).

Om gemeenten en GGD'en (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten) te ondersteunen bij het uitvoeren van een volksgezondheidsbeleid werden **regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenningen** ontwikkeld. Een regionale VTV verzamelt, analyseert en integreert gegevens van volksgezondheid en zorg op nationaal vergelijkbare wijze. Daardoor krijgen gemeenten een goed zicht op de eigen volksgezondheidssituatie, en de determinanten hiervan en kunnen ze zich spiegelen aan andere gemeenten, regio's

en Nederland als geheel (Ministerie VWS, 2007; RIVM, 2009). Tevens is in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een toolkit regionale VTV uitgewerkt. Deze toolkit kan als hulpmiddel gehanteerd worden om de regionale en lokale gezondheidssituatie in kaart te brengen. Daarin wordt onder andere weergegeven hoe een regionale VTV tot stand kan komen, waarbij het proces wordt weergegeven in verschillende stappen. Een belangrijk aspect binnen deze toolkit betreft de weegave van de beschikbare indicatoren en bronnen per onderdeel van het hierboven beschreven VTV model (RIVM, 2009).

De laatste stap binnen de preventiecyclus betreft het uitvoeren van toezicht op de openbare gezondheidszorg. Deze algemene controle wordt uitgevoerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en vindt plaats door middel van *gelaagd en gefaseerd toezicht*. Deze manier van toezicht verloopt in drie fasen. Gedurende de eerste fase tracht de Inspectie de instellingen op een administratieve manier te toetsen, en dit door middel van indicatoren. Hierbij wordt informatie verzameld over de uitkomsten van zorg, het proces en de structuur. Vooral GGD'en worden onderzocht, maar ook andere openbare gezondheidszorginstellingen zoals jeugdgezondheidszorg en gemeenten kunnen worden bekeken.

Gedurende de tweede stap gaat men vanuit deze verzamelde gegevens een risico-inschatting maken. Omtrent de instellingen waar opmerkelijke uitkomsten worden waargenomen, zal men zich verder gaan informeren. Ook wordt een steekproef van instellingen bezocht waar op het eerste zicht niets aan de hand lijkt, om te controleren of de verzamelde gegevens valide zijn. Wanneer de inspectie op basis van de resultaten uit de tweede fase besluit dat er een ongewenste situatie is voor de openbare gezondheidszorg of volksgezondheid, kan men in een derde fase beslissen om nadere maatregelen te treffen (GGD, 2007; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2007; Staatstoezicht op volksgezondheid, 2005).

Bij dit laatste model dient opgemerkt dat gezien de bevoegdheidsverdeling van het gezondheidsbeleid in België een dergelijke integrale aanpak zoals in Nederland niet mogelijk is. Vlaanderen heeft alleen bevoegdheid over de preventieve zorg en niet over alle aspecten van zorg. Wel biedt het een mooi voorbeeld hoe verschillende elementen van een preventiebeleid op elkaar afgestemd kunnen worden.

Evaluatie op elk van de niveaus hebben hun eigen waarde en kunnen allen een belangrijke bijdrage leveren tot een meer effectief preventiebeleid. Echter dient een keuze gemaakt te worden, aangezien het binnen het tijdsbestek van dit ad-hoconderzoek niet mogelijk is om evaluatiemogelijkheden op elk van deze niveaus nader te bekijken.

5 Gemaakte keuzen in het kader van dit onderzoek

Bij het begin van het onderzoek werd wegens de ruime opdrachtbeschrijving vertrokken van een zo breed mogelijk perspectief. Gezien het ruime domein van preventie en de complexe praktijk van evaluatie diende een afbakening van het onderwerp zich aan. Om meer concreet na te gaan waar de noden liggen aangaande

evaluatie van het huidige Vlaamse preventiebeleid, werd in overleg met belangrijke actoren uit het preventieveld besproken wat zij het meest belangrijk achten en aan welke soort van evaluatie nood is.

Aangezien in Vlaanderen de gezondheidsdoelstellingen de rode draad doorheen het Vlaamse preventiebeleid vormen, was dan ook de vraag om deze doelstellingen als uitgangspunt te hanteren.

Hierbij bleek er vooral nood te zijn aan meer informatie omtrent proces- en effectevaluatie van specifieke preventie-initiatieven, ontwikkeld en uitgevoerd binnen de geformuleerde Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Probleem is namelijk dat er vaak geen duidelijk zicht is op welke inspanningen er rond een bepaald initiatief uitgevoerd worden (input) en welke resultaten dit teweeg brengt (output). Concreet wil men meer informatie omtrent het gehele verloop van een preventie-initiatief, gaande van ontwikkeling tot bereiken van effecten.

DEEL II

Het evaluatie-planningsmodel 'EFeKT'

1 Terminologie en situering

1.1 Terminologische verwarring

Bij het uitvoeren van de literatuurstudie, bleek sterk dat eenduidigheid in terminologie vaak ontbreekt. Zoals ook te zien in deel I, wordt vaak een geheel van termen door elkaar gebruikt. Zo wordt gebruik gemaakt van de termen 'interventie', 'initiatief', 'programma', 'methodiek' vaak om hetzelfde concept aan te duiden. Hierbij worden meestal ook geen definities weergegeven.

Gedurende het gehele onderzoek bleef deze onduidelijkheid in terminologie een belangrijk struikelblok, gezien ook door de betrokken actoren worden verschillende termen gebruikt om hetzelfde concept aan te duiden. Omdat duidelijkheid in terminologie een belangrijk basisaspect vormt voor eenduidig begrip van theorie, wordt binnen dit hoofdstuk weergegeven welke termen verder in dit rapport zullen worden gehanteerd, wat deze termen hier betekenen en hoe deze zich situeren ten opzichte van elkaar.

Bij nader onderzoek van terminologie in documenten uit zowel binnen- als buitenland bleek duidelijk dat geen eenduidigheid bestaat betreffende de gebruikte termen en bij het zoeken naar definities werden deze slechts zelden gevonden. Ook in Vlaanderen heerst er onduidelijkheid. Verschillende belangrijke bronnen van de Vlaamse preventiepraktijk, waaronder het preventiedecreet, het uitvoeringsbesluit van de Logo's en de actieplannen rond de doelstellingen voeding en beweging, depressie en suïcide en middelengebruik blijken vaak een geheel van verschillende termen te gebruiken, zonder eenduidigheid.

1.2 Woordenlijst

In deze woordenlijst wordt weergegeven welke termen gehanteerd worden in dit onderzoek en wat deze termen concreet inhouden.

- **Vlaamse gezondheidsdoelstelling**

Een op het vlak van gezondheid na te streven, tijdsgebonden, meetbare, haalbare en maatschappelijk aanvaardbare doelstelling, die op initiatief van de Vlaamse regering wordt goedgekeurd door het Vlaamse Parlement (Preventiedecreet, 2003).

- Actieplan

Een plan, uitgeschreven voor een bepaalde gezondheidsdoelstelling, waarin het geheel van initiatieven worden weergegeven die zullen genomen worden voor het bereiken van de doelstelling. Dit actieplan omvat:

- de formulering van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling zelf
- de nodig geachte preventiestrategieën om de voorgestelde Vlaamse gezondheidsdoelstelling te kunnen realiseren binnen de gestelde termijn en op een zo doelmatig mogelijke wijze;
- een onderbouwde simulatie van de nodig geachte middelen, rekening houdend met de al ter beschikking gestelde middelen (Memorie van toelichting bij preventiedecreet, 2003).

- Strategie

Strategieën geven weer hoe men een gezondheidsdoelstelling zal trachten te bereiken. Dit zijn algemene initiatieven of actieterreinen waarop men zich zal richten, om bij te dragen tot het behalen van de gezondheidsdoelstelling. Hierbij wordt vaak gericht op een bepaald gedrag bij een bepaalde doelgroep en/of setting (bv. gezond bewegen en evenwichtiger eten op de werkplek, zelfredzaamheid van personen ten aanzien van bedreiging van hun geestelijke gezondheid verhogen), aanpakken van een bepaald onderdeel van de gezondheidszorg (bv. bevorderen van laagdrempelige telezorg, een beter ondersteuningsaanbod voor zorgverstrekkers), omgeving beïnvloeden (bv. uitlokken van zelfdoding tegengaan), richten op bepaalde doelgroepen met specifieke problematiek ...

- Methodiek

Dit is een sleutelconcept in dit onderzoek. Aangezien geen duidelijke definities voorhanden zijn, werd in dit onderzoek een specifieke definitie opgesteld:

Een methodiek betreft een samenhangend geheel van acties gericht naar een bepaalde doelgroep in een bepaalde setting met concrete producten en daarbij horende richtlijnen met als einddoel het beïnvloeden van gedrag bij de intermediaire of einddoelgroep teneinde gezondheidsproblemen bij de einddoelgroep te voorkomen of verminderen en/of kwaliteit van leven te verbeteren.

Het einddoel van een methodiek betreft het veranderen van gedrag van mensen, zijnde de doelgroep bij wie gezondheid wil behouden of verbeterd worden of intermediaire actoren wier gedragsverandering onrechtstreeks kan bijdragen aan de gezondheid van de einddoelgroep.

Voorbeelden van gedragingen die als einddoel kunnen gesteld worden en die kunnen gemeten worden:

- 2 stukken fruit per dag eten
- 10000 stappen per dag zetten
- Mensen met psychische moeilijkheden zetten sneller de stap naar de hulpverlening
- Deskundigheidsbevordering van artsen aangaande psychologische problemen bij patiënten

Echter sommige initiatieven die onrechtstreeks bijdragen tot verandering van gedrag kunnen niet beschouwd worden als methodiek aangezien het eerder gaat om losstaande overeenkomsten, diensten of producten. Bijvoorbeeld overeenkomsten met de voedingsindustrie, de werkgroep rond voeding en beweging, een vlottere doorverwijzing bij vermoeden van borstkanker ... Dit kan onrechtstreeks bijdragen tot verandering van gedrag, bijvoorbeeld gezonder voedingspatroon, snellere screening van borstkanker maar zit niet verrat in een initiatief dat zich rechtstreeks richt naar de doelgroep, het zijn eerder losstaande initiatieven.

Voorbeelden die wel methodieken kunnen genoemd worden zijn:

- een voedingsbeleid betreffende fruitconsumptie op school
→ einddoel is dat kinderen meer fruit eten.
- een mediacampagne betreffende psychologische problemen
→ einddoel is dat de bevolking een minder stigmatiserende houding gaat aannemen t.o.v. mentale gezondheidsproblemen en dat men sneller de stap zet naar hulpverlening.
- deskundigheidsbevordering van huisartsen
→ einddoel ligt op gedrag van intermediairen, namelijk huisartsen kunnen sneller problemen bij patiënten detecteren en hen gericht doorverwijzen (wat dan uiteindelijk zou moeten leiden tot verandering van gedrag (en uiteindelijk hoger welzijn) bij de einddoelgroep).

De definitie doet geen uitspraak over hoe het effect gemeten wordt: effecten kunnen zowel gemeten worden op populatieniveau, op groepsniveau en op individueel niveau en ook andere gedragseffecten dan het beoogde einddoel kunnen gemeten worden. Het ultieme einddoel (bv. eten van twee stukken fruit per dag) kan nagegaan worden op individueel niveau, maar ook op populatieniveau waarbij de gemiddelde consumptie geëvalueerd wordt. Bovendien is niet enkel het einddoel belangrijk maar ook de evolutie naar het einddoel. Dus meten van wijzigingen in de positieve richting omtrent de individuele consumptie als omtrent wijzigingen op populatieniveau zijn belangrijke effectmaten.

Waarom de term methodiek?

Om het concept zoals hier beschreven aan te duiden, werd gekozen voor de term 'methodiek'. Echter wordt in de gangbare literatuur gebruik gemaakt van verschillende termen om hetzelfde aan te duiden. Vaak worden de termen 'methodiek', 'programma', 'interventie' en 'project' door elkaar gebruikt.

Vlaamse literatuur: Methodiek/ interventie

In het Preventiedecreet aangaande het preventieve gezondheidsbeleid in Vlaanderen wordt vaak gebruik gemaakt van de term '**methodiek**'. Methodiek wordt in het uitvoeringsbesluit van de Logo's kort gedefinieerd als: "een geheel van te volgen vaste, weldoordachte werkwijzen om een bepaalde doelstelling te bereiken". Ook wordt gebruik gemaakt van '**interventie**'. Echter dit blijkt minder eenduidig gebruikt. In documenten zoals het preventiedecreet en uitvoeringsbesluit van de Logo's wordt vooral gebruik gemaakt van de term methodiek. In navolging van de Vlaamse literatuur wordt best gebruik gemaakt van deze term.

Internationale literatuur: Programma

Om hetzelfde fenomeen aan te duiden wordt in internationale literatuur veelal gebruik gemaakt van de term '**programma**'.

WHO hanteert 'programma' en 'project'. Hierbij geven ze volgende definities "A programme is usually a set of actions/projects designed for a specific purpose (for example a child welfare programme, or tobacco control programme)."

"A project is usually more narrowly defined, although in terms of resources used it may be larger or smaller than a programme (for example, the building of an oil refinery, or a small training course might both be defined as projects)". (European Centre for Health Policy, 1999).

Ook wordt in het *Intervention Mapping* protocol expliciet gebruik gemaakt van het woord 'program'. Ook *Brug et al.* (2008) hanteren deze terminologie. Beide bronnen hanteren echter ook veelvuldig de term '**interventie**'. Echter geen enkel van hen geeft een duidelijke definitie van deze aspecten weer.

De *universiteit van Toronto* geeft hier wel een definitie van: "A program is any group of related, complementary activities intended to achieve specific outcomes or results. For example, community gardens, shopping skills and healthy cooking demonstrations could be components of a program developed to improve the nutritional status of low-income families" (University of Toronto, 2007, p5).

Echter willen we hier tevens opmerken dat de term 'methodiek' in internationale publicaties vaak in andere betekenis wordt gebruikt. Zo definiëren Bartholomew et al. (2006) 'method' als 'theory based technique to influence behavior and environmental conditions' (p19). Voorbeelden van methoden zijn modeling, geven van informatie, bekrachtiging ... Hierop aansluitend worden ook strategieën geformuleerd, die eveneens een andere betekenis hebben dan in dit rapport. 'Strategy is a way of organizing, operationalizing, and delivering the intervention

methods.' (p19). Voorbeelden van strategieën zijn een dagboek voor zelfmonitoring, rolmodel verhalen voor modeling, e.a.

- Actie

Een methodiek is samengesteld uit één of meer acties. Een actie draagt telkens bij tot een bepaald onderdeel van een methodiek. Enkele veel voorkomende voorbeelden zijn: trainen van uitvoerend personeel, einddoelgroep kennis bijbrengen, einddoelgroep vaardigheden leren, omgeving aanpassen (bv. ruimer aanbod van fruit, meer speelmogelijkheden voor kinderen in een woonwijk) ...

Elk van deze acties bestaat op zich nog eens uit verschillende materialen en activiteiten.

De complexiteit van de acties en de daarbij horende materialen en activiteiten kan sterk verschillen naargelang de methodiek. Zo bijvoorbeeld bestaat Tutti Frutti vooral uit enkele eenvoudige acties, waaronder het aanbieden van fruit op school, het ondersteunen van de leerkracht om fruitconsumptie te bespreken in de les. Voor deze laatste actie zijn enkele activiteiten en materialen ontwikkeld, waaronder spelletjes en cijfermateriaal, posters die kunnen gebruikt worden in de klas ...

Fitte School daarentegen is iets complexer en bestaat onder meer uit volgende acties: educatie rond voeding en beweging, aanbod van gezonde voeding op school, bewegingsmogelijkheden op school ... Voor elk van deze acties zijn verschillende materialen en activiteiten ontwikkeld, waaronder leerinhouden, richtlijnen, tips, actiefiches met een aanbod aan kwalitatieve activiteiten rond voeding/beweging ingedeeld in de verschillende onderwijsniveaus, affiches met sensibiliserende gezondheidsboodschappen rond voeding en beweging, informatie over de actieve voedingsdriehoek ...

Waarom de term actie?

Om de onderdelen binnen een methodiek aan te duiden, werd gekozen voor de term 'actie'. Echter ook omtrent dit niveau waren verschillende keuzes mogelijk.

Vlaamse literatuur: actie

Binnen Vlaanderen worden deze onderdelen niet concreet benoemd. In het uitvoeringsbesluit van de Logo's en actieplannen van de gezondheidsdoelstellingen wordt regelmatig gebruik gemaakt van de term 'actie', maar ook hiervan is geen duidelijke definiëring aanwezig.

Internationale literatuur: methodiek/ interventies

In de internationale literatuur wordt ook vaak gebruik gemaakt van verschillende termen, waaronder methodiek en interventies.

'Methodiek' wordt hier echter in een andere betekenis gehanteerd dan binnen de Vlaamse preventiepraktijk. Brug, Assema en Lechner (2008) zien methodieken als onderdelen van een programma, terwijl binnen Vlaanderen methodieken benoemd

worden voor aspecten die op hetzelfde niveau als programma staan. Een methodiek kan zich zowel richten op gedragsdeterminanten als omgevingsdeterminanten en biedt richtlijnen voor de inhoud van gezondheidbevorderende programma's. Bij het concreet ontwikkelen van een programma, zullen deze methodieken vertaald worden in materialen en activiteiten. Eenzelfde methodiek kan in verschillende contexten en doelgroepen leiden tot heel verschillende materialen en activiteiten. Voorbeelden van methodieken zijn vaardigheidstraining, verhogen van kennisniveau, nabootsen en training, advocacy ... (Brug et al., 2008).

Volgens de Victorian Government (Australië) bestaan programma's eerder uit 'interventies'. "Health promotion interventions are actions taken to achieve the program objectives. Effective health promotion generally involves a mix of interventions at multiple levels, from the individual through to populations, although single programs may target only some of these levels". Voorbeelden van interventies zijn: Screening, gezondheidseducatie, ontwikkeling van vaardigheden, ondersteunende omgeving ... (Victorian Government, 2003a)

1.3 Situering in het ontwikkelingsproces van gezondheidsdoelstellingen

Om de gehanteerde termen duidelijk te situeren, wordt op een visuele manier weergegeven waar methodieken zich bevinden binnen het geheel van de gezondheidsdoelstellingen.

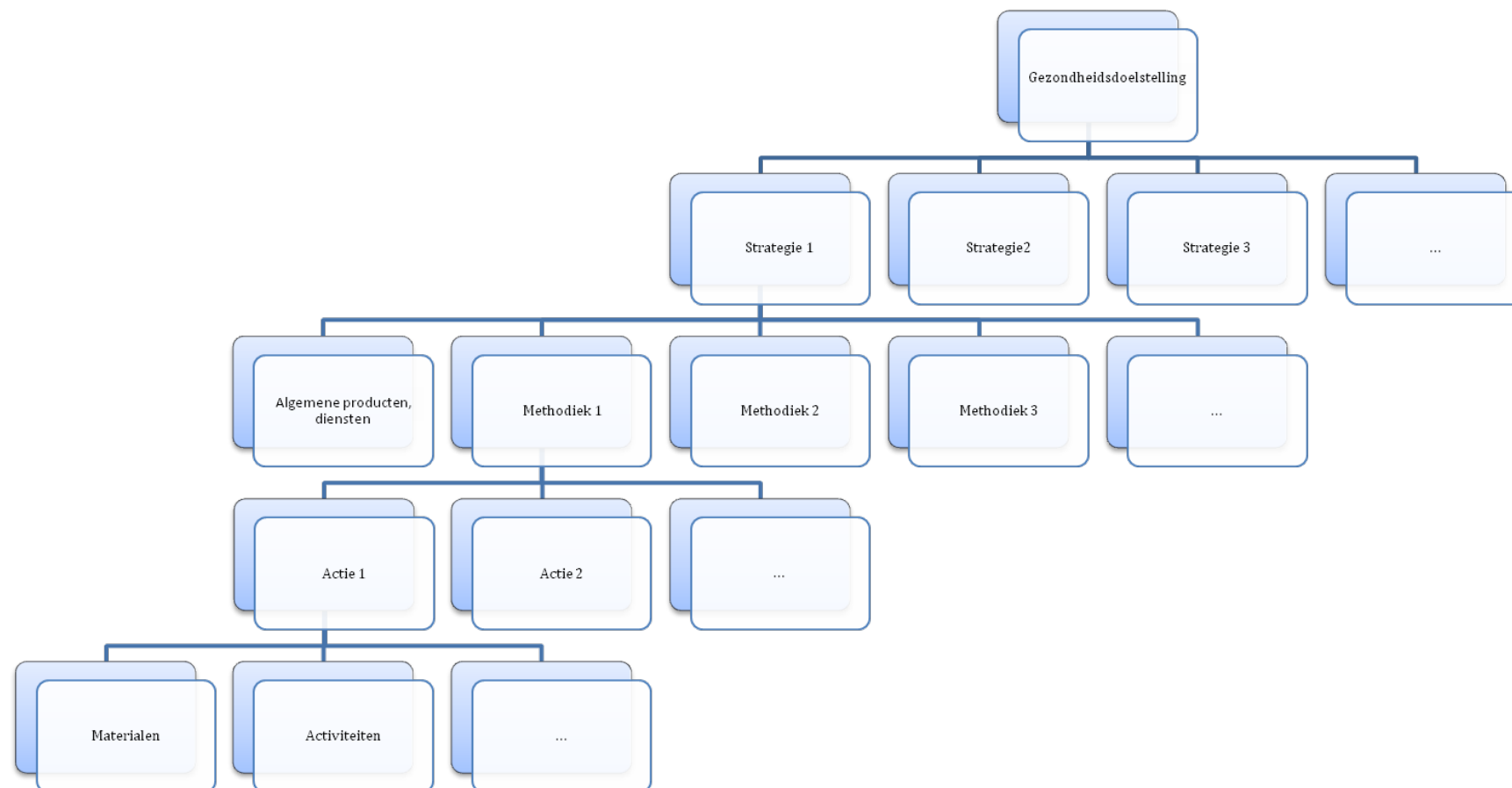
Figuur 7 geeft globaal weer hoe gezondheidsdoelstellingen, strategieën, methodieken en acties zich tot elkaar verhouden. Wel dient hierbij opgemerkt dat dit slechts een schematische weergave betreft en geen uniform model, toepasbaar op alle gezondheidsdoelstellingen, er wordt immers in de praktijk geen uniform stramien gevolgd. Dit model wordt geïllustreerd voor de gezondheidsdoelstellingen 'Preventie van suicide' (figuur 8) en 'Voeding en beweging' (figuur 9) hierop toe te passen. Deze worden niet exhaustief weergegeven, maar wel door middel van enkele onderdelen, om het geheel te verduidelijken.

Relatie tussen de verschillende gedefinieerde concepten:

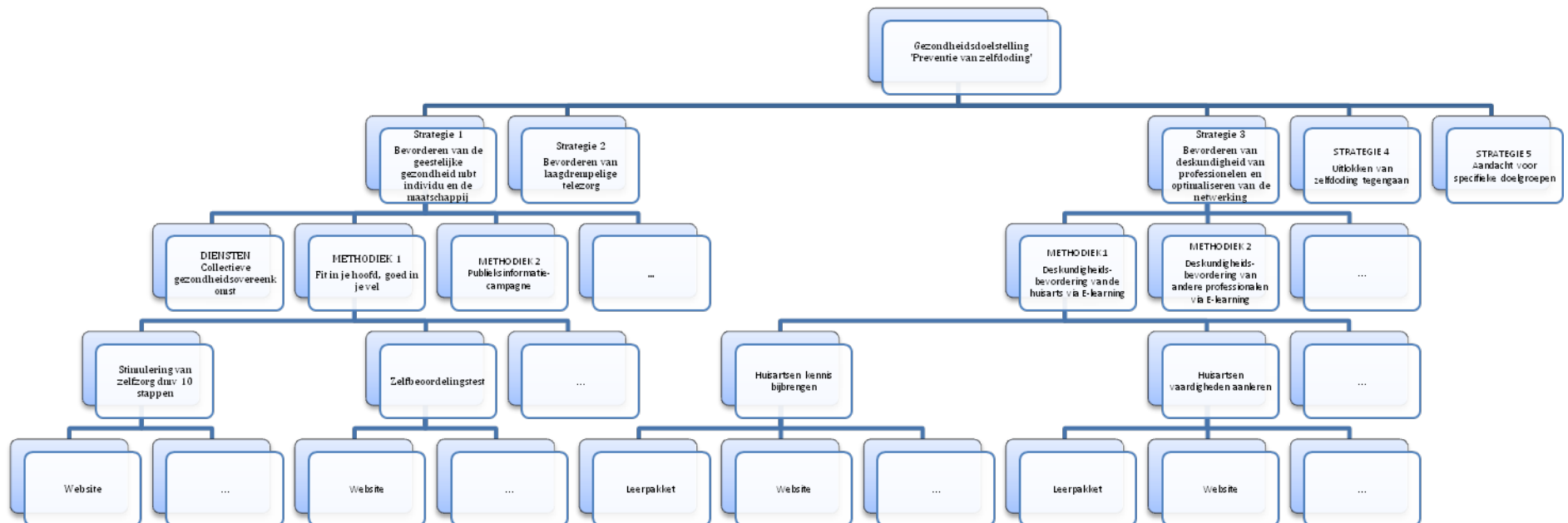
1. Keuze van een *gezondheidsdoelstelling*
Herformulering van een bestaande doelstelling of formulering van een nieuwe doelstelling
2. Binnen deze algemene doelstelling worden verschillende *strategieën* geformuleerd omtrent hoe deze doelstelling bereikt kan worden.
3. Binnen een strategie worden verschillende *methodieken* ontwikkeld. Binnen een methodiek wordt meestal een keuze gemaakt voor een bepaald gedrag, doelgroep en/of setting waarop zal gericht worden. Naast deze methodieken worden ook soms per strategie algemene producten en diensten opgesteld, bijvoorbeeld

bepaalde dienst rond preventieve gezondheidszorg uitbreiden, het opstellen van een werkgroep rond een bepaald thema ...

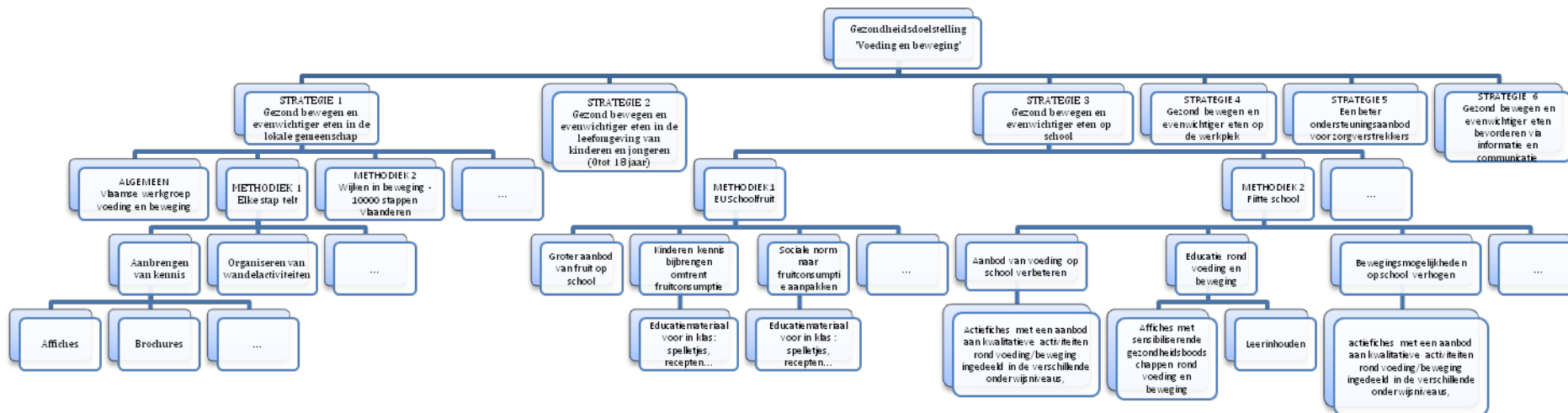
4. Een methodiek is samengesteld uit één of meerdere *acties*.
5. Elke actie bestaat dan meestal uit *materialen en activiteiten*



Figuur 7: Situering van methodiek binnen het ontwikkelingsproces van gezondheidsdoelstellingen



Figuur 8: Toepassing van situering van methodiek op gezondheidsdoelstelling 'preventie van suïcide'



Figuur 9: Toepassing van situering van methodiek op gezondheidsdoelstelling 'voeding en beweging'

2 Inleiding

Op basis van de vragen vanuit het werk- en beleidsveld om een beter zicht te hebben op de input en output van een bepaald initiatief kon geconcludeerd worden dat de evaluatie van "methodieken" verder moest uitgewerkt worden.

Door middel van literatuurstudie en overleg met de stuurgroep, werd gekomen tot het uiteindelijke kernresultaat van dit ad-hoconderzoek, namelijk de ontwikkeling van het evaluatie-planningsmodel EFeKT, dat een planningsstructuur weergeeft voor het evalueren van preventieve methodieken.

2.1 Doel van het evaluatie-planningsmodel

Het opgestelde evaluatie-planningsmodel betreft een planningsstructuur om methodieken op een eenduidige manier te evalueren.

Samengevat geeft het model weer:

1. welke onderdelen van een methodiek dienen geëvalueerd te worden (bv. verspreiding, uitvoering ...)
2. welke aspecten per onderdeel moeten bekeken worden (bv. wie en hoe bereikt, volgens richtlijnen uitgevoerd ...)
3. voor welke concrete elementen informatie dient verzameld worden om zicht te krijgen op de ruimere aspecten (met welke middelen, methoden, berekeningen ...)
4. Welke mogelijke bronnen hierbij kunnen gehanteerd worden.

Bedoeling is dat het model gebruikt wordt voor methodieken die opgesteld zijn binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en uitgevoerd worden op ruime schaal. Het gaat dus om methodieken die zich richten of op de Vlaamse bevolking, of op een specifieke doelgroep (met bijvoorbeeld een bepaald gezondheidsprobleem zoals overgewicht) of op een bepaald gedrag (bv. roker). Het model is zowel bruikbaar voor methodieken voor de promotie van gezondheid als voor de preventie van ziekte. Belangrijkste aspect is dat het uiteindelijke doel van de methodiek verandering in gedrag nastreeft, om uiteindelijk een positief effect op gezondheid teweeg te brengen.

Het hier ontwikkelde evaluatie-planningsmodel kreeg de naam 'EFeKT'. Dit staat voor Evalueren van effecten en Kernprocessen van preventieve methodieken.

2.2 Ontwikkeling van het evaluatie-planningsmodel

Het evaluatie-planningsmodel werd cyclisch ontwikkeld op basis van literatuur, de kenmerken van de Vlaamse context en opmerkingen en bijstellingen door de stuurgroep. Het startpunt was de nood van actoren uit het preventieveld aan een beter inzicht in het proces en de effecten van preventieve methodieken. Hierbij werd gesteld dat vaak geen inzicht is in wie wat concreet uitvoert rond een bepaalde methodiek, of dit juist is uitgevoerd, welke concrete problemen en barrières er ondervonden worden, enzovoort. Er was dus nood aan mogelijkheden om deze input te evalueren. Daarnaast was het ook de vraag hoe concreet de output kan geëvalueerd worden en in welke mate dit kan gekoppeld worden aan de uitgevoerde inspanningen binnen de input.

Hierdoor kwamen we tot het uiteindelijke opgestelde evaluatie-planningsmodel. Hierbij ligt een sterke klemtoon op de evaluatie van het proces van een methodiek: omtrent welke procesonderdelen dient geëvalueerd te worden, omtrent welke concrete aspecten binnen deze onderdelen, welke vragen dienen hierbij gesteld te worden ...

2.3 Verloop van een methodiek

2.3.1 Procesfasen van een methodiek

Het evaluatie-planningsmodel omvat alle stappen van een methodiek, gaande van de ontwikkeling tot bereik van effecten op Vlaams niveau.

Een methodiek wordt meestal ontwikkeld vanuit een bepaalde aanleiding of probleemstelling: bijvoorbeeld kinderen eten te weinig fruit, jongeren doen onvoldoende aan fysieke activiteit, volwassenen vinden moeilijk ondersteuning bij psychische problemen ... Op basis van de probleemstelling wordt een voorstel tot ontwikkeling van een methodiek gedaan. Binnen Vlaanderen worden deze methodieken vaak ontwikkeld binnen een meer algemeen kader, namelijk de gezondheidsdoelstellingen. Zo vallen het eten van fruit en voldoende fysiek actief zijn binnen de gezondheidsdoelstelling van voeding en beweging. De meeste methodieken op Vlaams niveau worden binnen deze doelstellingen ontwikkeld.

Nadat een voorstel tot *ontwikkeling* van een methodiek is voorgelegd, bijvoorbeeld door een partnerorganisatie zoals VIGeZ, kan deze methodiek worden goed- of afgekeurd. Na goedkeuring kan de methodiek daadwerkelijk worden ontwikkeld. Hierin wordt de gehele methodiek uitgeschreven en worden de nodige materialen ontwikkeld. Tijdens en na de ontwikkeling kunnen verschillende onderdelen (bv. materialen) gepretest worden. Na de ontwikkeling, maar vóór de implementatie op ruimer niveau, is het noodzakelijk dat de methodiek wordt uitgetest in een pilootstudie.

Na eventuele aanpassingen van de methodiek op basis van deze testen, kan de methodiek *verspreid* worden op ruim niveau. Hierbij wordt de methodiek eerst doorgegeven van de ontwikkelaars naar de organisaties en personen die dit zullen

verspreiden. De verspreiders zijn vaak organisaties die reeds een opdracht hebben binnen het preventieve domein zoals bijvoorbeeld Logo's en Centra voor Leerlingbegeleiding (CLB). Deze verspreidende organisaties zorgen ervoor dat de methodiek aan alle organisaties wordt geleverd die mee instaan voor de uitvoering. Nadat de methodiek is verspreid, is de volgende stap de *uitvoering* van de uitgeschreven methodiek. Hierbij passen de eindgebruikers de ontwikkelde methodiek toe, waarbij deze gericht wordt naar de uiteindelijke doelgroep en alle opgestelde materialen worden gehanteerd en activiteiten uitgevoerd. Een laatste stap betreft het bereik van de *doelgroep* en het bereiken van effecten bij deze doelgroep.

De klemtoon van het evaluatie-planningsmodel ligt vooral op het meten van de verspreiding en uitvoering van de methodiek en de effecten. Voor het ontwikkelen van methodieken zijn immers specifieke planningsmodellen beschikbaar (cfr. Intervention Mapping, projectplanning e.a.). Voor de volledigheid van het model wordt echter ook het ontwikkelingsproces van methodieken kort toegelicht en als eerste stap in het evaluatie-planningsmodel opgenomen. Een methodiek moet immers aan de nodige kwaliteitseisen voldoen vooraleer het zinvol is om deze op Vlaams niveau te verspreiden en proces en effecten te meten.

2.3.2 Evaluatiefasen van een methodiek

In ideale omstandigheden doorlopen methodieken verschillende fasen, waarbij deze pas op grote schaal worden toegepast nadat effectiviteit op kleinere schaal bewezen is. Complexe gedragsveranderinginterventies dienen bij voorkeur stapsgewijs geëvalueerd te worden, met in iedere stap de nadruk op andere onderdelen van de evaluatiedoelen. Brug et al. (2008) ontwikkelden op basis van een model voor stapsgewijze evaluatie van Campbell en collega's vier evaluatiefasen:

Fase 1) Literatuur- en theorieverkenning om het echte onderzoek zo geïnformeerd mogelijk te beginnen

Een methodiek wordt best ontwikkeld volgens een gestructureerd model zoals Intervention Mapping. Daarnaast is het in deze fase belangrijk om effecten en processen van eerder uitgevoerde methodieken rond hetzelfde onderwerp systematisch in kaart te brengen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van reviews.

Fase 2) Gecontroleerd laboratoriumonderzoek naar de efficacy, blootstelling en waardering van interventies of interventieonderdelen

Dit betreft een wetenschappelijk experiment onder zo goed mogelijk gecontroleerde omstandigheden. Meestal wordt gebruik gemaakt van een gerandomiseerd en gecontroleerd experiment (RCT), waar hoge interne validiteit aanwezig is.

Fase 3) Veldonderzoek naar effectiviteit, bereik, uitvoering en adoptie van de interventie onder omstandigheden die de alledaagse realiteit zo goed mogelijk benaderen

Met behulp van resultaten van een laboratoriumexperiment kan op intern valide wijze vastgesteld worden of een bepaalde interventie of onderdeel ervan wel of geen

verschil maakte of effect had. Echter veel interventies, programma's of campagnes lenen zich niet om onderzocht te worden in een laboratorium. Daarom wordt vaak gekozen voor veldonderzoek. Hierbij wordt meestal gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel design, waarbij aanwezigheid van een controlegroep zeer belangrijk is. Indien hanteren van een controlegroep niet mogelijk is, is het van belang dat een onderzoeksdesign wordt gekozen met meerdere voor- en nametingen. Wanneer randomisatie niet mogelijk is, is een goed procesonderzoek van belang, waarbij nader kan worden nagegaan of de interventie verantwoordelijk is voor de gevonden effecten.

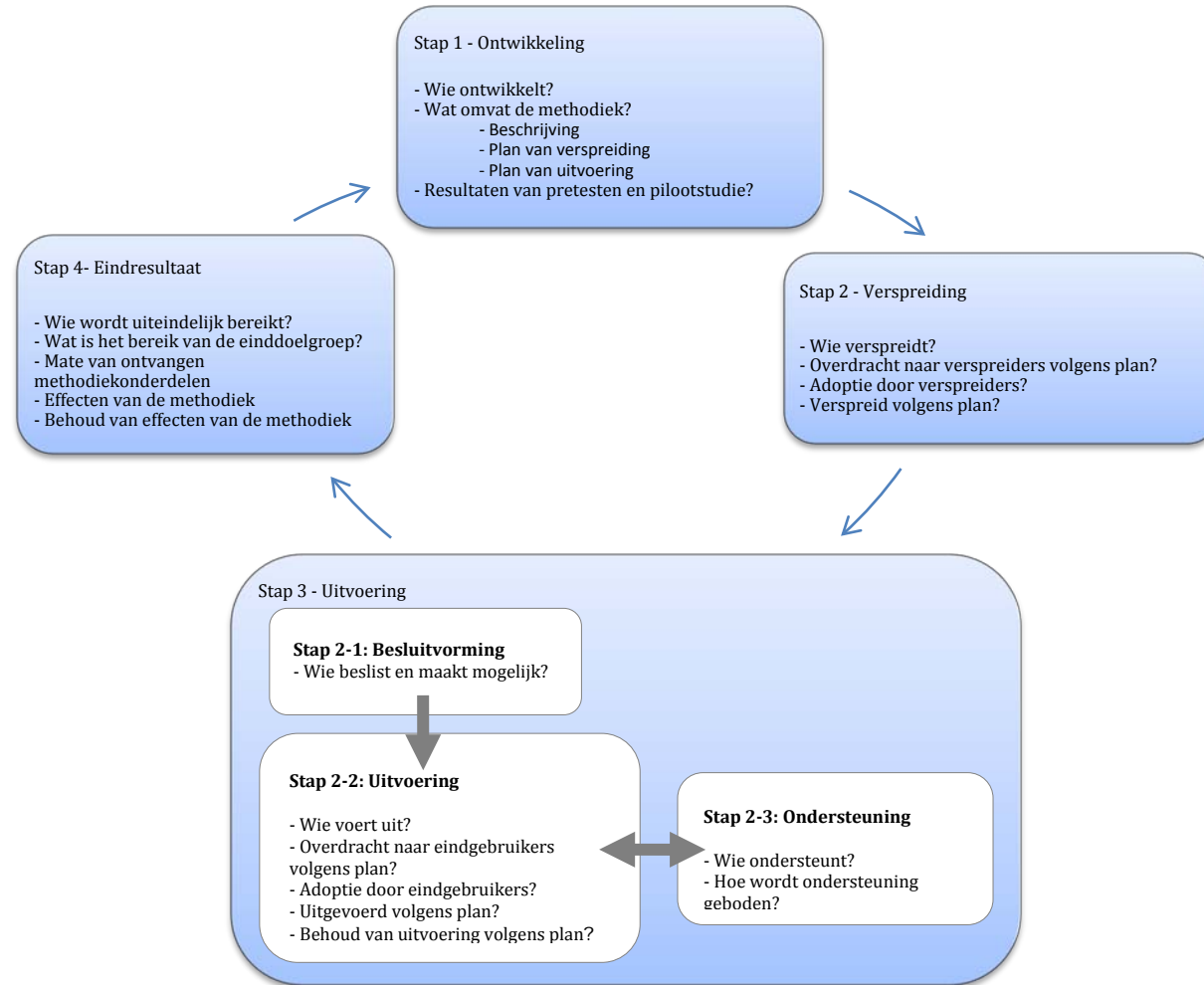
Fase 4) Implementatie-onderzoek naar de adoptie, uitvoering en continuering van de interventie

Indien een interventie planmatig is ontwikkeld, de werkzaamheid van de interventieonderdelen op intermediaire effectmaten onder goed gecontroleerde omstandigheden is aangetoond en de effectiviteit van de interventiemix is bevestigd in het veld, kan de interventie worden geïmplementeerd. Het betreft dus evaluatie van verspreiding op grote schaal. Implementatieonderzoek is gericht op evaluatie van bereik, adoptie, uitvoering en continuering.

Het evaluatie-planningsmodel situeert zich binnen deze laatste fase. Het is namelijk zo dat EFeKT pas kan gebruikt worden voor methodieken waarvan de eerste drie evaluatiefasen positieve resultaten weergaven. Pas indien de pilootstudie weergaf dat de methodiek haalbaar, aanvaardbaar, aantrekkelijk, effectief ... is, kan een verspreiding op ruim niveau uitgevoerd worden. Vanaf dit moment kan het evaluatie-planningsmodel gehanteerd worden.

3 Het model

Figuur 10 geeft de kern weer van het evaluatie-planningsmodel: de schematische voorstelling van EFeKT.



Figuur 10: Schematische voorstelling van EFeKT

4 Inhoud model

4.1 Stap 1: Ontwikkeling

De eerste stap betreft de ontwikkeling van een methodiek. Deze stap in het evaluatie-planningsmodel dient vooral voor het verkrijgen van een goed zicht op de methodiek, waarna kan worden gestart met de evaluatie. De stap omvat het proces gaande van ontwikkeling van de methodiek, tot bewezen effectiviteit, haalbaarheid en aanvaardbaarheid van de methodiek uit pretesten en pilootstudie(s).

Wie ontwikkelt?

De ontwikkeling van een methodiek kan volledig zelfstandig gebeuren door één organisatie of in samenwerking met andere organisaties. Ook kan het gebeuren dat gesteund wordt op reeds bestaande methodieken uit binnen- of buitenland, maar dan nog zijn aanpassingen naar het Vlaamse landschap noodzakelijk.

De ontwikkelaars binnen het preventieveld zijn vaak dezelfde organisaties, die expertise en ervaringen bezitten, en dus vertrouwd zijn met het opzetten van methodieken op basis van wetenschap en theorie. Binnen de Vlaamse preventiecontext zijn dit meestal de organisaties die benoemd worden als partnerorganisaties.

Belangrijk is dat vanaf de ontwikkeling een geheel van actoren worden meegenomen, zeker diegenen die betrokken zullen worden in de volgende schakels van de methodiek. Er mag namelijk niet uitgegaan worden van verzekerde participatie van de intermediairen en de einddoelgroep. Daarom is betrokkenheid vanaf het begin noodzakelijk.

Wat omvat de methodiek?

Een duidelijke omschrijving van wat de methodiek omvat is noodzakelijk voor de evaluatie van de methodiek. Drie onderdelen zijn hierbij van belang:

- De beschrijving van de methodiek. Dit gaat om soort preventie (primair/ secundair), aanleiding, doelen, inhoud, doelgroepen ...
- Plan van verspreiding: Wat werd uitgeschreven omtrent de verspreiding van de methodiek? Wie dient wat te doen?
- Plan van uitvoering: Wat werd uitgeschreven omtrent de uitvoering van de methodiek? Wie dient wat te doen?

Het is essentieel dat een duidelijk zicht verkregen wordt op de belangrijkste aspecten van de methodiek. Op die manier kan in latere fasen teruggekeken worden om te zien of het geheel verlopen is zoals het voorgesteld was en of er aanpassingen zijn

gebeurd. Bijvoorbeeld: verloopt de verspreiding zoals gepland? Implementeren de eindgebruikers de methodiek zoals gepland? Wordt de juiste doelgroep bereikt?

Resultaten van pretesten en pilootstudie?

Voor het verder op punt stellen van materialen en onderdelen van een methodiek en om de methodiek te testen in werkelijke omstandigheden dient gebruik gemaakt te worden van respectievelijk pretesten en piloottesten. "**Pretesting** is the process of trying out the specific messages of the program products with the intended participants before final production" (Bartholomew et al., 2006, p 428). Echter hierbij dient duidelijk vermeld dat het gaat om het pretesten van materialen en richtlijnen, wat niet mag verward worden met pretesten in het kader van effectmeting. Pretesten in het kader van effectmeting betreft het uitvoeren van een baselinemeting om achteraf een mogelijke evolutie in effecten te kunnen vaststellen. In dit kader gaat het echter niet om een dergelijke effectmeting, maar wel om het vooraf testen van de opgestelde materialen en richtlijnen bij de verspreiders, eindgebruikers en einddoelgroep. Dit soort van pretesten worden ook soms benoemd als productanalyse.

Verschillende soorten pretesten kunnen worden uitgevoerd. Ze kunnen worden opgesteld om de uitdrukkingen en visuele aspecten die de belangrijkste ideeën weergeven te testen. Zo kan bekeken worden of de illustraties die gebruikt worden aanslaan bij de doelgroep, bijvoorbeeld testen of de gebruikte uitdrukkingen en bijbehorende illustraties om jongeren aan te zetten om te stoppen met roken, hen effectief ook aanspreken en beïnvloeden. Ook kunnen pretesten worden opgezet om leesbaarheid te testen, of om vast te stellen of de boodschappen binnen de methodiek begrijpbaar, aantrekkelijk en cultureel relevant zijn (Bartholomew et al., 2006). Bijvoorbeeld nagaan of de slogan voor het laten uitvoeren van een borstkankerscreening begrijpbaar en aanvaardbaar is voor allochtone vrouwen.

"**Pilot testing** is trying out the program as it will be implemented with both the implementers and the intended participants prior to the actual implementation." (Bartholomew et al., 2006, p 428).

Piloottesten bij de doelgroep is van uiterst belang. Het is noodzakelijk dat men naar de gemeenschap gaat voor wie de methodiek bedoeld is, men gaat praten met deze personen, en hun reacties verzamelen op allerlei aspecten van de materialen, zoals grafisch, afbeeldingen, boodschappen, manier van verspreiding van het project ... (Scheerder, Van den Broucke & Saan, 2003). Ook moeten aspecten zoals aandacht, begrijpbaarheid, sterke en zwakke punten en persoonlijk belang worden geëvalueerd. Het verschil met pretesting is dat bij piloottesten zoveel mogelijk van de finale methodiek wordt gehanteerd. Het gaat niet om het testen van individuele materialen of processen, maar wel om de gehele methodiek, zoals deze in werkelijkheid ook zou toegepast worden.

Deze testen kunnen een belangrijk inzicht bieden of het ontwikkelde product resulteerde in interessante, aantrekkelijke en begrijpbare boodschappen en of de methodiek praktisch kan worden geïmplementeerd (Bartholomew et al., 2006). Het is namelijk niet altijd mogelijk om evidentie te vinden voor effectieve methoden, zeker niet wanneer dit nieuwe projecten betreffen. Daarom is het belangrijk om de

materialen en activiteiten eerst uit te testen bij zowel de actoren als de einddoelgroepen, vooraleer deze op grote schaal worden toegepast. Het pre- en piloottesten kan behoorlijk wat tijd in beslag nemen. Echter wanneer men dit niet doet, kan dit zorgen voor heel wat tijdverspilling tijdens de uitvoering, waarin tot uiting kan komen dat bepaalde componenten van de methodiek toch niet zo haalbaar, aanvaardbaar of effectief waren zoals eerder werd verwacht.

Het pre- en piloottesten van een methodiek kan bij de doelgroep gegevens verwerven over onder meer volgende aspecten:

- Begrijpbaarheid: Wordt de boodschap verstaan door het doelpubliek? Zijn er verwarrende elementen?
- Persoonlijke betekenis: Identificeert het publiek zich met de materialen, de boodschappen? Is het gericht aan de doelgroep persoonlijk?
- Verwarrende, gevoelige of controversiële elementen: Voelt de doelgroep zich bij alle aspecten en elementen op zijn gemak? (National Cancer Institute, 2002).
- Aanvaardbaarheid: zijn er beledigende of irriterende aspecten? Ligt het in conflict met culturele normen?
- Aantrekkelijkheid: creëert het interesse? Trekt het aandacht? Wat vindt men meest leuk en wat minst?
- Haalbaarheid voor verspreiders en eindgebruikers: Is de methodiek praktisch uitvoerbaar, is het haalbaar met de middelen die beschikbaar zijn en binnen de vastgestelde tijdsspanne?

Daarnaast is het binnen de pilootstudie ook van belang om effectiviteit te meten. Werden de gewenste doelstellingen bereikt? Waren de opgestelde doelstellingen realistisch? Identificeren van sterke en zwakke punten: Welke delen van de methodiek werken goed (bv. trekken aandachten, motiveren tot nemen van actie ...). Welke delen werken minder goed?

Na het verzamelen van data is het belangrijk om deze op een juiste manier te hanteren, zodat hieruit kan geleerd worden voor de implementatie van de methodiek op ruimer, namelijk Vlaams, niveau. Hierbij kan gekeken worden naar meningen en reacties van zowel doelgroep, maar ook van eindgebruikers en verspreiders.

Hierbij dient opgemerkt dat een pilootstudie pas waarde heeft, wanneer men verhoudingsgewijs over dezelfde middelen beschikt voor Vlaanderen. Indien de beschikbare middelen voor toepassing op Vlaams niveau in verhouding beperkter zijn dan voor de pilootstudie, zullen de proces- en effectresultaten uit de pilootstudie geen realistische weergave bieden van de toepassing in Vlaanderen.

4.2 Stap 2: Verspreiding

Nadat de methodiek ontwikkeld is en uit de pilootstudie de haalbaarheid, aanvaardbaarheid en effectiviteit bleek, wordt de methodiek in praktijk gebracht en dus verspreid naar actoren op het werkveld. Dit gebeurt door de methodiek door te geven naar organisaties die instaan voor de verspreiding naar de uitvoerende organisaties. Vanaf deze stap van EFeKT begint evaluatie van de methodiek.

Wie verspreidt?

Verspreiders zijn de actoren die ervoor zorgen dat de eindgebruikers worden gecontacteerd en dat de methodiek zo aan hen wordt doorgegeven dat deze op een correcte wijze kan worden uitgevoerd.

Deze verspreiders kunnen één of meer organisaties en/of personen zijn. Vaak zijn dit de Logo's, maar dit kan ook andere organisaties betreffen, zoals Stichting Vlaamse Schoolsport, CCG's, CLB's ... Dit betreffen vaak de binnen het preventiedecreet genoemde terreinorganisaties.

Overdracht naar verspreiders volgens plan?

Bij evaluatie van verspreiding is het belangrijk te weten hoe deze verspreidende organisaties zijn bereikt door de ontwikkelaars, dus hoe de methodiek is overgebracht van de ontwikkelaars naar de verspreiders. Zijn ze bijvoorbeeld aangeschreven per brief, telefonisch? Werd persoonlijk contact geregeld, overleg gepland? Naast informatie rond hoe de verspreiders werden bereikt en of dit was zoals voorgeschreven, dient ook zicht verkregen te worden of alle nodige elementen zijn ontvangen, of het geheel duidelijk was voor de verspreiders, of ze met de verkregen informatie aan de slag konden ...

Ontwikkelaars en verspreiders kunnen dezelfde organisaties zijn. In dit geval hoeft deze vraag niet beantwoord te worden. Echter dient er wel over gewaakt, dat het soms dezelfde organisaties kunnen betreffen, maar dat slechts enkele van de vestigingen binnen Vlaanderen instaan voor de ontwikkeling, zodat deze methodiek wel nog dient doorgegeven te worden aan andere vestigingen van dezelfde algemene organisaties. Zo bijvoorbeeld kan het gebeuren dat een bepaald Logo mee instaat voor de ontwikkeling, maar dat de methodiek wel nog dient doorgegeven te worden naar de andere Logo's.

Adoptie door verspreiders

Interessant is namelijk te weten hoeveel van het gewenste aantal verspreiders bereikt werd en hoeveel hiervan de methodiek ook daadwerkelijk verspreiden. Dit wordt benoemd als de proportie van de verspreidende organisaties. Niet alle organisaties die door de ontwikkelaars aangeschreven worden met de vraag om de methodiek te verspreiden, zullen dit ook werkelijk doen, tenzij ze verplicht worden. Zo kan bijvoorbeeld aan 25 organisaties worden gevraagd om de methodiek te verspreiden, waarvan er uiteindelijk 15 kiezen om dit te doen, wat dus een proportie betreft van 60%. Een sterke discrepantie tussen bereik en het aantal dat instemt om te verspreiden kan wijzen op verschillende problemen, waaronder slechte communicatie

van ontwikkelaar naar verspreider, weinig motivatie vanuit verspreider ... Grote problemen zouden hier niet mogen optreden, aangezien dit normaliter al uitgebreid getest is in een pilootstudie.

Verder dient hierbij ook te worden bekeken of de juiste verspreidende organisaties zijn bereikt en of ze representatief zijn.

Verspreid volgens plan?

Hierbij wordt bekeken of de verspreiding is uitgevoerd zoals is uitgeschreven bij de ontwikkeling van de methodiek. Er kan worden nagegaan of alle richtlijnen zijn gevolgd, of er aspecten zijn gewijzigd, onderdelen zijn verwijderd, extra elementen zijn toegevoegd ...

Verder kan ook gevraagd worden naar de subjectieve mening van de verspreiders omtrent de methodiek. Wat men vond van de uiteindelijke doelstelling, wat men vond van de richtlijnen, hoe men de materialen beoordeelt ... Hierbij is het tevens van uitermate belang te bevragen of en welke barrières ze ondervonden bij het verspreiden van de methodiek.

4.3 Stap 3: Uitvoering

4.3.1 Stap 3-1: Besluitvorming

Wie beslist en maakt mogelijk?

Vooraleer een methodiek bij de eindgebruiker komt, is het vaak nodig dat bepaalde bestuurlijke organisaties of personen hun goedkeuring geven tot het uitvoeren van de methodiek. Zo kan het gebeuren dat eerst het gemeentebestuur zijn toestemming dient te geven vooraleer een methodiek in de gemeente kan worden uitgevoerd. Ook is het vaak zo dat de bestuurlijke personen binnen de uit te voeren organisatie zelf toestemming moeten geven: bijvoorbeeld directeurs dienen fiat te geven voor het uitvoeren van een methodiek in hun school of bedrijf. Deze toestemming houdt tevens in dat men zich engageert voor de toepassing van de methodiek. Zo dienen zij de nodige middelen ter beschikking te stellen (bv. geld, personeel ...), het leiderschap op te nemen, hun werknemers (bv. leerkrachten) te motiveren ...

Vaak worden deze beslissingsnemers geconfronteerd met een ruim aanbod aan methodieken en vragen om deze methodieken toe te passen. Daarom is het binnen dit onderdeel tevens van belang na te gaan of men keuze had uit verschillende methodieken en om welke redenen men een bepaalde selectie maakte. Later kan dan nagegaan worden of dit de juiste motivatieredenen waren om een methodiek al of niet toe te passen.

4.3.2 Stap 3-2: Uitvoering

Nadat de methodiek op een goede manier is verspreid en de nodige toestemming is gegeven door beleidsbeslissers, wordt overgegaan tot de uitvoering van de methodiek. Uitvoering omvat het implementeren van de methodiek zoals voorgeschreven in het plan van uitvoering, waarbij men de uiteindelijke doelgroep tracht te bereiken.

Wie voert uit?

Belangrijk is om eerst zicht te krijgen op wie de eindgebruiker van de methodiek is, of met andere woorden de methodiek uitvoert. Dit dient vergeleken te worden met wat vooropgesteld werd in de beschrijving, zodat kan nagegaan worden of de juiste organisaties de methodiek uitvoeren. Uitvoerende organisaties zijn bijvoorbeeld vaak scholen, bedrijven, huisartsen ... Per methodiek kan dit één of meer soorten organisaties betreffen.

Overdracht naar eindgebruikers volgens plan?

Ook dient in deze stap nader bekeken te worden hoe deze uitvoerende organisaties zijn bereikt, op welke manier ze worden uitgenodigd om de methodiek uit te voeren, hoe ze informatie omtrent de methodiek verwerven ... Hierbij kan worden nagegaan of dit de juiste manier was om eindgebruikers inzicht te geven in de methodiek, hun taken enzovoort.

Wel dient hier opgemerkt te worden dat deze stap overlapt met de vraag 'verspreid volgens plan?' binnen de verspreidingsfase, want indien de methodiek verspreid is volgens plan, zal dit ook een antwoord geven op de vraag hoe de eindgebruikers zijn bereikt. Echter dient dit bekeken te worden vanuit het standpunt van enerzijds de verspreiders en anderzijds de eindgebruikers. De vraag 'verspreid volgens plan?' dient gesteld te worden aan verspreiders, terwijl 'overdracht naar eindgebruikers volgens plan?' eerder een vraag is die door de eindgebruikers dient beantwoord te worden. Op die manier wordt bekeken en getoetst hoe beide partijen hier tegenover staan.

Adoptie door eindgebruikers?

Hier gaat het om het absolute aantal, de proportie en representativiteit van organisaties die een methodiek uitvoeren. Het bekijken van de adoptie is een belangrijk aspect, aangezien heel wat verschillende organisaties/instellingen (bv. bedrijven, medische diensten, scholen, gemeenschappen ...) en actoren (bv. leerkrachten, artsen, gezondheidswerkers ...) actief kunnen zijn binnen een bepaalde methodiek, die sterk kunnen verschillen naarmate van expertise en betrokkenheid bij de methodiek.

Zoals binnen de adoptie van de verspreiding dient ook hier de proportie bekeken worden, maar dan van het aantal uitvoerende organisaties. Van het bereikte aantal organisaties zullen vaak niet alle organisaties de methodiek uiteindelijk ook hanteren en uitvoeren. Een sterk verschil tussen het aantal bereikte organisaties en het aantal dat ook werkelijk uitvoert, kan mogelijks wijzen op problemen zoals moeilijk uit te voeren activiteiten, te weinig bronnen, te weinig ondersteuning en/of richtlijnen bij uitvoering, te weinig motivatie bij eindgebruikers ...

Belangrijk hierbij is dat ook representativiteit wordt nagegaan. Indien verschillen bestaan tussen deelnemende instellingen en actoren en degene die niet deelnemen, kan dit tot verschil in uitvoering leiden. Daarom dienen vergelijkingen gemaakt te worden tussen participerende en niet-participerende organisaties en actoren aangaande verschillende basisaspecten, waaronder middelen waarover ze beschikken, soort van instelling of organisatie, aantal jaren ervaring, context (bv. stad of rand) ...

Uitgevoerd volgens plan?

Naast adoptie is het tevens belangrijk om na te gaan of de methodiek is uitgevoerd volgens plan. Met andere woorden of de methodiek wordt uitgevoerd zoals werd voorgeschreven. De beslissing van instellingen om de methodiek uit te voeren biedt nog geen garantie dat dit gedaan wordt zoals werd voorgeschreven.

Het is moeilijk om concrete richtlijnen weer te geven om te evalueren of de uitvoering gebeurde volgens plan, aangezien dit plan sterk verschilt naargelang de methodiek. Wel kan meegegeven worden dat per methodiek dient bekeken te worden of dit werd uitgevoerd zoals voorgeschreven. Bijvoorbeeld: werd de folder op een juiste manier gehanteerd, brengen de leerkrachten de informatiesessie naar de leerlingen zoals werd uitgeschreven, werd het fruitaanbod op school inderdaad verbeterd (voorbeeld groter keuzeaanbod).

Hierbij dient per methodiek bekeken te worden of eindgebruikers elementen weglaten, toevoegen, materialen veranderen ...

Daarnaast is het interessant om ook te vragen naar de subjectieve mening van de eindgebruikers omtrent allerlei aspecten zoals procedures en materialen. Zo kan bijvoorbeeld gevraagd worden wat men vond van het te volgen handboek, hoe men de te hanteren materialen beoordeelt ...

Wat zeker dient bevraagd te worden is of en welke barrières men ondervond bij het uitvoeren van de methodiek.

Behoud van uitvoering volgens plan?

Wanneer gekeken wordt op langere termijn, dient ook nagegaan te worden in welke mate dat een methodiek uitgevoerd blijft. Dit gaat om de mate waarin een methodiek geïnstitutionaliseerd wordt of deel van de routinepraktijken wordt. Zo bijvoorbeeld kan bekeken worden of het ruime fruitaanbod op school aanwezig blijft ook op langere termijn, of de uitgeschreven lesjes naar de leerlingen blijvend worden gegeven ...

De termijn waarna dit behoud dient geëvalueerd te worden, is sterk afhankelijk van de methodiek en kan niet concreet vastgelegd worden.

4.3.3 Stap 3-3: Ondersteuning

De ondersteuners bieden hulp aan de organisaties die instaan voor de uitvoering van de methodiek. Deze ondersteuners zijn vaak de organisaties die de methodiek ontwikkelden of instonden voor de verspreiding ervan, maar dit kunnen ook andere organisaties/personen betreffen, bijvoorbeeld organisaties met specifieke expertise

aangaande het onderwerp. De eindgebruikers kunnen bij de ondersteuners terecht wanneer ze problemen hebben bij het uitvoeren, klachten of vragen hebben.

Wie ondersteunt?

Belangrijk is zicht te verwerven op de organisaties en personen die ondersteuning bieden. Hierbij dient bekeken te worden of dit de juiste organisaties/personen zijn, of ze voldoende expertise bezitten, ervaring hebben ...

Hoe wordt ondersteuning geboden?

Daarnaast is het interessant te weten hoe deze ondersteuning geboden wordt. Dit kan bijvoorbeeld op vraag van de eindgebruikers zijn, via een vast overleg ... Ook dient bekeken te worden of dit volgens de eindgebruikers voldoende was om hun taak van uitvoering goed te kunnen uitvoeren.

4.4 Stap 4: Eindresultaat

Het doel van de uitvoering is dat de doelgroep van de methodiek wordt bereikt en hierbij de gewenste effecten worden teweeggebracht. Deze doelgroep zijn vaak de mensen bij wie een positief effect op de gezondheid wil bereikt worden. Echter dit kan ook een intermediaire doelgroep betreffen waarbij een bepaald gedrag wil beïnvloed worden, om zo onrechtstreeks een positief effect op de gezondheid van de uiteindelijke einddoelgroep te bereiken.

Wie wordt uiteindelijk bereikt?

Binnen deze stap is het vooreerst van belang om te weten welke personen bereikt zijn met de methodiek. Hierbij dient te worden bekeken of dit de personen zijn zoals werd voorzien bij de ontwikkeling.

Deze einddoelgroep zijn meestal de burgers, patiënten ... voor wie de gehele methodiek bedoeld is, met andere woorden bij wie uiteindelijk gezondheidswinst wil bereikt worden. Zo vormen kinderen uit scholen waar een methodiek van verhoging van fruitconsumptie gevoerd wordt de einddoelgroep. Echter in sommige gevallen is de einddoelgroep van de methodiek niet de personen bij wie gezondheidswinst wil bereikt worden, maar wel een intermediaire doelgroep. Alvorens de uiteindelijke doelgroep kan worden bereikt is het in dat geval nodig om eerst bij de intermediaire doelgroep bepaalde doelstellingen te bereiken. Zo bijvoorbeeld vormen huisartsen de doelgroep bij de methodiek omtrent deskundigheidsbevordering van huisartsen aangaande suïcidepreventie. Zij vormen de einddoelgroep binnen deze methodiek, maar de intermediaire doelgroep voor het verbeteren van de mentale gezondheid bij patiënten.

Wat is het bereik van de einddoelgroep?

Ook is het noodzakelijk te weten wat het bereik is van de einddoelgroep. Dit gaat om het absolute aantal dat bereikt werd, de proportie van het aantal dat deelneemt van het aantal dat bereikt werd en representativiteit van individuen die participeren aan

een bepaald initiatief.

Ten eerste is het interessant zicht te hebben op het absolute aantal personen dat bereikt werd. Dit absolute bereik van einddoelgroep kan bekeken worden voor de methodiek in haar geheel of ingedeeld worden naar de verschillende acties binnen de methodiek. Zo kan bekeken worden wat het bereik is van een folder, van aanbeveling tot gebruik van een pedometer, van oproepen tot het volgen van educatieve lessen ...

Naast het absolute bereik kan het ook interessant zijn om na te gaan hoeveel van de bereikte personen ook toestemmen om deel te nemen aan de methodiek. Bijvoorbeeld hoeveel individuen die de informatie kregen omtrent het gebruik van een pedometer, ook werkelijk een pedometer gebruiken.

Echter hierbij dient het onderscheid gemaakt te worden tussen acties waarbij men zelf initiatief dient te nemen of acties die de individuen bereiken zonder dat ze er veel moeite voor moeten doen. Zo zal het aantal personen dat een informatiefolder gebruikt hoger liggen dan het aantal personen dat een pedometer gebruikt. Ook kan een onderscheid gemaakt worden tussen individuen die zelf kiezen of ze al of niet participeren en individuen die verplicht participeren omdat dit de keuze van de instelling was. In de meeste gevallen kiest men zelf of men al of niet deelneemt, in sommige gevallen wordt men verplicht. Dit is het geval in scholen, waarbij leerlingen verplicht dienen deel te nemen indien het schoolbeleid kiest voor een bepaald initiatief, bijvoorbeeld verbod van frisdranken, of minimum een dag per week fruit eten.

Daarnaast is het belangrijk om de representativiteit van de steekproef na te gaan. Representativiteit kan gedefinieerd worden als punten van overeenkomst of verschillen tussen degenen die participeren en degenen die in aanmerking komen maar niet participeren. Zijn het bijvoorbeeld vooral vrouwen die deelnemen, zijn het vooral individuen uit een stedelijke omgeving of eerder plattelandsomgeving? Is er een overwegend aandeel jongeren of zijn het eerder oudere personen? Indien verschillen aanwezig zijn tussen beide groepen, kan dit zorgen voor bias aangaande de impact van de methodiek. Vergelijkingen dienen vooral gemaakt te worden omtrent demografische variabelen en wanneer mogelijk omtrent primaire uitkomsten (RE-AIM, 2009).

Mate van ontvangen methodiekonderdelen

Onderscheid dient gemaakt te worden tussen 'intervention delivery' (mate dat methodiek werd uitgevoerd zoals bedoeld) en 'intervention receipt' (mate waarin doelpubliek werkelijk de interventie ontving) (Burgio et al., 2001; Dziewaltowski, Estabrooks, Klesges, Bull & Glasgow, 2004).

Interessant is dat beide aspecten gemeten worden. Het is niet omdat het goed is uitgevoerd dat daarom alle participanten dit goed ontvangen en begrijpen. Daarom kan de einddoelgroep bevraagd worden naar de mate waarin men de verschillende methodiekonderdelen ontving.

Verder dient hier ook bekeken te worden wat de subjectieve mening van de einddoelgroep is omtrent de methodiek. Zo kan de tevredenheid omtrent de methodiek, de aanvaardbaarheid, begrijpbaarheid ... bevraagd worden.

Effecten van de methodiek

Een belangrijk aspect binnen deze laatste fase is nagaan welke effecten bereikt zijn bij de einddoelgroep. Hierbij wordt bekeken in welke mate de korte termijn doelstellingen en eventueel de einddoelstellingen binnen deze doelgroep bereikt zijn. Zo kunnen verschillende uitkomsten bekeken worden, zoals determinanten van gedrag (waaronder attitudes, kennis, intentie), stellen van gedrag ...

Belangrijk is dat niet alleen positieve uitkomsten worden gerapporteerd, maar dat ook ongewenste of negatieve effecten bekeken worden (RE-AIM,2009). Zo kan het gebeuren dat men het aanbevolen gedrag te extreem gaat toepassen, bijvoorbeeld enorm veel beginnen sporten, of bijvoorbeeld teveel olijfolie beginnen gebruiken omdat men denkt dat dit goed is, vrouwen die toch blijven roken, ondanks de waarschuwing dat het gewicht van de baby daardoor lager kan liggen, omdat ze dan denken dat de bevalling beter zal gaan ...

Nadeel bij onderzoek naar effecten is dat slechts in beperkte gevallen gebruik kan gemaakt worden van controlegroepen. Indien de methodiek immers is verspreid over geheel Vlaanderen, is selectie van een controlegroep, en dit op random manier niet mogelijk. Gebruik van een gerandomiseerd en gecontroleerd experiment zal dus vaak niet mogelijk zijn, meerdere metingen voor en na de invoering van de methodiek kunnen dan een uitkomst bieden.

Behoud van effecten van de methodiek

Ook kan nagegaan worden of de effecten bij de einddoelgroep behouden blijven, ook op langere termijn. Behoud op individueel niveau omvat lange termijn effecten van een methodiek op de uitkomsten, gemeten op de manier zoals tijdens of direct na de methodiek. De termijn waarna gemeten wordt is sterk afhankelijk van de te meten effecten.

Zo kan na zes maanden gemeten worden of de verhoogde fysieke activiteit behouden blijft, of kan na een jaar bekeken worden welke personen die gestopt waren met roken, nog steeds niet roken ...

5 KENMERKEN VAN EFeKT

5.1 Type evaluatie: proces en effectevaluatie

Zoals reeds beschreven in de literatuurstudie, kunnen verschillende onderdelen van een methodiek geëvalueerd worden door proces- en effectevaluatie. Dit komt ook duidelijk terug in dit model, waarbij het kan opgedeeld worden in drie grote onderdelen.

Procesevaluatie begint vanaf het moment dat de methodiek wordt overgedragen van de ontwikkelaars naar de verspreiders en eindigt bij de mate van ontvangen methodiekonderdelen door de einddoelgroep. Het is vanaf het beginpunt van procesevaluatie dat EFeKT kan gehanteerd worden.

Effectevaluatie omvat het meten van de effecten en behoud van deze effecten bij de einddoelgroep.

5.2 Goed ontwikkelde methodieken vormen de basis

Zoals weergegeven gaat het om methodieken die reeds volledig uitgewerkt zijn en klaar zijn voor verspreiding. Het gaat dus om methodieken die aan kwaliteitseisen voldoen (zie kenmerken van effectieve programma's). Normaliter dienen bij toepassing in de praktijk enkel kleine aanpassingen te gebeuren, aangezien mogelijke problemen al vastgesteld zijn bij een grondige pilootstudie. De eerste drie weergegeven evaluatiefasen, dus tot en met veldonderzoek (zie evaluatiefasen van een methodiek) dienen al uitgebreid uitgevoerd te zijn. Zo bijvoorbeeld kan een video omtrent stoppen met roken ontwikkeld worden, waarbij de strategie goed is, maar een verkeerd liedje wordt gebruikt. Dit is iets wat gedurende de evaluatie door middel van het evaluatie-planningsmodel in principe niet meer naar voor zou mogen komen, aangezien dit een probleem is dat moet gedetecteerd zijn tijdens de pretesten en pilootstudie. Het gaat dus om het meten van een methodiek die klaar is om op ruim niveau verspreid en uitgevoerd te worden, met andere woorden: EFeKT tracht het proces en effect van de implementatie van een goede methodiek na te gaan.

Het evaluatie-planningsmodel is een cyclisch model waarbij alle stappen achtereenvolgens doorlopen worden en het resultaat ervan vertaald wordt in bijsturing, herwerking, stopzetting of afvoering van de methodiek.

5.3 Gericht op diverse actoren

In elke stap spelen verschillende actoren een rol. In zowel het formuleren van de doelstellingen van elke stap, de effectmaten als de uitvoering ervan kunnen verschillende actoren en betrokkenen inspraak hebben. Essentieel is wel dat beslissingen omtrent effectmaten en methoden genomen worden door actoren met een grondige kennis van evaluatiemethoden, de mogelijkheden en de beperkingen ervan.

Bepaalde activiteiten worden soms door dezelfde organisaties of personen uitgevoerd. Zo bijvoorbeeld kan het gebeuren dat ontwikkelaars en verspreiders dezelfde organisaties zijn. Ook kan het gebeuren dat slechts één bepaalde organisatie instaat voor zowel ontwikkeling, verspreiding als uitvoering. Dit gebeurt echter slechts in uitzonderlijke gevallen, maar is wel mogelijk.

Vaak zijn ondersteuners organisaties die reeds in het verloop van de methodiek werden betrokken. Zo zijn het vaak de organisaties die instonden voor ontwikkeling of verspreiding die ook ondersteuning bieden bij de uitvoering van de methodiek, dit is echter niet altijd het geval.

Voorzichtigheid is dus geboden, indien bepaalde fasen door dezelfde organisaties plaatsvinden, kan het lijken alsof bepaalde stappen zijn overgeslagen. Dit is bijna

onmogelijk, want bij elke methodiek zal een vorm van ontwikkeling, verspreiding en uitvoering dienen plaats te vinden.

Het evaluatie-planningsmodel is gericht op de belangrijkste actoren van een methodiek. Vaak echter zijn nog heel wat andere organisaties en actoren op één of andere rechtstreekse of onrechtstreekse manier betrokken bij de methodiek. Bijvoorbeeld mensen die instaan voor administratie, budgetbeheer ... Deze zijn niet opgenomen, dit om de evaluatie haalbaar en overzichtelijke te houden. Indien gewenst kan wel gekozen worden om belangrijke bijkomende actoren specifiek te bevragen.

5.4 Niet gericht op methodieken buiten gezondheidsdoelstellingen

Het hoofddoel van EFeKT is nagaan of de geplande en met overheidsmiddelen gefinancierde methodieken daadwerkelijk werden uitgevoerd en welke effecten dit teweegbracht op gezondheidsgedrag en determinanten hiervan. Het model kan uiteraard ook gebruikt worden voor methodieken die buiten de gezondheidsdoelstellingen zijn ontwikkeld en eventueel minder breed zijn geïmplementeerd. Bijvoorbeeld indien een bepaald Logo zelf een methodiek opstelt kan dit indien gewenst ook geëvalueerd worden door middel van het planningsmodel. Dit is echter niet de eerste doelstelling van het model.

Het is wel aangewezen zoveel mogelijk informatie te verzamelen over alle methodieken die door gesubsidieerde organisaties worden geïmplementeerd in het kader van het bereiken van een bepaalde gezondheidsdoelstelling. Naast de initiatieven die officieel gesubsidieerd worden, kan ook bekeken worden welke methodieken de officieel gesubsidieerde instellingen daarbuiten nog uitvoeren die eventueel kunnen bijdragen tot het bereiken van een bepaalde gezondheidsdoelstelling.

5.5 Niet gericht op berekening van kosten-resultaat of kosten-effectiviteit

De evaluatie van een methodiek zou ook een kosten-resultaat, of nog beter een kosten-effectiviteitsanalyse kunnen inhouden. De klemtoon van EFeKT ligt op het meten van het effect en het proces tot het bereiken van dit effect. Echter wordt hier niet verder ingegaan op meten van kosten-resultaat of kosten-effectiviteit. In de verschillende stappen wordt enkel gevraagd naar het budget dat voorhanden is en uitgegeven wordt. Aanvullend op de evaluatie door middel van EFeKT kan door gezondheidseconomen een kosten-effectiviteitsstudie uitgevoerd worden. In dit kader verwijzen we graag naar het boek van economische evaluatie van welzijns- en gezondheidsprojecten (Ackaert, Annemans, De Smedt, Grietens, & Simoens, 2010).

5.6 Relatie met RE-AIM

EFeKT reikt geen nieuw ontwikkelde methoden aan voor de evaluatie van gezondheidsdoelstellingen, maar wel een structuur, een plan dat aangeeft hoe en met welke middelen de evaluatie van preventie-initiatieven kan plaatsvinden. Zo wordt gebruik gemaakt van het bestaande RE-AIM model om de verschillende aspecten te evalueren. Alle onderdelen van het RE-AIM model zitten vervat in het model:

Reach bevindt zich in stap 4, waarbij bereik van de uiteindelijke doelgroep wordt bekeken.

Effectiveness bevindt zich in stap 4, waarbij effecten op niveau van de einddoelgroep wordt bekeken.

Adoption betreft het aantal organisaties dat de methodiek uitvoerde (stap 3-2), maar in EFeKT zit dit tevens vervat in stap 2, het aantal dat de methodiek verspreidde.

Implementation zit vervat in stap 3-2, waarbij wordt bekeken in welke mate dat de methodiek werd uitgevoerd volgens plan.

Maintenance zit op setting niveau binnen stap 3-2, waarbij wordt bekeken in welke mate de uitvoering behouden blijft, ook op langere termijn. Op individueel niveau bevindt dit zich in stap 4, waarbij wordt bekeken in welke mate de effecten behouden blijven.

5.7 Tijds kader

Dit evaluatie-planningsmodel kan gehanteerd worden vanaf het moment dat de pilootstudie van een methodiek is uitgevoerd en geanalyseerd. De verschillende stappen vormen één geheel maar kunnen ook als aparte onderdelen gezien en uitgevoerd worden: telkens een nieuwe fase van de methodiek doorlopen is, kan deze apart geëvalueerd worden. Zo kan met tussenperiodes de verspreidingsfase, de uitvoeringsfase en het uiteindelijke bereik en effect gemeten worden. Hierbij is het belangrijk dat voldoende tijd gelaten wordt om de verschillende fasen te laten plaatsvinden, vooraleer deze geëvalueerd worden.

Er moet een redelijke periode zijn tussen begin van verspreiding en meten van de verspreiding, tussen begin van uitvoering en meten van uitvoering en tussen uitvoering en meten van effect. Indien onvoldoende tijd gelaten wordt, kan het gebeuren dat te vroeg wordt gemeten, op een tijdstip dat de verspreiding nog niet voldoende in werking is getreden, of dat uitvoering nog niet helemaal op punt stond, de einddoelgroep nog niet volledig bereikt is ...

Algemene richtlijnen aangaande tijdsperiodes kunnen hierbij niet gegeven worden, aangezien dit sterk afhankelijk zal zijn van de methodiek. Soms zullen tussentijdse periodes van een half jaar goed zijn, terwijl dit voor andere methodieken te lang is. Aanwezige literatuur en de resultaten van de pilootstudie kunnen aangeven wat een redelijke termijn is voor een specifieke situatie.

Vooraleer EFeKT wordt toegepast, dient de methodiek in een tijds kader geplaatst te worden. Het is logisch dat het effect van een methodiek meetbaar moet zijn ten

laatste op het tijdstip dat in de gezondheidsdoelstelling voorzien is, vaak wordt gewerkt met periodes van vijf jaar.

5.8 Herhaling van evaluatie

Een belangrijke vraag die kan gesteld worden is hoe vaak de methodiek door middel van het evaluatie-planningsmodel dient geëvalueerd te worden.

Bedoeling is dat de proces- en effectevaluatie van de methodiek eenmaal plaatsvindt door middel van het model. Het betreft dus geen iteratief proces waarbij telkens de methodiek of de acties bijgestuurd worden na elke stap van het evaluatie-planningsmodel, aangezien tijdens de pilootfase belangrijke problemen en aanpassingen reeds dienen uitgevoerd te zijn.

Indien na de eerste intensieve evaluatie beslist wordt de implementatie van de methodiek verder te zetten kan eventueel steekproefsgewijs verder geëvalueerd worden of kunnen enkel bepaalde indicatoren opgevolgd worden. De intensieve evaluatie kan indicaties geven over de aspecten die blijvend moeten opgevolgd worden.

Echter in snel ontwikkelende maatschappijen hebben methodieken meestal een beperkte levensduur en moeten na verloop van tijd aangepast of stopgezet worden. Na een grondige wijziging van de methodiek is het wel aangewezen om het model opnieuw te doorlopen en de vernieuwde methodiek volledig te evalueren.

5.9 Meten van effecten van interacties tussen de methodieken

Hoewel de klemtoon van het EFeKT ligt op de evaluatie van de verschillende methodieken ontwikkeld in het kader van gezondheidsdoelstellingen, mag niet uit het oog verloren worden dat de verschillende methodieken niet los staan van elkaar. Bij het meten van het effect moet ook rekening gehouden worden met mogelijk interacties tussen verschillende methodieken of delen van methodieken (zie figuur 11). Interacties tussen methodieken uit eenzelfde strategie kunnen bekeken worden, maar ook ruimer, kunnen interacties tussen methodieken uit eenzelfde doelstelling nagegaan worden. Effecten van verschillende methodieken kunnen elkaar tegenwerken, maar kunnen ook een synergetisch effect teweeg brengen, waarbij effecten van verschillende methodieken versterkt worden door de combinatie van methodieken.

Het is bijgevolg belangrijk dat niet enkel op basis van de pilootstudies een schatting gemaakt wordt van de uiteindelijke effecten van de algemene implementatie van de verschillende afzonderlijke methodieken, er moet ook rekening gehouden worden met mogelijke interacties tussen de effecten van de verschillende methodieken.

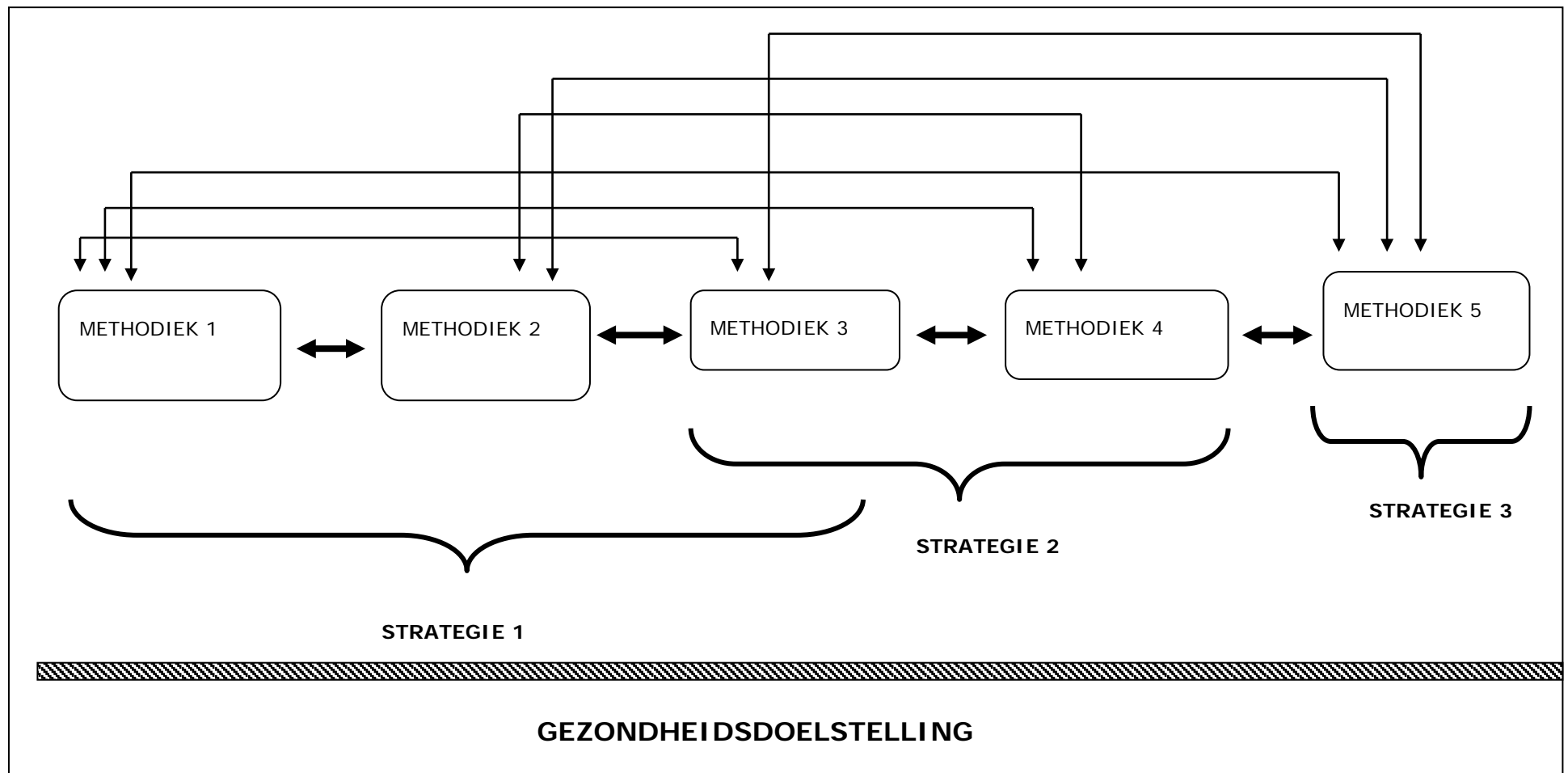
Het is bijvoorbeeld mogelijk dat positieve effecten van een bepaalde methodiek, zoals het verhogen van de bespreekbaarheid van een bepaald probleem, een effect hebben

op de rapportering van deze problemen en bijgevolg een vals beeld geven van de stijging of daling van de prevalentie van een bepaald probleem.

Neem als voorbeeld een methodiek die tot doel heeft het bespreekbaar maken van mentale gezondheidsproblemen. Een mogelijk gevolg hiervan is dat nadien meer mensen naar een CGG gaan met hun problemen, of meer problemen zouden bespreken met hun huisarts, waardoor een stijging zou vastgesteld worden van mentale gezondheidsproblemen. Dit dient na de pilootfase reeds duidelijk te zijn, waardoor de uitkomstmaten aangepast kunnen worden. Bijvoorbeeld prevalentie van mentale problemen is geen goede uitkomst voor de evaluatie van bv. Fit in je hoofd.

Pilootevaluaties kunnen aangeven of dit fenomeen zich voordoet en bij de schatting van de effecten van de gezamenlijke methodieken kan hiermee rekening gehouden worden

Methodieken binnen eenzelfde gezondheidsdoelstelling kunnen elk op zich een bijdrage leveren aan het bereiken van deze doelstelling, en kunnen zoals gezegd eveneens elkaar beïnvloeden. Bij het meten van gezondheidsdoelstellingen moet rekening gehouden worden met deze mogelijke interacties, maar ook met het feit dat ook andere factoren (los van het preventieve beleid) een bijdrage kunnen geleverd hebben aan het al of niet bereiken van deze doelstellingen. Het isoleren van de effecten van elke methodiek apart blijft een moeilijke zaak.



Figuur 11: Visuele voorstelling van interacties tussen methodieken en relatie met gezondheidsdoelstelling

6 Beschrijving van de stappen van EFeKT

In dit onderdeel wordt weergegeven hoe het model praktisch kan gehanteerd worden bij het evalueren van een methodiek. Hierbij wordt aangegeven wat de voorwaarden zijn om EFeKT te hanteren en wordt door middel van vraagstelling aangeduid omtrent welke concrete elementen van proces en effect van de methodiek informatie moet verzameld worden en eventueel hoe en door middel van welke methoden dit kan gebeuren.

Vooraleer het model kan doorlopen worden, dient nagegaan te worden of de voorwaarden vervuld zijn voor het gebruik van EFeKT. Ook na de evaluatie dienen nog enkele activiteiten ondernomen te worden, waaronder het analyseren van de gegevens en het rapporteren van de bekomen informatie.

6.1 Voorbereiding

Vooraleer het model kan worden gehanteerd, dient stil te worden gestaan bij enkele aspecten. Bij de voorbereiding van de evaluatie kan gebruik gemaakt worden van het werkboek 'Een kei in evalueren' (Schutters, Stevens, 2009).

Beschikbaarheid van een goed uitgewerkte methodiek

Vooreerst dient men overtuigd te zijn dat het gaat om een goed uitgewerkte en uitgebreid geteste methodiek. Daartoe dienen pretesten en pilootstudies uitgevoerd te zijn, die positieve resultaten aantoonen, of waar bij detectie van bepaalde problemen de nodige onderdelen werden aangepast. Het moet dus gaan om een methodiek die klaar is om op Vlaams niveau verspreid te worden.

Doel van evaluatie

Noodzakelijk is te weten wat met de evaluatie wil bereikt worden. Oorspronkelijke bedoeling van het model is dat alle fasen doorlopen worden, dus dat men een zicht krijgt op de gehele methodiek. Echter indien gewenst kan er ook voor gekozen worden om slechts een onderdeel van het model te hanteren, bijvoorbeeld enkel procesevaluatie of effectevaluatie. Of men kan er ook voor kiezen om nog een kleiner onderdeel te hanteren waarbij bijvoorbeeld enkel de verspreidings- of de uitvoeringsfase geëvalueerd wordt.

Voor wie

Daarnaast is het ook van belang om te weten voor wie de evaluatie wordt uitgevoerd, omtrent welke aspecten zij informatie willen en waarop zij nadruk leggen.

Evaluatoren

Reeds tijdens de ontwikkeling van de methodiek dient vastgelegd te worden welke actoren de methodiek zullen evalueren. Het moet duidelijk zijn wie welk onderdeel gaat evalueren, wie de nodige gegevens zal verzamelen. Het evaluatieteam dient een variëteit van mensen te omvatten die adequate kennis hebben van de methodiek,

haar participanten en de evaluatie.

Verantwoordelijkheden dienen aan het begin van de evaluatie vastgelegd worden, waarbij één persoon verantwoordelijk dient gesteld te worden voor het gehele management van de evaluatie.

Tevens moet bekeken en gepland worden of het evaluatieteam technisch advies, ondersteuning en/of training dient te ontvangen.

(University of Toronto, 2007)

Stakeholders

Bij de planning en tijdens de uitvoering van de evaluatie dienen alle nodige stakeholders betrokken te worden. Dit kunnen zijn: financierende instanties, organisatorische managers, ontwikkelaars, verspreiders, eindgebruikers en andere actoren binnen de methodiek, personen uit doelgroep ...

Stakeholders worden best zoveel mogelijk betrokken. Hoe meer ze betrokken zijn, hoe meer medewerking ze zullen bieden (University of Toronto, 2007).

Hierbij dient vooral gewaakt te worden dat niet enkel de sterk gemotiveerden worden meegenomen, aangezien dit geen representatieve steekproef vormt voor de ruimere groep intermediären die actief zullen zijn bij de werkelijke implementatie.

Wanneer

Wanneer zal evaluatie plaatsvinden? Tijdens welke fasen van de methodiek zal dit plaatsvinden? Wordt fase per fase geëvalueerd? Of pas achteraf alles tegelijkertijd?

Ook kan een tijdsplanning worden gemaakt: Na hoeveel tijd zal de verspreiding worden geëvalueerd, na hoeveel tijd de uitvoering, en het uiteindelijke bereik en effect?

Financiële middelen

Welk budget is nodig voor het uitvoeren van de evaluatie? Welke financiële middelen zijn beschikbaar? Is dit voldoende? Volgens WHO (1998) zou minimum 10% van de totale financiële bronnen voor een gezondheidsbevordering initiatief moeten gaan naar evaluatie.

6.2 Stap 1: Ontwikkeling

In EFeKT worden geen richtlijnen weergegeven hoe een methodiek dient ontwikkeld te worden, maar in deze stap wordt weergegeven waarop zicht moet zijn, vooraleer een methodiek kan geëvalueerd worden door middel van EFeKT. Daarom wordt de ontwikkelingsfase van een methodiek ook uitgebreid opgenomen.

Wie ONTWIKKELT?

Wie ontwikkelt de methodiek?

Bezitten deze organisatie en personen de nodige expertise voor het ontwikkelen van methodieken met het vastgestelde onderwerp?

Zijn de nodige stakeholders betrokken? (bv. mensen uit einddoelgroep, actoren uit de

organisaties die zullen moeten verspreiden en van de organisaties die zullen moeten uitvoeren ...)

WAT OMVAT DE METHODIEK?

Om een beter zicht te verkrijgen op wat de methodiek allemaal omvat, kan gebruik gemaakt worden van enkele vastgelegde vragenlijsten.

Bij het invullen van deze vragen wordt een duidelijk zicht verworven op:

- beschrijving van de methodiek
- plan van verspreiding
- plan van uitvoering

Beschrijving van methodiek
<p><u>Naam</u> Officiële naam van de methodiek</p>
<p><u>Soort preventie</u> - Primaire preventie - Secundaire preventie</p>
<p><u>Aanleiding</u> Wat is de aanleiding van de ontwikkeling van deze methodiek? Wordt deze methodiek ontwikkeld op basis van een specifieke vraag, een bestaand gezondheidsprobleem, op vraag van overheid ...? Wordt deze ontwikkeld binnen een bepaalde gezondheidsdoelstelling?</p>
<p><u>Doelen</u> - Welke doelen op niveau van gedragsverandering wil men bereiken? - Welke subdoelen zijn opgesteld om deze doelen van gedragsverandering te bereiken? * Persoonlijk: waaronder kennis, attitudes, vaardigheden * Ondersteunende omgeving * Gezondheidszorg aanpassen * Beleid Beschrijf de doelen volgens het SMART-principe - Welke doelstellingen kunnen op korte termijn bereikt worden? - Welke doelstellingen zullen pas op langere termijn bereikt worden? - Worden er negatieve effecten verwacht?</p>
<p><u>Inhoud</u> - Uit welke acties bestaat de methodiek en wat omvat elke actie? - Welke materialen, richtlijnen, activiteiten zijn ontwikkeld? - Door middel van welke methoden wil men de doelen bereiken? - Wat omvat een complete en aanvaardbare levering van de methodiek? - Is er een handleiding/opleiding voorzien?</p>

Tijd

Wanneer zal de verspreiding plaatsvinden? Wanneer wordt gestart met de uitvoering? Wanneer kunnen effecten gemeten worden? Over welke **periode** dient de methodiek uitgevoerd te worden?

Doelgroepen

- **Beschrijving:**

- * leeftijd
- * geslacht
- * opleidingsniveau, socio-economische status
- * culturele achtergrond en waarden
- * specifieke kenmerken (bv. zwanger, allochtoon ...)
- * risicofactoren (bv. kinderen met overgewicht)
- * ervaring met ongezond gedrag, mate waarin men gebruiker is (bv. roker)

- **Verklaring:** waarom die concrete doelgroep + eventueel huidige toestand aangaande het doelgedrag

- **Omvang** van de beoogde doelgroep? Hoeveel procent van deze doelgroep verwacht men te bereiken?

- Op welke manier wordt deze doelgroep het best **bereikt**? Op welke plaatsen worden deze het gemakkelijkst bereikt?

Vrijheidsgraden

In welke mate hebben verspreiders en eindgebruikers de vrijheid om het bestaande methodiek aan te passen en zelf in te vullen? Dient de methodiek strikt gevolgd te worden? Of is er mogelijkheid tot eigen inbreng en wijzigingen?

Procesplan

Welke taken moeten uitgevoerd worden, door wie en wanneer?

Verspreiding

- *Welke organisaties zullen instaan voor de verspreiding van de methodiek?*
- *Hoe zal de methodiek doorgegeven worden van de ontwikkelaars naar de verspreiders?*
- *Wat is de te verwachten adoptie (absolute aantal, proportie, representativiteit) aangaande de verspreiders?*
- *Hoe zal de methodiek verspreid worden naar de eindgebruikers?*

Uitvoering

Stap 3-1: Besluitvorming

Dienen organisaties of personen hun toestemming te geven voor uitvoering van de methodiek? Zo ja, wie? Bieden zij de nodige middelen?

Stap 3-2: Uitvoering

- *Welke organisaties dienen de taak van uitvoering op zich te nemen?*
- *Wat is de verwachte adoptie aangaande uitvoering van de methodiek (absolute aantal, proportie, representativiteit)?*
- *Wat is het concrete plan van uitvoering?*

Stap 3-3: Ondersteuning

- *Welke organisaties dienen de eindgebruikers te ondersteunen?*
- *Hoe dienen ze de eindgebruikers ondersteunen?*

Resultaten van pretesten en pilootstudie?

Naast een duidelijk inzicht aangaande de methodiek is het tevens belangrijk om een goed beeld te verwerven van de uitgevoerde pretesten en piloottesten en wat hieruit geleerd werd.

Pretesten

- Welke pretesten werden uitgevoerd?
- Met welke doelstelling werden deze uitgevoerd? Voorbeelden:
 - Testen van het concept (testen van uitdrukkingen en visuele aspecten die de belangrijkste ideeën weergeven)
 - Testen van leesbaarheid
 - Meten van begrijpbaarheid, aantrekkelijkheid en culturele relevantie van de boodschap
 - Meten van impact
 - Praktische haalbaarheid voor de eindgebruikers (Bartholomew et al., 2006)
- Welke materialen werden hiervoor gebruikt?
- Bij welke doelgroep gebeurde dit?
- Wat werd geleerd uit de pretesten?
- Welke aspecten uit de methodiek werden aangepast, als gevolg van wat geleerd werd van deze pretesten?

Pilootstudie

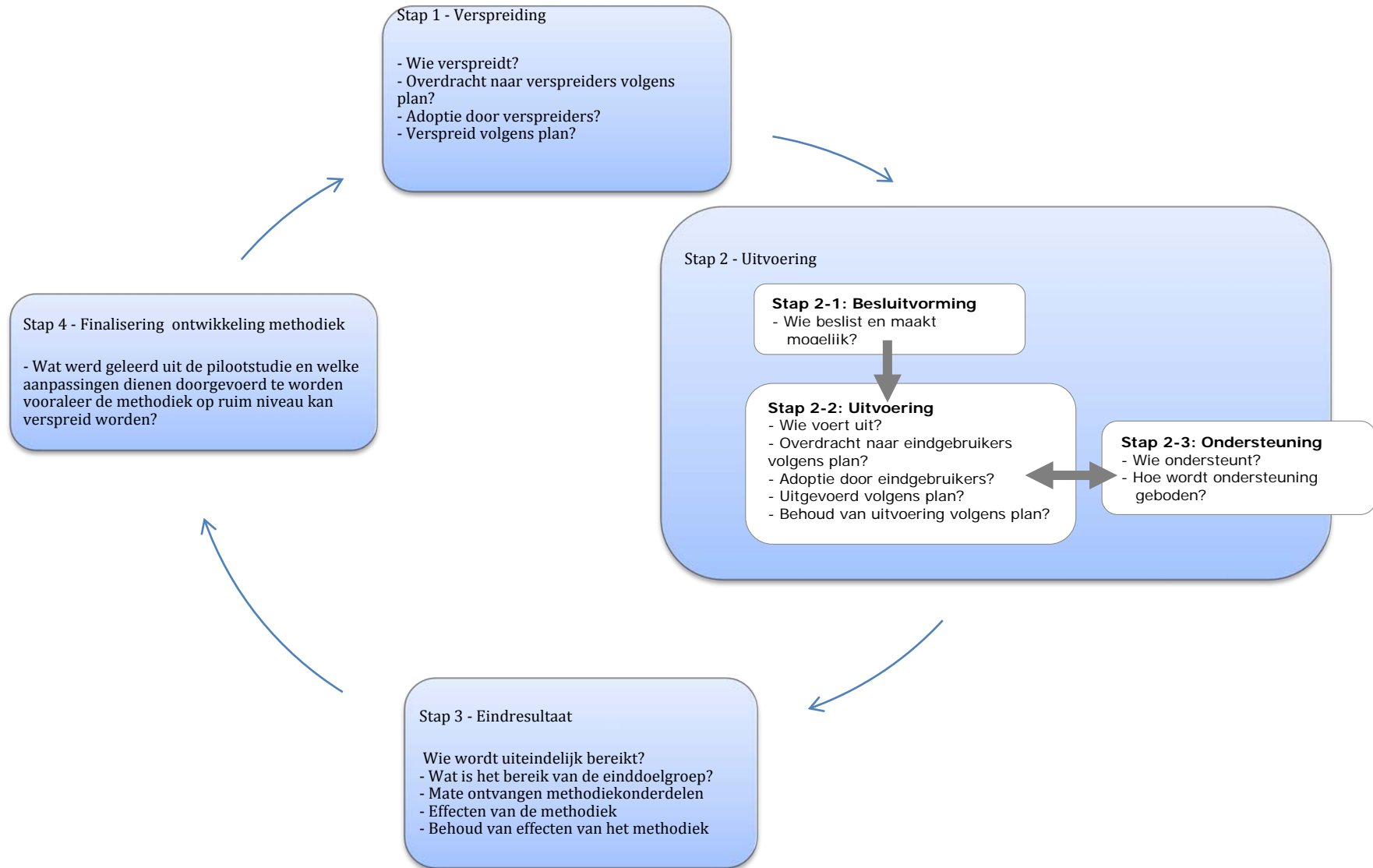
Vooraleer een methodiek op grotere schaal wordt toegepast, is het noodzakelijk dat een pilootstudie van de methodiek wordt uitgevoerd bij een representatief staal van de doelgroep. Van uitermate belang is dat een grondige pilootstudie wordt uitgevoerd, met de methodiek in zo finaal mogelijke versie. Hierbij dient erover gewaakt te worden dat de pilootstudie wordt uitgevoerd in verschillende settings die verschillende groottes en kenmerken omvatten, zodat dit een goede representativiteit vormt voor de uitvoering op Vlaams niveau.

Bij het evalueren van de pilootstudie kan eveneens gebruik gemaakt worden van het opgestelde evaluatie-planningsmodel (zie figuur 12). De pilootstudie van de methodiek zal immers op een gelijkaardige manier geëvalueerd worden als de op Vlaams niveau verspreide methodiek. Het grote verschil is dat het bij een beperkter publiek en dus tevens met een beperkter aantal actoren zal toegepast worden.

Het enige dat aangaande het model wegvalt bij een pilootstudie is de eerste stap, namelijk de ontwikkeling, aangezien dit al beschreven wordt binnen de ruimere evaluatie. Het evaluatie-planningsmodel voor pilootstudie zit dus vervat in het evaluatie-planningsmodel voor de uitvoering van de methodiek op Vlaams niveau.

Verder volgt een overzicht van enkele elementen waarop men zeker zicht dient te hebben, vooraleer de methodiek verspreid wordt. Meestal zullen deze gegevens reeds beschreven zijn in een rapport omtrent de pre- en piloottesten. In die gevallen hoeft dit niet opnieuw ingevuld te worden.

Echter dient er wel voor gewaakt te worden dat men duidelijk zicht heeft op aanvaardbaarheid, haalbaarheid en effectiviteit, sterke en zwakke punten van de methodiek, en wat eventueel dient aangepast te worden wanneer de methodiek op Vlaams niveau uitgevoerd wordt.



Figuur 12: Evaluatie-planningsmodel voor de pilootstudie

PILOOTSTUDIE

Algemeen

- Welke onderdelen van de methodiek werden getest?
- Wanneer werd de pilootstudie uitgevoerd?
- Hoe lang werd deze uitgevoerd?
- Doelstellingen van de studie?

Design

- Experimenteel design
- Quasi-experimenteel design.
- Pre-experimenteel design

Datacollectie methoden en instrumenten

Een geheel van onderzoeksmethoden kunnen gehanteerd worden om de nodige informatie te verzamelen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van kwalitatieve en kwantitatieve methoden.

- Kwantitatieve methoden:
 - * Vragenlijsten (zowel schriftelijk, telefonisch als mondeling)
 - * Andere numerische data: bv. BMI, aantal deelnemers, mate van fysieke activiteit (bv. aantal stappen per dag ...)
- Kwalitatieve methoden kunnen zijn:
 - * open vragen
 - * diepte-interviews (bv. diepte-interview voor testen van begrip bij populatie)
 - * observatie
 - * focusgroepen (bv. voor testen van begrip bij populatie)
 - * case studies

Steekproef

- Wie van de einddoelgroep werd opgenomen?
- Welke verspreiders en welke eindgebruikers namen deel? Hoe werden deze actoren geselecteerd?
 - Werd gebruik gemaakt van vooropgestelde criteria of random sample?
 - In welke regio werden deze geselecteerd?
- Is de steekproef een representatief staal van de uiteindelijke doelgroep van de methodiek? Aspecten die kunnen vergeleken worden zijn: ziektestatus, hantering van bepaald gedrag, socio-demografische aspecten ...
- Zijn de actoren een representatief staal van de uiteindelijke verspreiders en eindgebruikers?

OUTCOMES PILOOTSTUDIE

De pilootstudie kan op dezelfde manier geëvalueerd worden zoals in het evaluatiemodel uitgeschreven voor het evalueren van een methodiek op Vlaams niveau.

Stap 2: VERSPREIDING

- Wie waren de verspreiders?
- Hoe werden de verspreiders bereikt? Gebeurde de overdracht van verspreiders naar eindgebruikers volgens plan?
- Wat was de adoptie door de verspreiders?
- Werd de verspreiding uitgevoerd zoals werd voorgeschreven? Welke barrières ondervond men? Wat is de subjectieve mening van de verspreiders omtrent de methodiek?

Stap 3: UITVOERING

Stap 3-1: Besluitvorming

Gaven de nodige instanties en personen hun toestemming tot uitvoering van de methodiek?
Stelden zij de nodige middelen ter beschikking?

Stap 3-2: uitvoering

- Wie waren de eindgebruikers?
- Hoe werd, volgens de eindgebruikers, de methodiek overgebracht van de verspreiders naar de eindgebruikers? Was dit volgens plan?
- Wat is de adoptie door de eindgebruikers?
- Werde de methodiek uitgevoerd volgens plan? Welke acties werden uitgevoerd, welke niet? Wat waren de barrières bij het uitvoeren? Wat is de subjectieve mening van de eindgebruikers omtrent de methodiek?

Stap 3-3: Ondersteuners

- Wie zorgde voor ondersteuning bij het uitvoeren van de methodiek?
- Hoe zorgden ze voor ondersteuning?

Stap 4: EINDRESULTAAT

- Wie werd uiteindelijk bereikt?
- Wat is het bereik van deze doelgroep?
- Ontving de doelgroep alle onderdelen van de methodiek? Wat was hun subjectieve mening omtrent de methodiek?
- Effecten van de methodiek? Gewenste doelen bereikt?
- Behoud van effect van de methodiek?

SAMENVATTEND

Op welke problemen stootte men tijdens de verspreiding en uitvoering?

Is de toepassing van de methodiek haalbaar en praktisch uitvoerbaar?

Welke delen van de methodiek werken goed (bv. trekken aandachten, motiveren tot nemen van actie ...). Welke delen werken minder goed? Wat kan hieruit worden geleerd naar implementatie op Vlaams niveau?

Welke aspecten van de methodiek zullen gewijzigd worden als gevolg van het piloottesten?

Concluderende samenvatting

Zoals weergegeven is het de bedoeling dat EFekT pas wordt gehanteerd voor methodieken waarvan kwaliteit reeds intensief onderzocht en bewezen is. Dit kan niet bekeken en aangetoond wordt door middel van het hier opgestelde evaluatiemodel, er wordt enkel weergegeven op welke concrete punten zicht dient te zijn. Op onderstaande vier vragen moet een duidelijk antwoord kunnen geformuleerd worden vooraleer het model wordt gehanteerd, en er dus kan overgegaan worden naar stap 2.

- Aanvaardbaarheid of draagvlak door einddoelgroep, ondersteuners, verspreiders, eindgebruikers ...?
- Budgettaire haalbaarheid: zijn er voldoende financiële middelen?
- Juridische haalbaarheid?

- Effectiviteit uit pilootstudie?

In bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van een ruim aantal vragen die kunnen gesteld worden om kwaliteit van een methodiek te toetsen, gebaseerd op kenmerken van effectieve en kwaliteitsvolle preventieprogramma's.

6.3 Stap 2: Verspreiding

Om zicht te krijgen op de volgende stappen, namelijk verspreiding, uitvoering en eindresultaat worden per hoofdvraag (bv.: Wie verspreidt? Hoe overgebracht? Verlopen volgens plan?) meer gedifferentieerde vragen weergegeven. Door het beantwoorden van deze vragen wordt een duidelijk beeld van elk van de onderdelen verkregen. In de derde kolom wordt per subvraag weergegeven hoe de gegevens kunnen verzameld worden (bijvoorbeeld door middel van bestaande registraties, opgestelde vragenlijsten, specifieke onderzoeken) en tevens bij wie deze gegevens kunnen gehaald worden.

In de vierde kolom wordt weergegeven of gebruik kan gemaakt worden van bestaande bronnen. De gearceerde vakjes geven weer dat informatiebronnen om de vragen te kunnen beantwoorden niet aanwezig zijn, dat er nog geen zicht op is of dat de validiteit in vraag kan gesteld worden. Hierbij worden soms korte mogelijke vragenlijsten gegeven. Deze zijn afkomstig van reeds bestaande bronnen of van eigen ervaringen. Laat het duidelijk zijn dat deze opgestelde vragenlijsten slechts een aanzet betekenen tot ontwikkeling van vragenlijsten die in de praktijk kunnen gehanteerd worden en dat deze formulering vooral dient ter illustratie van de verschillende onderdelen van het evaluatie-planningsmodel.

	VRAGEN	HOE GEGEVENS VERZAMELEN	BESTAANDE BRONNEN/ NIEUWE METHODEN
WIE VERSPREIDT?	- Welke organisaties staan in voor de verspreiding van de methodiek? Welke actoren per organisatie staan hiervoor in?	Registratie door - de ontwikkelaars (kunnen eventueel registreren aan welke verspreiders ze methodiek doorgeven) - de verspreiders zelf (zijn vaak organisaties met reeds bestaande preventieve taak (vaak gesubsidieerd door de overheid), dienen te registreren welke taken ze uitvoeren?)	
	- Zijn dit de juist verspreiders, volgens de beschrijving?	Organisaties die verspreiding opnemen vergelijken met wat werd uitgeschreven in de planning van de methodiek: komt dit overeen?	(geen specifieke bronnen nodig)
	- Bezitten deze voldoende expertise aangaande het onderwerp en de methoden die gehanteerd worden?	Opdrachten, doel, ervaringen, expertise e.d. van de verspreidende organisaties bekijken	
OVERDRACHT NAAR VERSPREIDERS VOLGENS PLAN?	- Hoe ging de methodiek over van de ontwikkelaar naar de verspreider(s)?	Registraties door (of vragenlijsten/interviews aan): - ontwikkelaars en/of - verspreiders	Mogelijke vragen die kunnen gesteld worden aan de verspreiders (in aparte vragenlijst of registraties): - Door wie werd u gecontacteerd om de methodiek te verspreiden? - Hoe werd u gecontacteerd? - Waren de inhoud, de acties, de materialen, het doel duidelijk voor u? - Waren uw taken binnen de methodiek duidelijk? - Kreeg u trainingen of extra informatie omtrent hoe de methodiek te verspreiden? - Kon u met vragen en onduidelijkheden terecht bij iemand?

	<p>- Was dit zoals vooropgesteld werd in de beschrijving van de methodiek?</p>	<p>Vergelijken met wat in de beschrijving van de methodiek werd uitgeschreven</p>	
	<p>- Was dit een goede manier? Was dit voldoende om de verspreiders inzicht te geven in de inhoud van de methodiek en in hun taken? Werden ze voldoende op de hoogte gebracht? Eventueel zelfs getraind?</p>	<p>Registraties of vragenlijsten/ interviews aan de verspreider</p>	<p>Vragen die kunnen gesteld worden om al of niet getraind zijn na te gaan (Small et al., 2009):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krijgen de verspreiders voldoende training vooraleer ze de methodiek dienen te verspreiden? - Komen de verspreiders regelmatig samen om te discussiëren en reflecteren aangaande de methodiek? - Krijgen de verspreiders begeleiding en feedback van supervisors, en dit op regelmatige basis? - Hoe kan training en supervisie verbeterd worden? - Zijn de verspreiders enthousiast over en vertrouwd met de methodiek? - Wat kan gedaan worden om de verspreiders meer ondersteund en beloond te voelen aangaande hun werk omtrent deze methodiek? - Wat kan gedaan worden om de inspanningen van de verspreiders te verhogen?
<p>ADOPTIE DOOR VERSPREIDERS?</p>	<p>Voor het berekenen van adoptie dient vooreerst een zicht verkregen te worden op onderstaande vier aspecten (RE-AIM):</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Mogelijke organisaties voor verspreiding b) Aantal geschikte organisaties om te verspreiden 	<p>Gebruik maken van registraties door ontwikkelaars of verspreiders</p>	

	<p>c) Aantal organisaties dat gevraagd werd te verspreiden</p> <p>d) Aantal organisaties dat instemde om te verspreiden</p>		
	<p>Vragen die gesteld kunnen worden:</p> <p>- Welk percentage van organisaties en actoren binnen deze organisatie werden uitgesloten? = $(a-b)/a$ Waarom werden deze uitgesloten?</p>	<p>Kijken of degene die werden opgenomen en uitgesloten, overeen komen met de vooropgestelde inclusie- en exclusiecriteria.</p>	
	<p>- Welk percentage van geschikte organisaties werden gecontacteerd om te verspreiden? = c/b Is dit voldoende? Komt dit overeen met wat verwacht werd?</p>	<p>Vergelijken met wat verwacht werd en met wat realistisch is.</p>	
	<p>- Welke percentage van gecontacteerde organisaties verspreide? = d/c Indien het percentage verspreidende organisaties laag is: wat zijn mogelijk redenen?</p>	<p>Bij grote discrepantie: Kort 'onderzoek' om na te gaan waarom groot verschil tussen aantal uitgenodigd om te verspreiden en aantal werkelijke verspreiders. Dit kan bv. zijn: te weinig tijd, te weinig bronnen, te weinig motivatie, te weinig informatie gekregen ... Dit kan nagegaan worden door middel van bijvoorbeeld een korte vragenlijst.</p>	<p>Enkele mogelijke vragen die kunnen gesteld worden aan de organisaties die niet verspreiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat is de reden dat uw organisatie de methodiek niet wenst te verspreiden? - Zou u wel deelnemen indien bepaalde aspecten van de methodiek zouden veranderen? - Welke aspecten zou u willen veranderen?
	<p>- Zijn er verspreidende organisaties die uitvallen gedurende het verloop van de methodiek? Hoeveel?</p>	<p>Blijvend registreren van de verspreidende organisaties Indien uitvallen: vragen naar reden</p>	<p>Mogelijke vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat zijn de redenen dat uw organisatie de methodiek niet meer wenst te verspreiden?

	<p>Wat zijn de redenen?</p>		<p>- Zijn er aspecten die u zou willen veranderen? Welke?</p>
	<p>- Hoe representatief zijn deze organisaties en actoren? Wat zijn de verschillen tussen degene die verspreiden en degene die gecontacteerd zijn maar niet verspreiden?</p>	<p>Om representativiteit te bekijken kan vergeleken worden op relevante karakteristieken: zoals grootte van organisatie, aanwezige expertise, doelopdracht van de organisatie, ervaringen met verspreiden van gezondheidsbevorderingprogramma's, beleid aangaande het doelgedrag ...</p>	
<p>VERSPREID VOLGENS PLAN?</p>	<p>Werd de methodiek verspreid zoals het zou moeten? Gaven de organisaties de methodiek naar de eindgebruikers door zoals werd voorgeschreven?</p> <p>Werden er bijkomende initiatieven ontwikkeld die niet werden beschreven in het plan van uitvoering? Werden er elementen weggelaten? Welke? Waarom?</p> <p>- Werd een apart budget geïnvesteerd voor de verspreiding van de methodiek of werd alles uitgevoerd met bestaande middelen? Indien apart budget werd geïnvesteerd, hoe groot was dit bedrag?</p>	<p>Bevraging van verspreiders:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vragenlijst/ interview bij een sample van de verspreiders, waarbij bevestigd wordt wat ze gedaan hebben, hoe en wanneer ze dit gedaan hebben - Registraties door verspreiders: hoe ze methodiek verspreid hebben (dit zal minder gedetailleerd zijn dan een specifieke bevraging) 	
	<p>Subjectieve mening van de verspreiders omtrent allerlei aspecten, zoals procedures en materialen?</p> <p>Welke barrières ondervond men bij het</p>	<p>Bevraging verspreiders</p>	<p>Mogelijke vragen die kunnen gesteld worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat vindt u van het ontwerp van de methodiek en zijn doelstellingen? - Wat vindt u van de te volgen

	verspreiden van de methodiek?		<p>procedure?</p> <ul style="list-style-type: none">- Wat vindt u van de materialen?- Wat vindt u goed aan de methodiek? Wat vindt u minder goed? Welke aspecten zou u graag willen verder zetten en welke zou u graag wijzigen? <p>...</p> <ul style="list-style-type: none">- Welke barrières ondervond u bij het verspreiden van de methodiek?
--	-------------------------------	--	--

6.4 STAP 3: Uitvoering

6.4.1 STAP 3-1: Besluitvorming

	VRAGEN	HOE GEGEVENS VERZAMELEN	BRONNEN
WIE BESLIST EN MAAKT MOGELIJK?	<p>Zijn er personen of instanties die eerst hun toestemming moesten geven vooraleer de methodiek kon worden overgebracht naar de eindgebruikers?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie zijn deze personen/instanties? - Geven zij hun toestemming tot het uitvoeren van de methodiek? Wat is hun argumentatie voor die beslissing? - Diende er een keuze gemaakt te worden tussen verschillende methodieken? - Waren zij bereid zich te engageren voor de toepassing van de methodiek (bv. opnemen leiderschap, nodige middelen ter beschikking stellen ...) 	Bevraging van verspreiders	

6.4.2 STAP 3-2: Uitvoering

	VRAGEN	HOE GEGEVENS VERZAMELEN	BRONNEN
WIE VOERT UIT?	- Welke organisaties staan in voor de uitvoering van de methodiek? - Welke specifieke actoren binnen deze organisaties staan in voor de uitvoering?	Registraties door verspreiders of vragenlijsten/interviews aan eindgebruikers	
	- Zijn dit de juist eindgebruikers, volgens de beschrijving?	Organisaties die de methodiek uitvoeren vergelijken met wat werd uitgeschreven in de planning van de methodiek: komen deze overeen?	
	- Bezitten deze voldoende expertise aangaande het onderwerp en de methoden die gehanteerd worden? De taken die ze moeten uitvoeren ...?	Opdrachten, doel, ervaringen e.d. van de uitvoerende organisaties bekijken	
OVERDRACHT NAAR EINDGEBRUIKERS VOLGENS PLAN?	- Hoe wordt de methodiek overgebracht van de verspreiders naar de eindgebruikers? Op welke manier bereikt de methodiek de uitvoerende organisaties en actoren?	Bevraging van eindgebruikers. Om dit vast te stellen zal een specifiek onderzoek moeten opgesteld worden. Kans is klein dat dit kan gehaald worden uit bestaande registraties, aangezien dit sterk specifiek is en eindgebruikers meestal geen specifieke taak hebben binnen het preventieterrein.	<i>Mogelijke vragen die kunnen gesteld worden:</i> - Door wie werd u gecontacteerd om de methodiek uit te voeren? - Hoe werd u gecontacteerd? - Was de inhoud en het geheel rond de methodiek duidelijk voor u? - Waren uw taken binnen de methodiek duidelijk? - Kon u met vragen en onduidelijkheden terecht bij iemand? - Was de informatie en ondersteuning die u kreeg voldoende voor het uitvoeren van de methodiek?

	<p>- Was dit zoals vooropgesteld werd in de beschrijving van de methodiek?</p>	<p>Vergelijken met wat in de beschrijving van de methodiek werd uitgeschreven.</p>	
	<p>- Was dit de juiste manier? Was dit voldoende om de eindgebruikers inzicht te geven in de inhoud van de methodiek en in hun taken? Zijn de eindgebruikers voldoende getraind, op de hoogte gebracht?</p>	<p>Nagaan bij een sample van de eindgebruikers of ze voldoende inzicht hadden in de methodiek, nagaan of ze voldoende getraind zijn. Dit door middel van een interview of vragenlijst.</p>	<p><i>Vragen die kunnen gesteld worden om al of niet getraind zijn na te gaan (Small et al., 2009):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Krijgen de eindgebruikers voldoende training voordat de methodiek wordt geïmplementeerd - Komen de eindgebruikers regelmatig samen om te discussiëren en reflecteren aangaande de methodiek? - Krijgen de eindgebruikers begeleiding en feedback van supervisors, en dit op regelmatige basis? - Hoe kan training en supervisie verbeterd worden? - Zijn de eindgebruikers enthousiast over en vertrouwd met de methodiek? - Wat kan gedaan worden om eindgebruikers meer ondersteund en beloond te voelen aangaande hun werk omtrent deze methodiek? - Wat kan gedaan worden om de inspanningen van de eindgebruikers te verhogen?
<p>ADOPTIE DOOR EINDGEBRUIKERS?</p>	<p>Voor het berekenen van adoptie dient vooreerst een zicht verkregen te worden op onderstaande vier aspecten:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Mogelijke organisaties voor uitvoering b) Aantal geschikte organisaties voor uitvoering c) Aantal organisaties dat gevraagd werd te participeren d) Aantal organisaties dat instemde om te participeren 	<p>Registraties door verspreiders. Verspreiders (bv. Logo's) moeten zicht hebben op wie ze aanschrijven om uit te voeren en wie ook werkelijk uitvoert.</p>	

	<p>Vragen die gesteld kunnen worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welk percentage van organisaties en actoren binnen deze organisatie werden uitgesloten? = $(a-b)/a$ Waarom werden deze uitgesloten? 	<p>Inclusie en exclusie criteria bekijken en nagaan of dit overeen komt met de werkelijkheid</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Welke percentage van geschikte organisaties werden gecontacteerd om te participeren? = c/b Is dit voldoende? Komt dit overeen met wat verwacht werd? 	<p>Vergelijken met wat verwacht werd en met wat realistisch is</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Welke percentage van gecontacteerde organisaties voerde uit? = d/c Indien het percentage uitvoerende organisaties laag is: wat zijn mogelijk redenen? 	<p>Bij grote discrepantie: Kort 'onderzoek' om na te gaan waarom groot verschil tussen aantal uitgenodigd om uit te voeren en aantal werkelijke eindgebruikers. Dit kan bv. zijn: te weinig tijd, te weinig motivatie, te weinig informatie gekregen, te weinig bronnen, te weinig expertise ... Dit kan nagegaan worden door middel van bijvoorbeeld korte vragenlijst</p>	<p><i>Enkele korte vragen stellen aan de organisaties die niet uitvoeren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Wat is de reden dat uw organisatie de methodiek niet wenst uit te voeren?</i> - <i>Zou u wel deelnemen indien bepaalde aspecten van de methodiek zouden veranderen?</i> - <i>Welke aspecten zou u willen veranderen?</i>

	<p>- Zijn er organisaties die uitvallen gedurende de methodiek? Hoeveel? Welke organisaties? Wat zijn de redenen?</p>	<p>Blijvend registreren van de uitvoerende organisaties (bv. jaarlijks) door de verspreiders Of bevraging bij eindgebruikers</p> <p>Indien uitvallen: vragen naar reden bij de eindgebruiker</p>	<p><i>Verspreiders dienen blijvend zicht te behouden op wie uitvoert en wie niet of bevraging aan eindgebruikers zelf.</i> <i>Mogelijke vragen:</i> <i>- Wat zijn de redenen dat uw organisatie de methodiek niet meer wenst uit te voeren?</i> <i>- Welke aspecten zou u willen veranderen?</i></p>
	<p>- Hoe representatief waren deze organisaties en actoren? Wat zijn de verschillen tussen degene die participeren en degene die gecontacteerd zijn maar niet participeren?</p>	<p>Om representativiteit te bekijken kan vergeleken worden op relevante karakteristieken: zoals grootte van organisatie, aanwezige expertise, doelopdracht van de organisatie, ervaringen met verspreiden van gezondheidsbevorderingprogramma's, beleid aangaande het doelgedrag ...</p>	
<p>UITGEVOERD VOLGENS PLAN?</p>	<p>Volledigheid (completeness) - Werden alle activiteiten van de methodiek uitgevoerd? (Hiervoor is echter wel uitgebreid onderzoek nodig) - Hoe vaak wordt het protocol of delen er van overgeslagen, weggelaten? Welke delen werden weggelaten? (Bartholomew et al., 2006) - Werden er nieuwe delen uit eigen beweging aan toegevoegd? - Worden de activiteiten uitgevoerd binnen het voorgestelde tijdsbestek?</p> <p>Vertrouwdheid (fidelity)</p>	<p>Uitvoering kan globaal worden geëvalueerd, bijvoorbeeld door middel van indicatorenmeting (bv. doet men iets rond promoten van meer beweging en gezonde voeding). Echter wanneer implementatie per methodiek tracht geëvalueerd te worden dient hiervoor een uitgebreid onderzoek uitgevoerd te worden. Hierbij zal het bijna noodzakelijk zijn om een steekproef van eindgebruikers te hanteren waar onderzoek zal plaatsvinden (want dergelijk onderzoek uitvoeren bij alle eindgebruikers is praktisch onmogelijk, tenzij het totale</p>	<p><i>Kans is klein dat gebruik kan gemaakt worden van bestaande bronnen. Er zal per methodiek een specifiek onderzoek moeten opgesteld worden</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - In welke mate werden de verschillende componenten uitgevoerd zoals bedoeld in het protocol? (RE-AIM, 2009) - Varieerde consequentie en kwaliteit van de methodiek overheen tijd? (RE-AIM, 2009) - Zijn er onverwachte problemen opgedoken? - Werd een apart budget geïnvesteerd voor de verspreiding van de methodiek of werd alles uitgevoerd met bestaande middelen? Indien apart budget werd geïnvesteerd, hoe groot was dit bedrag? Indien niet uitgevoerd zoals op voorhand werd beschreven, dient ook onderzocht te worden wat de redenen hiervan zijn. 	<p>aantal eindgebruikers beperkt is)</p> <p>Er kan gebruik gemaakt worden van verschillende methoden en middelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er kan aan de eindgebruikers een vragenlijst voorgelegd worden of interview uitgevoerd worden (of gebruik maken van bv. checklisten of dergelijke) - Observaties: direct, op videoband of geluidsband opgenomen. Observaties kunnen op een random manier geselecteerd worden of op bepaalde perioden in een studie (wekelijks, maandelijks) <p>Op een objectieve manier de mate dat de verschillende activiteiten worden uitgevoerd, meten (bv. aantal uitgedeelde folders, aantal gevoerde telefoongesprekken ...)</p>	
	<p>Subjectieve mening van de verspreiders omtrent allerlei aspecten, zoals procedures en materialen?</p> <p>Welke barrières ondervond men bij het uitvoeren van de methodiek?</p>	<p>Bevraging verspreiders (vragenlijsten of interviews)</p>	<p><i>Mogelijke vragen die kunnen gesteld worden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Wat vindt u van het ontwerp van de methodiek en zijn doelstellingen?</i> - <i>Wat vindt u van de uitgeschreven te volgen stappen?</i> - <i>Wat vindt u van het begeleidende handboek?</i> - <i>Wat vindt u het leukst en wat het minst leuk aan de methodiek? Welke aspecten willen ze graag verder zetten en welke zouden ze graag wijzigen.</i> - <i>Welke barrières ondervond u bij het uitvoeren van de methodiek?</i>

BEHOUD VAN UITVOERING VOLGENS PLAN?	<ul style="list-style-type: none"> - In welke mate werden de verschillende componenten blijvend uitgevoerd, ook op langere termijn? - Wijzigde de eindgebruikers de methodiek zelf reeds? Zo ja, wat en op welke manier? 	<p>Op zelfde manier meten bij eindgebruikers dan op moment van uitvoering gemeten is. Bijvoorbeeld wanneer dit door middel van een vragenlijst gebeurde, kan deze vragenlijst nogmaals voorgelegd worden, maar bv. 6 tot 12 maand na de eerste meting.</p>	
--	--	--	--

6.4.3 STAP 3-3: Ondersteuning

	VRAGEN	HOE GEGEVENS VERZAMELEN	BRONNEN
WIE ONDERSTEUNT?	<ul style="list-style-type: none"> - Welke organisaties bieden ondersteuning bij de uitvoering van de methodiek? - Welke specifieke actoren bieden ondersteuning? 	Bevraging aan verspreiders en/of eindgebruikers	
	<ul style="list-style-type: none"> - Zijn dit de juiste personen volgens de beschrijving van de methodiek? 	Organisaties die ondersteuning opnemen vergelijken met wat werd uitgeschreven in de planning van de methodiek: komen deze overeen?	
	<ul style="list-style-type: none"> - Bezitten zij voldoende expertise om deze ondersteunende functie uit te voeren? 	Opdrachten, doel, ervaringen e.d. bekijken	
HOE WORDT ONDERSTEUNING GEBODEN?	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe bieden deze organisaties en actoren hun ondersteuning? 	Bevragen aan de ondersteuners zelf <ul style="list-style-type: none"> - via korte vragenlijst - indien de verspreiders ook de ondersteuners zijn, kan dit eventueel ook opgenomen worden in de registraties van de verspreiders 	

		Bevragen aan de eindgebruikers	
	- Is dit zoals het werd vooropgesteld tijdens uitschrijving van de methodiek?	Vergelijken met wat in de beschrijving van de methodiek werd uitgeschreven	
	- Voelen de eindgebruikers zich voldoende gesteund? Kunnen ze met al hun vragen en problemen terecht bij de ondersteuners?	Bevragen aan de eindgebruikers	<i>Mogelijke vragenlijst eindgebruikers:</i> <ul style="list-style-type: none">- Bij wie kan u terecht met vragen, problemen of moeilijkheden?- Zijn deze makkelijk bereikbaar?- Wordt u voldoende geholpen?- Vindt er regelmatig overleg plaats met de organisatie die u ondersteunt?- Kunt u hier terecht met al uw vragen en problemen?

6.5 STAP 4: Eindresultaat

	VRAGEN	HOE GEGEVENS VERZAMELEN	BRONNEN
WIE WORDT UITEINDELIJK BEREIKT?	Welke personen worden bereikt door middel van de methodiek?	Registraties/ bevraging bij de eindgebruikers en/of bevraging bij de einddoelgroep	
	Zijn dit de juiste personen?	Vergelijken met wat vooropgesteld is in de beschrijving van de methodiek	
WAT IS HET BEREIK VAN EINDDOEL-GROEP?	<p>Nodige gegevens te verzamelen (RE-AIM):</p> <p>a) Hoe groot is de totale doelpopulatie?</p> <p>b) Welk percentage van de doelpopulatie is geschikt, gebaseerd op inclusie en exclusie criteria? Wat zijn de redenen voor exclusie?</p> <p>c) Hoe groot is het aantal verloren of onbepaalde cases, bv. verkeerde informatie, niet mogelijk om te contacteren, verhuisd, geen antwoord.</p> <p>d) Hoe groot is het aantal geschikte participanten dat gevraagd wordt te participeren?</p> <p>e) Wat is het aantal geschikte participanten die toestemmen om deel te nemen aan de methodiek?</p>	<p>Registraties/ bevraging bij de eindgebruikers of berekening op basis van aanwezige populatie in bepaalde setting (bv. school, bedrijf ...)</p> <p>of schatting op basis van bevraging van steekproef van de einddoelgroep.</p> <p>Het bereik van de einddoelgroep kan globaal bekeken worden. Echter kan dit ook per actie nagegaan worden. Of dit al of niet nodig is, is afhankelijk van de methodiek en de acties.</p>	

	<p>Vragen te beantwoorden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welk percentage van geschikte participanten werden uitgesloten? = b/a <p>Komt dit overeen met de opgestelde inclusie en exclusiecriteria?</p>	<p>Vergelijken met wat vooropgesteld werd aangaande inclusie en exclusiecriteria</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Welk percentage van geschikte participanten nam deel? = e/d <p>Is dit voldoende? Is dit zoals verwacht?</p>	<p>Vergelijken met wat verwacht werd. Bekijken wat realistisch is. Of er een minimale participatiegraad nodig is. Of de participatiegraad hoog of laag is.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Wat zijn de redenen dat participanten weigeren om deel te nemen? 	<p>Bevragen aan personen die weigeren deel te nemen</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Wat is de representativiteit? <p>Zijn er bepaalde groepen ondervertegenwoordigd/ oververtegenwoordigd? Wat zijn de redenen dat bepaalde groepen ondervertegenwoordigd zijn?</p>	<p>Gelijkenissen en verschillen vergelijken tussen degene die participeren en degene die niet participeren, en dit op factoren zoals ziekte status, socio-demografische aspecten en andere belangrijke aspecten.</p> <p>Indien bepaalde groepen ondervertegenwoordigd zijn: kort onderzoek voeren naar de redenen hiervan: Eigenschappen van de groepen nader bekijken, nagaan in literatuur of via bevraging aan de groep zelf de mogelijke redenen nagaan.</p>	

<p>MATE VAN ONTVANGEN METHODIEK-ONDER-DELEN</p>	<p>Mate dat onderdelen de doelgroep effectief bereikte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bereikten alle delen van de methodiek alle delen van de doelgroep? (Victorian Government, 2003a). - Wordt de doelgroep voldoende blootgesteld aan de methodiek? - Ontvingen zij voldoende dosis van de methodiek? - Welke proportie van de doelpopulatie ontving werkelijk de methodiek? (Central Health Education Unit, 2005) - Bevragen vanwaar ze de methodiek kennen. Hoe ze bereikt zijn. 	<p>Bevraging d.m.v. interview of vragenlijsten bij de einddoelgroep.</p>	
	<p>Subjectieve mening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meten van tevredenheid omtrent de methodiek - Is de boodschap gericht aan de doelgroep persoonlijk? - Aanvaardbaarheid: is de methodiek aanvaardbaar voor de doelgroep? Omvat de methodiek verwarrende, gevoelige of controversiële elementen? Voelt de doelgroep zich bij alle aspecten en elementen op zijn gemak? Ligt het in conflict met culturele normen? - Begrijpbaarheid: Is het product verstaanbaar, aangepast, boeiend, bruikbaar, leerrijk, moeilijk ... Wordt de boodschap verstaan door het doelpubliek? - Aantrekkelijkheid: Trekt het product de aandacht, omvat het aantrekkelijke schrijfstijl, lay-out, illustrering ... Creëert het interesse? 	<p>Vragenlijst of interviews bij de einddoelgroep</p>	

EFFECTEN VAN DE METHODIEK?	<ul style="list-style-type: none"> - Welke impact had de methodiek op alle personen die participeerden? - Welke impact had de methodiek op verschillende subgroepen? - Welke impact had de methodiek op tussenliggende doelstellingen? - Zijn de gewenste (kortetermijn)doelstellingen bereikt? - Bracht de methodiek negatieve effecten teweeg? 	<p>Voor het meten van effecten dient gebruik gemaakt te worden van specifiek opgezette studies, waarbij eerst het design vastgelegd wordt. Zo kan gekozen worden voor een beschrijvend, quasi-experimenteel of experimenteel design. Dit dient gevolgd te worden door keuze van methoden waarmee gegevens zullen verzameld worden, waarbij men kan kiezen voor kwalitatieve of kwantitatieve methoden. Kwantitatieve methoden zijn bv. vragenlijsten of andere numerische data (bv. BMI), kwalitatieve methoden zijn dan bijvoorbeeld interviews, observaties, focusgroepen ... Ook moet bepaald worden op welke manier dat participanten zullen geselecteerd worden. Reeds heel wat materiaal is geschreven aangaande hoe effectiviteit kan gemeten worden.</p>	<p><i>Enkele mogelijke bronnen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - David Grembowski (2001). <i>The practice of health program evaluation. California: Sage Publications</i> - Keith tones and Jackie Green(2004). <i>Health promotion. Planning and strategies. Londen: Sage Publications</i> - Victorian Government, Department of Human Services (2003). <i>Measuring health promotion impacts: A guide to impact evaluation in integrated health promotion.</i> (http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/measuring_hp_impacts.pdf)
BEHOUD VAN EFFECTEN VAN DE METHODIEK	<p>Wat waren de lange termijn effecten (minimum 6-12 maand) na de methodiek?</p> <p>Wat was de uitval?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoeveel participanten vielen uit de studie? Wanneer? - Wat waren de redenen van uitval? - Waren de drop-outs representatief? - Zijn er bepaalde groepen die sneller uitvallen dan anderen? - Welke impact had de uitval op conclusies omtrent de effecten? 	<p>Lange termijn effecten meten: opnieuw studie opzetten zoals bij eerste meting van effecten gedaan</p> <p>Uitval meten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blijven registeren van aantal deelnemers (op zelfde manier dan baseline), maar dan bv. 6 of 12 maand na baseline. - Bevragen bij drop-outs wat de reden is - Verschillen vergelijken tussen personen die vroegtijdig uit de methodiek zijn gestapt en degene die in de methodiek bleven, en dit op aspecten zoals ziekte status, sociodemografische aspecten, geografie, basis scores op verschillende variabelen ... 	

7 Bronnen

7.1 Gebruik bestaande bronnen

Uit het voorgaande blijkt duidelijk dat heel wat informatie dient verzameld te worden om een methodiek te kunnen evalueren volgens EFeKT. Het verzamelen van deze informatie en het vinden van de juiste bronnen is geen evidentie. Daarom werd uitgebreid bekeken of het mogelijk is om voor bepaalde onderdelen gebruik te maken van bestaande bronnen.

Voor verschillende thema's (bv. vaccinaties, borstkankerscreening) werd nagegaan welke mogelijke informatiebronnen aanwezig zijn. Echter hieruit blijkt dat slechts een beperkt aantal gegevens, nodig voor evaluatie volgens EFeKT, kan gehaald worden uit bestaande bronnen.

7.1.1 Procesevaluatie

Eerst werd nagegaan welke bronnen gegevens kunnen bieden nodig voor procesevaluatie. Een van de mogelijke bronnen zijn de registraties door huisartsen. Deze bleken slechts beperkt bruikbaar, wegens het feit dat de registraties niet eenduidig gebeuren en tevens niet verplicht dienen uitgevoerd te worden.

Aangaande het thema borstkanker bleek dat vooral cijfermatige gegevens bekend zijn van het aantal vrouwen dat deelneemt aan screening. Echter de onderliggende redenen van niet-deelname zijn niet bekend, waardoor grondige evaluatie niet mogelijk is. Ook omtrent vaccinaties zijn er weinig systematisch geregistreerde gegevens aanwezig.

Een andere bron van informatie is de indicatorenbevraging, waarbij scholen en bedrijven en recent ook gemeenten driejaarlijks worden bevraagd omtrent hun rook-, voedings- en bewegingsbeleid. Hierbij wordt gevraagd in welke mate scholen, bedrijven en gemeenten actief werken rond deze drie preventiethema's. Echter de link met de individuele methodieken gaat verloren, aangezien niet gevraagd wordt welke concrete methodieken in de school of het bedrijf worden toegepast. Wel is het interessant voor het verwerven van een globaal beeld van behandelde thema's en het gevoerde beleid in de scholen, bedrijven en gemeenten.

Dit zijn voorbeelden van registraties door actoren die binnen een methodiek vooral de taak van eindgebruiker opnemen. Een belangrijke actor die meestal de taak van verspreider opneemt zijn de Logo's.

Door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid wordt momenteel gewerkt aan een nieuw registratie- en opvolgsysteem voor de Logo's. Door middel van dit systeem kan

de werking van de Logo's ondersteund, opgevolgd, geëvalueerd en aangestuurd worden.

Met het oog op het verwerven van noodzakelijke informatie voor het evalueren van methodieken, is het belangrijk dat in de toekomst blijvend aandacht wordt besteed aan dit nieuwe registratie- en overlegplatform. Later kan dan nader bekeken worden welke gegevens door de Logo's dienen geregistreerd te worden, en welke van deze gegevens bruikbaar zijn als informatiebron bij evaluatie. Dit was nog niet mogelijk aangezien het samenwerkingplatform nog volop in ontwikkeling is.

7.1.2 Effectevaluatie

Een belangrijke bron van informatie aangaande gezondheid in Vlaanderen betreft de gezondheidsenquête. De gezondheidsenquête wordt om de vier jaar uitgevoerd bij een representatief staal van de Belgische bevolking. Een ruim aantal gegevens over onder meer de gezondheidstoestand, de leefstijl, de medische consumptie en socio-economische achtergrondkenmerken worden bevraagd, en dit via een interview en een schriftelijke vragenlijst.

De resultaten van de gezondheidsenquête worden momenteel reeds door het Agentschap Zorg en Gezondheid gehanteerd voor de evaluatie van de gezondheidsdoelstellingen. Echter een directe link met de methodieken in het kader van de gezondheidsdoelstellingen kan niet meer gelegd worden gezien gezondheidsgedrag door tal van factoren kan beïnvloed worden, waarvan de uitgevoerde methodieken slechts een onderdeel vormen. Effectevaluaties die solide effecten kunnen aantonen na de veralgemeende implementatie van een methodiek zijn niet meer mogelijk gezien gecontroleerde studies niet meer kunnen opgezet worden. Enkel in gevallen waar een methodiek in bepaalde regio's niet wordt geïmplementeerd kunnen deze regio's als controleregio's gehanteerd worden, hoewel ook dit met de nodige voorzichtigheid moet gebeuren. Het niet implementeren van een bepaalde methodiek kan echter specifieke redenen hebben zoals het implementeren van een gelijkaardige methodiek die regionaal werd ontwikkeld. Bovendien vereist het vergelijken van gezondheidsgedrag tussen de regio's te grote steekproeven per regio om dit haalbaar te maken (per regio is een steekproef van ongeveer 3000 personen nodig). Het vergelijken van het gezondheidsgedrag van personen blootgesteld aan een bepaalde methodiek en personen die niet werden blootgesteld is in veel gevallen wel mogelijk, gezien een totale algemene implementatie eerder uitzondering dan regel zal zijn. Hiervoor zullen echter specifieke studies moeten opgezet worden, de gezondheidsenquête (zoals die nu is opgezet) kan de nodige informatie niet leveren.

Ook de voedselconsumptiepeiling kan belangrijke informatie aanleveren omtrent het voedingsgedrag van de bevolking. Echter gelden hier dezelfde moeilijkheden dan bij de gezondheidsenquête.

7.1.3 Problemen met gebruik van bestaande bronnen

Ook werden andere mogelijke bronnen op hun bruikbaarheid voor het evalueren van methodieken nagekeken. Heel wat bronnen, afhankelijk van het thema van de methodiek, kunnen mogelijks wel nuttige informatie leveren, maar het aantal organisaties dat binnen de preventieve sector actief is, en de complexiteit van de registraties maakt dat het onmogelijk was om een volledig beeld van de mogelijke bronnen te schetsen. Per methodiek die men wenst te evalueren kan wel onderzocht worden welke organisaties actief zijn bij deze methodiek en kan nagegaan worden welke gegevens deze organisaties reeds registreren.

Sommige elementen in EFeKT zullen echter zelden kunnen geëvalueerd worden door gebruik te maken van bestaande bronnen. Voor bijvoorbeeld het nagaan of eindgebruikers van een methodiek alle nodige elementen hebben ontvangen van de verspreiders, voor het meten in welke mate dat de methodiek werd uitgevoerd zoals bedoeld, voor het meten van effecten ... dient per methodiek een specifieke bevraging te gebeuren.

7.2 Limieten op het vergaren van de nodige informatie

Bij het verzamelen van gegevens dient een onderscheid gemaakt te worden tussen gegevens die verkregen moeten worden van organisaties met een specifieke opdracht voor preventie en organisaties die geen specifieke taak of verbintenis hebben. Zo zal het verzamelen van gegevens aangaande verspreiding minder problemen opleveren, aangezien de verspreidende organisaties vaak een specifieke taak hebben binnen de preventiepraktijk en deze taak binnen hun regulier takenpakket valt, zoals bijvoorbeeld bij de Logo's. Informatie aangaande uitvoering is echter minder makkelijk te bekomen omdat organisaties die instaan voor uitvoering vaak geen specifieke verbintenis hebben met het preventieveld en dit meestal op eigen, vrijwillig initiatief uitvoeren. Zo is het moeilijker om gegevens te verkrijgen van scholen en bedrijven die een methodiek uitvoeren dan van de Logo's die de methodiek verspreiden.

7.3 Minimum optie voor het verzamelen van informatie

Door de combinatie van de resultaten van de effectevaluatie in de pilootstudie en de resultaten van de procesevaluatie van de veralgemeende verspreiding en uitvoering van een methodiek kan een inschatting gemaakt worden van de algemene effecten. Hierbij moet echter wel rekening gehouden worden met het feit dat een algemene, grootschalige implementatie tot andere resultaten kan leiden dan deze in de pilootstudie. Pilootstudies doen vaak een beroep op organisaties die zich willen inzetten voor de pilootstudie, waardoor betere resultaten kunnen verwacht worden in de pilootstudie met een selectie van geïnteresseerde organisaties dan bij een implementatie op grote schaal. Anderzijds kan door een betere beheersing van de

methodiek bij een veralgemeende implementatie of door een bijsturing van de methodiek na de pilootstudie betere resultaten verwacht worden bij de algemene implementatie. De combinatie van effectgegevens uit de pilootstudie met de procesgegevens uit algemene implementatie kan bijgevolg nooit een nieuwe effectstudie van algemene implementatie vervangen.

8 Gebiedsomschrijving voor evaluatie

Een belangrijke vraag bij het opzetten van een evaluatieonderzoek is het aggregatieniveau van de gegevens. Hiermee wordt bedoeld: moeten de gegevens ter beschikking gesteld worden op het niveau van gemeenten, van provincies, van Logoregio's of van Vlaanderen. Een logisch aggregatieniveau is het niveau waarop de verspreiding georganiseerd wordt, bijvoorbeeld in Vlaanderen zijn het vaak de Logo's die een plan uittekenen voor de verspreiding van een bepaalde methodiek in hun regio. Indien de verspreiding gebeurt door bijvoorbeeld de Centra Geestelijke Gezondheidszorg dan zou het werkingsgebied van de CGG moeten genomen worden voor de aggregatie van de gegevens. Organisatieniveau van de verspreiding is de beste keuze wegens de belangrijke verschillen die er vaak worden vastgesteld in de activiteiten van de verspreiders, zoals bijvoorbeeld de Logo's.

Het verzamelen en aggregeren van *procesgegevens* per Logoregio geeft de mogelijkheid om na te gaan:

5. wat in elk van de regio's concreet wordt gedaan voor de verspreiding en uitvoering van de methodieken,
6. hoe dit wordt gedaan door de verschillende actoren (procesevaluatie van elke methodiek). Dit geeft belangrijke informatie voor het interpreteren van de effecten op het niveau van het doelpubliek.

Gezien voor het **meten van de effecten** geen standaardgegevens of routinematig verzamelde gegevens beschikbaar zijn moeten voor een effectmeting specifieke studies worden opgezet of moet gebruik gemaakt worden van bestaande studies die eventueel een deel van de antwoorden op effectvragen kunnen geven.

In Vlaanderen zijn er momenteel geen studies die effecten op het vlak van gezondheidsgedrag kunnen meten op provinciaal niveau noch op Logoregio niveau. Er zijn momenteel enkel representatieve studies op Vlaams niveau.

Het uitbreiden van bestaande studies zoals de gezondheidsenquête of de studie Jongeren en Gezondheid om goede schattingen te krijgen van de relevante gedragingen op niveau van de Logoregio's zou een grote financiële (en onhaalbare) inspanning vragen gezien de steekproefgrootte op Logoniveau even groot moet zijn als op Vlaams niveau om interpreteerbare gegevens te bekomen (kleinere steekproeven leiden tot te grote confidentie-intervallen).

De mogelijkheid om implementatie inspanningen te koppelen aan effecten is er bijgevolg momenteel niet.

Om toch niet helemaal de belangrijke inzichten in de relatie implementatie-inspanningen en effect te verliezen kan wel een effectstudie opgezet worden in twee tot vier Logoregio's met grote verschillen in implementatieactiviteiten voor een bepaalde gezondheidsdoelstelling. Op deze manier kunnen toch inzichten verkregen worden in de relatie input voor de realisatie van een gezondheidsdoelstelling en de output, nl. effect op het niveau van gedrag.

9 Actoren in de evaluatie

De opdrachtgever/beslissingnemer

Bij het opmaken van een evaluatieplan moeten belangrijke keuzes gemaakt worden met betrekking tot de prioriteiten voor de evaluatie van een specifieke methodiek of gezondheidsdoelstelling. Hierin is de betrokkenheid van de opdrachtgever essentieel.

De evaluator

De evaluator is diegene die deskundigheid heeft op het vlak van evaluatieonderzoek en eventueel de te evalueren methodiek. Deze moet nauw samenwerken met de opdrachtgever/beslissingnemer en met alle betrokkenen in het evaluatieproject. De evaluator is diegene die alle betrokkenen moet leiden in de beslissingen omtrent de evaluatie op basis van zijn deskundigheid.

De betrokkenen

Het type evaluatie zoals in dit document uitgewerkt is gebaseerd op een samenwerking met alle actoren. De evaluator is immers afhankelijk van de informatie die betrokkenen bij de verspreiding en uitvoering van de methodiek moeten ter beschikking stellen en de efficiëntie van het evaluatieproces zal verhoogd worden indien (sommige) van de betrokkenen zelf bepaalde gegevens verzamelen of registreren. Zij krijgen een formele rol in het evaluatieproces. Deze formele rol zal uiteraard in de eerste plaats mogelijk zijn voor organisaties die een formele rol hebben in de verspreiding en uitvoering van de methodiek en hiervoor op een of andere wijze vergoed worden. Individuen of organisaties die vrijwillig of op basis van eigen motivatie meewerken aan het bereiken van een gezondheidsdoelstelling kunnen om evidente redenen moeilijker ingeschakeld worden in het verzamelen van evaluatiegegevens.

Deel III

Discussie en aanbevelingen

1 Gemaakte keuzen in het onderzoek

Bij het begin van dit ad hoc onderzoek werden enkele ruime doelstellingen vooropgezet. Van hieruit kon verschillende richtingen uitgegaan worden. De ruime praktijk van preventieve gezondheidszorg en de complexiteit van evaluatie maakte dat een duidelijke afbakening nodig was. Om een zinvolle afbakening aangaande de mogelijkheden voor het evalueren van preventie-initiatieven te kunnen maken, werd eerst een literatuurstudie uitgevoerd. Hieruit bleek dat evaluatie van de preventiepraktijk op verschillende niveaus kan plaatsvinden. Omtrent de verschillende mogelijkheden werd uitgebreid overlegd met de leden van de stuurgroep (bestaande uit vertegenwoordigers van het Agentschap Zorg en Gezondheid, VIGeZ, Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Universiteit Gent). Deze actoren gaven op basis van hun ervaringen weer dat er vooral nood is aan een model voor het evalueren van een concreet preventie-initiatief.

De focus werd uiteindelijk gelegd op de evaluatie van de verspreiding, uitvoering en effecten van methodieken uitgewerkt in het kader van gezondheidsdoelstellingen. Het resultaat is een evaluatie-planningsmodel waarin aspecten van bestaande internationale evaluatiemodellen, zoals het RE-AIM model zijn geïntegreerd. Het ontwikkelde model EFeKT geeft vooral weer omtrent welke elementen van een methodiek informatie dient verkregen te worden en hoe deze informatie verzameld wordt.

Bedoeling is dat dit model gehanteerd wordt voor methodieken die ontwikkeld zijn binnen Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Preventieve methodieken worden in dit rapport gedefinieerd als *een samenhangend geheel van acties gericht naar een bepaalde doelgroep, in een bepaalde setting, met concrete producten en daarbij horende richtlijnen, met als einddoel het beïnvloeden van gedrag bij de intermediaire of einddoelgroep, teneinde gezondheidsproblemen bij deze einddoelgroep te voorkomen of verminderen en/of kwaliteit van leven te verbeteren.*

Het evaluatie-planningsmodel richt zich vooral op het in kaart brengen van de verschillende actoren en hun inspanningen aangaande de methodiek, of deze inspanningen zijn verlopen volgens plan en of de gewenste tussen- en einddoelstellingen zijn bereikt.

Het theoretisch model werd regelmatig getoetst aan wat momenteel gebeurt op het vlak van implementatieactiviteiten en de (het gebrek aan) evaluatie ervan. Een aantal belangrijke documenten werden bekeken, maar er vonden ook gesprekken plaats met direct betrokkenen uit zowel partnerorganisaties als organisaties met terreinwerking (meer informatie zie bijlage 3).

EFeKT is een aanvulling op een aantal bestaande instrumenten in de gezondheidsbevordering in Vlaanderen. Enkele belangrijke instrumenten zijn PK+, het handboek 'Projecten voor Gezondheidsbevordering' en de evaluatiebrochure van VIGeZ. EFeKT onderscheidt zich van PK+ door de focus op evaluatie. EFeKT betreft een planningsmodel voor het evalueren van preventieve initiatieven die aan de gang of uitgevoerd zijn, terwijl PK+ vooral een kwaliteits toetsings instrument betreft voor het uitwerken van projecten in de gezondheidsbevordering, net zoals het handboek "Projecten voor gezondheidsbevordering".

EFeKT onderscheidt zich van de "evaluatiebrochure" van VIGeZ op die manier dat EFeKT zich focust op de evaluatie van de verspreiding en uitvoering van methodieken en het effect van voorgaande stappen bij de eindpopulatie, terwijl de evaluatiebrochure algemener is en eerder gericht op de evaluatie van allerlei types van initiatieven die in de gezondheidsbevordering worden uitgevoerd. Deze evaluaties kunnen door de ontwikkelaars van deze acties zelf uitgevoerd worden.

EFeKT is geen praktische handleiding waarin alle informatie terug te vinden is nodig voor het uitvoeren van de bedoelde evaluatie. Dit is niet haalbaar gezien de grote diversiteit van methodieken in de gezondheidsbevordering, maar ook wegens het beschikbare tijds kader.

Kennis van evaluatiemethoden en -designs is bijgevolg nodig om EFeKT in de praktijk om te zetten. In het rapport worden wel een aantal voorbeelden gegeven daar waar nodig voor de duidelijkheid van de tekst of de gehanteerde concepten. Het betreft echter nooit een exhaustief overzicht van alle mogelijkheden voor het verkrijgen van de relevante informatie of van best practices.

2 Aanbevelingen

2.1 Uitvoeren van goede pilootprojecten

De implementatie van methodieken op grote schaal kan maar starten na een grondige analyse van de resultaten van de pilootstudie van de methodiek. De pilootstudie verschaft vooreerst gedetailleerde informatie over de methodiek en over de wenselijkheid van de verspreiding van de methodiek op grote schaal en anderzijds geeft de pilootstudie aan welke de belangrijkste aandachtspunten moeten zijn in de verspreidingsfase en uitvoeringsfase. Het verschaft ook belangrijke informatie over de doelstellingen die kunnen gesteld worden voor de verspreiding en de uitvoering van de methodiek op grote schaal. Zonder een goede pilootstudie waarin zowel effect als proces gemeten wordt zijn de verspreidings- en uitvoeringsfasen vrij stuurloos en zijn de resultaten moeilijk meetbaar.

2.2 Gebruik van eenduidige terminologie

Een belangrijk struikelblok gedurende het gehele onderzoek was het probleem aangaande de terminologie. Verschillende termen worden in diverse beleidsdocumenten en in de wetenschappelijke literatuur door elkaar gebruikt, zonder dat duidelijke definities worden gegeven van deze termen. Deze onduidelijkheden maakte dat er vaak verwarring ontstond en dat veel moeite werd geïnvesteerd om weer te geven wat nu juist bedoeld werd, wat ten koste ging van de inhoud van de discussie.

Daarom willen we er voor pleiten om te zoeken naar een consensus van gebruikte termen binnen de preventieve gezondheidszorg met een duidelijke definiëring van deze termen. Deze termen op een eenduidige manier hanteren in beleidsteksten en gezondheidsdoelstellingen, zou zorgen voor meer duidelijkheid en uniformiteit.

Voor de definiëring van de in dit rapport gehanteerde termen werd zoveel mogelijk gebruik gemaakt van Vlaamse documenten. Bijv. omschrijvingen die vast werden gelegd in decreten werden behouden. In internationale documenten worden vaak andere definities gehanteerd.

2.3 Aanvullende en nieuwe gegevensbronnen zijn noodzakelijk

Voor een efficiënte dataverzameling in het kader van evaluaties van preventieve methodieken dient bij voorkeur gebruik gemaakt te worden van gegevens uit bestaande registraties. Tijdens het werken aan de ontwikkeling van EFekT konden echter geen bronnen geïdentificeerd worden die direct bruikbare informatie kunnen opleveren.

Extra investering lijkt nodig. Er kan onderzocht worden hoe bestaande registraties van belangrijke actoren kunnen uitgebreid worden of hoe nieuwe registraties kunnen opgestart worden. Partnerorganisaties en organisatie met terreinwerking en in het algemeen iedereen die een overeenkomst heeft met de overheid in de context van het preventiedecreet kan gevraagd worden om bepaalde gegevens te registreren en bij te houden en ter beschikking te stellen van de overheid in het kader van evaluatie. Op die manier zouden bepaalde gegevens, nodig voor het evalueren van preventieve initiatieven, systematisch kunnen verzameld worden. De haalbaarheid van registraties is echter vaak een knelpunt wegens een relatief grote tijdsinvestering die hiervoor nodig is.

2.4 Aandacht voor problemen bij vrijwillige registratie

Het evaluatie-planningsmodel steunt op informatie die beschikbaar moet gemaakt worden door alle actoren betrokken bij de implementatie en uitvoering van methodieken. Dit heeft als voordeel dat al deze betrokkenen mee inzichten verwerven in het resultaat van hun activiteiten maar heeft als nadeel dat de evaluator afhankelijk

is van de medewerking van deze betrokkenen. Voor personen en organisaties die (mede) gefinancierd worden voor het uitvoeren van deze activiteiten door de Vlaamse overheid stellen er zich weinig problemen. Echter in de gezondheidsbevordering wordt in belangrijke mate gesteund op de medewerking van actoren buiten de (preventieve) gezondheidszorg, zoals scholen, bedrijven, e.a. Vaak zijn deze actoren actief binnen de fase van uitvoering, welke tevens de fase is waar het grootste deel van de actoren actief zijn. Actoren die geen rechtstreekse connecties hebben met het preventieve gezondheidszorgbeleid nemen aan preventieve initiatieven meestal deel op vrijwillige basis, en kunnen bijgevolg slechts beperkt gestuurd worden vanuit het preventieve beleid. Vaak voeren zij de inspanningen uit binnen de bestaande werkmiddelen en ontvangen zij geen extra budget of middelen. Aangezien deze actoren al grote inspanningen doen op vrijwillige basis, is het moeilijker hen te overtuigen om te registreren, rapporteren of mee te werken aan evaluatieonderzoek. Goede objectieve en valide gegevens verkrijgen vormt een uitdaging.

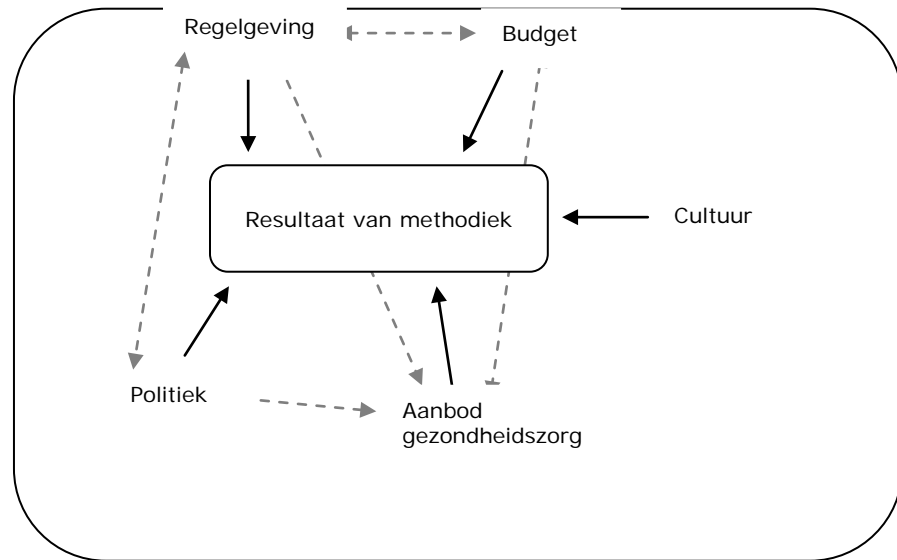
2.5 Uitwerken van een interpretatiekader voor de resultaten van evaluatiestudies

Een ander belangrijk punt betreft het nader uitwerken van een context waarbinnen de resultaten van de evaluatie van een methodiek dienen geplaatst en geïnterpreteerd te worden. Een methodiek of een combinatie van methodieken staat niet immers alleen, maar wordt gerealiseerd in een bestaande context waarin allerlei elementen invloed kunnen uitoefenen.

Aspecten die het effect van een preventieve methodiek kunnen beïnvloeden zijn bijvoorbeeld: bestaande regelgeving, budget dat geïnvesteerd wordt in dat concrete thema, aanbod van de gezondheidszorg ... Evaluatieresultaten dienen daarom geplaatst te worden binnen een ruimere context.

Wanneer er bijvoorbeeld weinig budget wordt vrijgemaakt voor het aanpakken van een bepaald ongezond gedrag, kan dit het proces en uiteindelijk het effect van de methodiek dat het bepaalde gedrag tracht aan te pakken beïnvloeden, en zal dit een andere invloed hebben dan wanneer wel voldoende budget wordt vrijgemaakt. Ook aanbod van de gezondheidszorg speelt een rol, bijvoorbeeld zijn er voldoende mogelijkheden, wat is de kwaliteit, hoe is de toegankelijkheid ...

In onderstaande figuur worden enkele mogelijke beïnvloedende factoren op het resultaat van preventieve methodieken weergegeven. Echter deze beïnvloedende factoren kunnen elkaar onderling eveneens beïnvloeden. De weergegeven figuur biedt slechts een beperkte weergave van mogelijke invloeden.



Figuur 13: Contextanalyse van resultaten van preventieve methodieken

Het plaatsen van de resultaten van een methodiek in een ruimere context en onderzoeken welke elementen hierop van invloed kunnen zijn, geënt op de situatie in Vlaanderen, zou een belangrijke aanvulling zijn op EFeKT.

2.6 Meer aandacht voor gedragsverandering van alle actoren

Een goede methodiek besteedt niet alleen aandacht aan de determinanten van gedragsverandering van de einddoelgroep maar ook aan de determinanten van het gedrag van diegenen die moeten instaan voor de uitvoering van de methodiek, vaak de intermediairen genoemd. Bij de ontwikkeling van een methodiek dient uitgebreid onderzocht te worden waarom intermediairen hun gedrag zullen veranderen en hoe deze gedragsverandering zou kunnen bereikt worden. Bijvoorbeeld waarom zullen scholen hun beleid omtrent gezonde voeding aanpassen en hoe zullen ze dit doen? Hoe kunnen ze hier toe aangezet worden? Waarom zal een bedrijf zijn werknemers aansporen meer beweging te nemen? De kans is klein dat bedrijven en scholen dit louter op vraag zullen doen. Gedrag wordt niet zo maar veranderd, terwijl daar wel vaak vanuit gegaan wordt. Een pilotstudie moet kunnen aantonen dat de ontwikkelde methodiek en daarbij horende motivatie en ondersteuning de actor aanzet tot gedragsverandering.

Zoals weergegeven richt EFeKT zich op methodieken die tot doel hebben ofwel om gedrag van de einddoelgroep ofwel het gedrag van intermediairen te veranderen. Indien niet het gedrag van de einddoelgroep maar van andere actoren die een taak hebben in een methodiek het objectief is van een methodiek, is het van belang dat een duidelijke link aanwezig is tussen gedrag van intermediairen en gedrag van de einddoelgroep. Het uiteindelijke doel is immers de gezondheid en welzijn van

(bepaalde delen van) de bevolking te behouden of verbeteren. Daarom moet een aantoonbare causale relatie aanwezig zijn tussen gedrag van de intermediair en deze van de einddoelgroep. Wanneer bijvoorbeeld een doel is om deskundigheid van artsen te bevorderen aangaande het detecteren en juist doorverwijzen van mensen met suïcidale gedachten, moet op theoretische basis of op basis van onderzoek bewezen worden dat deze deskundigheidsbevordering er uiteindelijk ook voor zorgt dat mensen de nodige hulp zoeken, wat uiteindelijk ook een effect heeft op het aantal suïcides. Indien een aantoonbare link aanwezig is, kan de investering voor evaluatie beperkt worden tot het meten van effecten op het meest haalbare niveau. Bijvoorbeeld indien bewezen is dat consultaties leiden tot minder depressies, kan nagaan of artsen de aangeleerde vaardigheden goed uitvoeren en implementeren voldoende zijn, om een indicatie te hebben van het uiteindelijk effect op suïcide.

2.7 Beschikbaar maken van effectiviteitsstudies van methodieken

De resultaten van de evaluaties van preventieve methodieken moeten een ruime verspreiding kennen. De resultaten kunnen in belangrijke mate bijdragen tot evidence based practice in de gezondheidsbevordering in Vlaanderen en bijgevolg tot capaciteitsopbouw. Interessant zou zijn om een databank te ontwikkelen waarin per gezondheidsdoelstelling een overzicht wordt gegeven van bestaande preventieve methodieken binnen Vlaanderen, in welke fase ze op dat moment zitten (bv. ontwikkeling, verspreiding, uitvoering, afgerond), en indien reeds evaluaties zijn uitgevoerd, wat de resultaten hiervan waren. Op die manier wordt een duidelijk overzicht geboden, en kan dit geraadpleegd worden door beleidsmedewerkers en actoren uit het werkveld ...

De wijze waarop deze gegevens beschikbaar worden gesteld kan het voorwerp zijn van consultaties bij de overheid en het werkveld.

REFERENTIES

- Ackaert, S., Annemans, L., De Smedt, D., Grietens, H. en Simoens, S. (2010). Modelontwikkeling voor de economische evaluatie van welzijns- en gezondheidsprojecten. Acco
- Ader, M., Berensson, K., Carlsson, P., Granath, M. & Urwitz, V. (2001). Quality indicators for health promotion programmes. *Health promotion international*, 16, 187-195.
- Annemans, L. (2007). *Gezondheidseconomie voor niet-economen*. Gent: Academia Press.
- Baron-Epel, O., Levin-Zamier, D., Satran-Argaman, C., Livny, N. & Amit, N. (2004). A participatory process for developing quality assurance tools for health education programs. *Patient education and counseling*, 54, 231-219.
- Bartholomew, L.K., Parcel, G. S., Kok, G. & Gottlieb, N.H. (2006). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach*. San Francisco: Jossey-Bas.
- Bond, L. & Hauf, A. (2004). Taking stock and putting stock in primary prevention: Characteristics of effective programs. *The journal of primary prevention*, 24, 199-221.
- Brug, J., Assema, P. & Lechner, L. (2008). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Van Gorcum: Assen.
- Burgio, L., Corcoran, M., Lichstein, K., Nichols, L., Czaja, S., Gallagher-Thompson, D. et al. (2001). Judging outcomes in psychosocial interventions for dementia caregivers: the problem of treatment implementation. *The Gerontologist*, 4, 481-489.
- Central Health Education Unit , Department of Health, Hong Kong SAR Government (2005). *Guidelines on health promotion evaluation*. Opgehaald op 15 oktober 2009 van http://www.chp.gov.hk/files/pdf/grp_guidelines_on_health_promotion_evaluation_en.pdf
- de Hollander, A., Hoeymans, N., Melse, J., Van Oers, J., Polder, J. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Opgehaald op 1 oktober 2009, van <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061003.pdf>
- Dzewaltowski, D., Estabrooks, P., Klesges, L., Bull, S. & Glasgow, R. (2004). Behavior change intervention research in community settings: how generalizable are the results? *Health promotion international*, 19, 235-245.

European Centre for Health Policy, ECHP, (1999). *Definitions*. Opgehaald op 7 juni 2010 van http://www.who.int/disasters/repo/13849_files/n/definitions_EURO_ECHP.pdf

Gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol, drugs (2010). Opgehaald op 14 april 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsdoelstelling-tabak,-alcohol-en-drugs/>

Gezondheidsdoelstelling voeding en beweging (2010). Opgehaald op 14 april 2010 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsdoelstelling-voeding-en-beweging/>

Gezondheidsdoelstelling zelfdoding (en depressie). (2010). Opgehaald op 14 april 2010 van [http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsdoelstelling-zelfdoding-\(en-depressie\)/](http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsdoelstelling-zelfdoding-(en-depressie)/)

GGD (2007) *Achtergrondinformatie over gelaagd en gefaseerd toezicht*. Opgehaald op 1 oktober 2009, van <http://www.ggd Kennisnet.nl/kennisnet/paginaSjablonen/raadplegen.asp?display=2&atoom=35216&atoomsrt=2&actie=2>.

GGD (n.d.) *Link tussen rijksnota en gemeentelijke nota*. Opgehaald op 1 oktober 2009, van www.ggd.nl/ggdnl/uploaddb/downl_object.asp/?atoom=52749&VolgNr=738.

Glasgow, ER., Vogt, T., Boles, S. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of public health*, 89, 1322-1327.

Haddix, C., Teutsch, S. & Corso, P. (2003). *A guide to decision analysis and economic evaluation*. New York: Oxford University Press.

Healthy People 2010 (2009). Opgehaald op 29 september 2009, van www.healthypeople.gov/default.htm

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). *Indicatoren openbare gezondheidszorg. Basisset 2007*. Opgehaald op 1 oktober 2009, van http://www.ggd Kennisnet.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=41943&VolgNr=494.

Memorie van toelichting bij preventiedecreet (2003). Opgehaald op 24 september 2009 van www.zorg-en-gezondheid.be.

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). *Kiezen voor gezond leven 2007-2010*. Opgehaald op 1 oktober 2009 van

http://www.convenantgezondgewicht.nl/assets/Image/CONT/N/nopreventie_tcm19143367.pdf.

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007). Een toolkit voor regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. *Nieuwsbrief VWS*, 8, 3.

Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K., Seybolt, D. Morrissey-Kane, E. & Davino, K. (2003). What Works in prevention. Principles of effective prevention programs. *American psychologist*, 58, 449-456.

National Cancer Institute, Office of Cancer Communications (2002). *Making health communication programs work: A planner's guide*. Opgehaald op 22 april 2010 van http://www.cancer.gov/PDF/41f04dd8-495a-4444-a258-1334b1d864f7/Pink_Book.pdf.

Nutbeam (1998a). Evaluating health promotion- progress, problems and solutions. *Health promotion international*, 13, 27-44.

Nutbeam (1998b). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13, 349-364.

O'Donnell, M. P. (2009). Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. *American Journal of Health Promotion*, 24, IV.

Preventiedecreet (2003). Opgehaald op 24 september 2009 van www.zorg-en-gezondheid.be.

Preventie Platform Friesland (2004). *Preventie: begrippen en definities*. Opgehaald op 21 juni 2010 van <http://www.ikpgezondheid.nl/files/10914/Begrippenkader.pdf>.

RE-AIM(2009). Opgehaald op 28 september 2009 van <http://www.re-aim.org>.

RIVM (2008). *Lokale en nationale monitor volksgezondheid*. Opgehaald op 1 oktober 2009, van http://www.ggd Kennisnet.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=51318&VolgNr=712.

RIVM (2009). *Toolkit regionale VTV*. Opgehaald op 28 september 2009, van http://www.rivm.nl/vtv/object_class/tkit_watiseenregionalevtv.html.

Ruwaard D., Kramers P. (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.

Scheerder, G., Van den Broucke, S. & Saan, H. (2003). *Projecten voor gezondheidsbevordering. Een handleiding voor kwaliteitsvol werken*. Antwerpen: Apeldoorn.

Schutters, K. & Stevens, V (2009). Een kei in evalueren. Werkboek. Brussel: VIGez vzw.

Small, S., Cooney, S. & O'connor, C. (2009). Evidence-informed program improvement: using principles of effectiveness to enhance the quality and impact of family-based prevention programs. *Family relations*, 58, 1-13.

Staatstoezicht op de volksgezondheid (2005). *Gelaagd en gefaseerd toezicht*. Opgehaald op 22 oktober 2010 van http://www.ggd Kennisnet.nl/kennisnet/uploaddb/download_object.asp?atoom=35250&VolgNr=343.

Tones, K. & Green, J. (2004). *Health promotion. Planning and strategies*. Londen: Sage Publications.

University of Toronto (Health Communication Unit, Centre for Health Promotion) (2007). *Evaluating health promotion programs*. Opgehaald april 2010, van HYPERLINK "<http://www.thcu.ca/>"

Heeringen, C. (2007). *Handboek suïcidaal gedrag*. Utrecht: de Tijdstroom.

Victorian Government, Department of Human Services (2003a). *Integrated health promotion resource kit*. Opgehaald op 13 oktober 2009, van http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/integrated_health_promo.pdf.

Victorian Government, Department of Human Services (2003b). *Measuring health promotion impacts: A guide to impact evaluation in integrated health promotion*. Opgehaald op 29 september 2009, van http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/measuring_hp_impacts.pdf.

Victorian Government, Department of Human Services (2005). *Planning for effective health promotion evaluation*. Opgehaald op 13 oktober 2009, van http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/planning_may05.pdf.

VIGeZ (n.d.). *Model voor uitkomstmaten van gezondheidsbevordering*. Opgehaald op 21 september 2009, van http://www.vig.be/content/pdf/OP_nutbeam.pdf.

VIGeZ (2007). *Wat is gezondheidsbevordering*. Opgehaald op 14 juli 2010, van www.vigez.be.

VIGeZ (2010). *PK+*. Opgehaald op 19 januari 2010, van www.vigez.be

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (n.d). *Zorgregio's*. Opgehaald in april 2010, van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/defaultRegelgeving.aspx?id=11034>.

Vlaamse regering (2009). *Besluit betreffende Logo's*. Opgehaald op 23 juni 2010 van http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Zorgaanbod/Info_voor_zorg-

aanbieders/Preventieve_zorg/Logos/BVR%20Logos%2020090130%20co%C3%B6rdinatie.pdf.

World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Opgehaald op 13 juli 2010, van

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

World Health Organization (1998). Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers. Opgehaald op 8 september 2010 van

<http://www.infosihat.gov.my/artikelHP/bahanrujukan/HEandPenilaian/HP%20Evaluation.pdf>.

World Health Organization (2001). *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. Denemarken: WHO.

BIJLAGEN

1 Bijlage 1: De Vlaamse gezondheidsdoelstellingen

INFECTIEZIEKTEN EN VACCINATIE

"In het jaar 2002 moet de preventie van infectieziekten op significante wijze worden verbeterd, met name door het verder verhogen van de vaccinatiegraad voor aandoeningen als polio, kinkhoest, tetanus, difterie, mazelen, bof en rubella."

In afwachting van een verlenging of herformulering blijft deze doelstelling van kracht.

BORSTKANKEROPSPORING

Tegen 2012 verloopt het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar doelmatiger, d.w.z. voldoende vrouwen nemen deel, meer kankers worden tijdig gevonden en er gebeuren zo weinig mogelijk overbodige onderzoeken. Concreet betekent dit:

- dat ten minste 75% vrouwen uit de doelgroep deelnemen aan het bevolkingsonderzoek
- dat meer kankers tijdig gevonden worden, d.w.z. dat bij een eerste screening ten minste 25% en bij een vervolgscreening 30% van de gevonden (invasieve) kankers kleiner is dan 1 centimeter;
- dat het aantal verwijzingen van deelnemende vrouwen niet meer bedraagt dan 5%, zodat zo weinig mogelijk overbodige onderzoeken gebeuren.

TABAK, ALCOHOL EN DRUGS

Hoofddoelstelling

De gezondheidsdoelstelling over tabak, alcohol en drugs luidt als volgt:

"Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen."

"Gebruik terugdringen" betekent onder meer:

- voorkomen dat jongeren en jongvolwassenen beginnen te roken, alcohol te gebruiken of illegale drugs te nemen;
- de beginleeftijd uitstellen;
- verantwoordelijk gedrag bevorderen;
- vroegtijdige aanpak stimuleren (bv. stoppen met roken, vroegdetectie);
- hulp aanbieden (vroeginterventie, behandeling, terugvalpreventie);
- een gezonde leefomgeving waarborgen.

Doelstellingen per middel

Voor elk van de 3 middelen omschrijft de doelstelling specifieke streefdoelen.

Tabak

- Bij personen van 15 jaar en jonger is het percentage rokers niet hoger dan 11% (in het schooljaar 2004 - 2005 was dat 14,2%).
- Bij personen van 16 jaar en ouder is het percentage rokers niet hoger dan 20% (in 2004 was dat 27.1%).
-

Alcohol

- Bij personen van 15 jaar en jonger is het percentage dat meer dan 1 keer per maand drinkt niet hoger dan 20% (in het schooljaar 2004 - 2005 was dat 26,6%).
- Bij de 15- tot 25-jarigen ligt het percentage jongeren dat minstens 1 keer per week 6 glazen op 1 dag drinkt niet hoger dan 13% (in 2004 was dat 17,3%).
- Bij de mannen van 16 jaar en ouder is het percentage dat meer dan 21 eenheden per week drinkt niet hoger dan 10% (in 2004 was dat 13%).
- Bij de vrouwen van 16 jaar en ouder is het percentage dat meer dan 14 eenheden per week drinkt niet hoger dan 4% (in 2004 was dat 5,5%).

Illegale drugs

Bij personen van 17 jaar en jonger is het percentage dat ooit cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 14% (in het schooljaar 2004 - 2005 was dat 19%).

- Bij personen van 17 jaar en jonger is het percentage dat 12 maanden voor de bevraging cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 7% (in het schooljaar 2004 - 2005 was dit 9,9%).
- Bij 18- tot 35-jarigen is het percentage dat 12 maanden voor de bevraging cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 8% (in 2004 was dit 10,7%).

ONGEVALLEN IN DE PRIVÉSFEER

“In het jaar 2002 moet het aantal dodelijke ongevallen in de privésfeer en in het verkeer afnemen met 20 %.”

Voorlopig is deze gezondheidsdoelstelling nog niet hernieuwd, maar er worden op verschillende domeinen wel initiatieven genomen om het aantal ongevallen in de privésfeer en het verkeer te doen afnemen.

VOEDING EN BEWEGING

De hoofddoelstelling

"Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door een stijging van het aantal mensen dat voldoende fysiek actief is, evenwichtig eet en een gezond gewicht nastreeft."

5 subdoelstellingen

De hoofddoelstelling is opgesplitst in 5 concretere subdoelstellingen. Voor elke subdoelstelling zijn cijfers vooropgesteld waaraan het succes van de doelstelling kan worden afgemeten.

De subdoelstellingen op een rijtje:

1. Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat voldoende fysiek actief is om gezondheidswinst te behalen met 10 procentpunten.
2. Tegen 2015 daalt het percentage sedentaire personen met 10 procentpunten.
3. Tegen 2015 stijgt het percentage moeders dat met borstvoeding start (gemeten op dag 6) van 64% naar 74%.
4. Tegen 2015 eten meer mensen evenwichtig overeenkomstig de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek.
5. Tegen 2015 blijft het percentage personen met een gezond gewicht minstens behouden.

Subdoelstelling 1: Voldoende fysiek actief

De eerste subdoelstelling gaat over voldoende fysieke activiteit om gezondheidswinst te bekomen. Voor een **volwassene** betekent dit:

- ofwel 10.000 stappen per dag zetten;
- ofwel dagelijks minstens een half uur bewegen met een matige fysieke inspanning. Dat is een inspanning waarbij je iets dieper en sneller gaat ademen;
- ofwel 3 dagen per week minstens 20 minuten intens bewegen.

Voor **ouderen** raadt de WHO aan dit aan te vullen met oefeningen die de flexibiliteit, het evenwicht, de kracht, de uithouding en de coördinatie bevorderen. Dat vermindert ook het risico op vallen.

Kinderen en jongeren (tot 18 jaar) zouden minstens 1 uur per dag matig tot intens fysiek actief moeten zijn. De bewegingsactiviteiten worden best aangepast aan het ontwikkelingsniveau. Ook plezierbeleving en variatie moeten centraal staan. De activiteiten moeten ook aangevuld worden met oefeningen die de flexibiliteit, het evenwicht, de kracht, de uithouding en de coördinatie bevorderen.

Opgesplitst per leeftijd geeft dat volgende streefcijfers:

Subdoelstelling 1: Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat voldoende fysiek actief is om gezondheidswinst te behalen met 10%-punten^[1]

Jongeren 12-14 jaar ^[2]	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 74% tot 84%.
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 47% tot 57%.
Jongeren 15-18 jaar ^[3]	Jongens	Tegen 2015 stijgt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 67% tot 77%.
	Meisjes	Tegen 2015 stijgt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 42% tot 52%.
Volwassenen 19-59 jaar ^[4]	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 49% tot 59%.
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 29% tot 39%.
Ouderen 60+ ^[5]	Mannen	Tegen 2015 stijgt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 17% tot 27%.
	Vrouwen	Tegen 2015 stijgt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat de aanbeveling voor voldoende fysieke activiteit haalt van 11% tot 21%.

^[1] %-punten: verwijzen naar het rekenkundig verschil tussen 2 percentages.

^[2] Lefevre J., et al., 2002

^[3] Lefevre J., et al., 2002

^[4] Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002-2006

^[5] Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002-2006

Subdoelstelling 2: Minder personen met een sedentaire leefstijl

Een persoon met een sedentaire leefstijl is iemand die te weinig beweegt, die met andere woorden inactief is. Bij jongeren bijvoorbeeld spreken we van sedentair gedrag

als zij minder dan 1 uur per week fysiek actief zijn naast de les lichamelijke opvoeding. Bij meisjes is hier nog meer werk aan de winkel dan bij jongens:

Subdoelstelling 2: Tegen 2015 daalt het percentage sedentaire personen met 10%-punten

Jongeren 12-14 jaar ^[6]	Jongens	Tegen 2015 daalt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 5% tot 2%.
	Meisjes	Tegen 2015 daalt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 11% tot 2%.
Jongeren 15-18 jaar ^[7]	Jongens	Tegen 2015 daalt het percentage jongens uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is Van 8% tot 2%.
	Meisjes	Tegen 2015 daalt het percentage meisjes uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 16% tot 6%.
Volwassenen 19-59 jaar ^[8]	Mannen	Tegen 2015 daalt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 11% tot 2%.
	Vrouwen	Tegen 2015 daalt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 22% tot 12%.
Ouderen 60+ ^[9]	Mannen	Tegen 2015 daalt het percentage mannen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 44% tot 34%.
	Vrouwen	Tegen 2015 daalt het percentage vrouwen uit deze leeftijdsgroep dat sedentair is van 45% tot 35%.

[6] Lefevre J., et al., 2002

[7] Lefevre J., et al., 2002

[8] Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002-2006

[9] Steunpunt Sport, beweging en Gezondheid in Vlaanderen, 2002-2006

Subdoelstelling 3: Meer moeders starten met borstvoeding

Borstvoeding is de ideale voeding vanaf de geboorte. Op dit moment geeft slechts 64% van de vrouwen (gemeten op dag 6 na de bevalling) (al of niet exclusieve) borstvoeding. Tegen 2015 moet dat cijfer 74% bedragen.

Subdoelstelling 4: Tegen 2015 eten meer mensen evenwichtig overeenkomstig de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek

Een evenwichtig eetpatroon voldoet aan de richtlijnen van de actieve voedingsdriehoek. Dat zijn de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad in een

praktisch schema. Het gaat om aanbevelingen over hoeveel water, groenten, vlees etc. die we dagelijks zouden moeten eten.

Subdoelstelling 4: Tegen 2015 eten meer mensen ^[10] evenwichtig overeenkomstig de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek

Water	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor water haalt van 22% tot 32%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van water met 10% (van 669 naar 736 ml/dag).
Groenten	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor groenten haalt van 1% tot 11%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van groenten met 10% (van 147 naar 162 g/dag).
Fruit	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor fruit haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van fruit met 10% (van 113 naar 124 g/dag).
Melkproducten calciumverrijkte sojaproducten	en Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten haalt van 4% tot 14%. Tegen 2015 stijgt de gemiddelde inname van melkproducten en calciumverrijkte sojaproducten met 10% (van 165 naar 182 g/dag).
Restgroep	Tegen 2015 stijgt het percentage personen dat de aanbeveling voor de restgroep haalt van 5% tot 15%. Tegen 2015 daalt de gemiddelde inname van de restgroep met 10% (van 703kcal naar 633kcal/dag).

^[10] De Vriese S. et al, 2006; VIG, 2004

Subdoelstelling 5: Tegen 2015 blijft het percentage personen met een gezond gewicht minstens behouden

Om een gezond gewicht te meten bij volwassenen, maken we gebruik van de bekende BMI-index (Body Mass Index). Voor volwassen personen (tussen 19 en 59 jaar) ligt de BMI idealiter tussen 18,5 en 24,9. Naast de BMI is de middelomtrek een goede maat om het ziekterisico te bepalen.

Om het gewicht bij kinderen te beoordelen worden de Vlaamse groeicurven gebruikt.

Subdoelstelling 5: Tegen 2015 blijft het percentage personen ^[11] met een gezond gewicht minstens behouden

Volwassenen	Mannen	52,7%
	Vrouwen	66,5%
	Totaal	59,6%
Senioren 60 jaar	Mannen	38,0%
	Vrouwen	43,5%
	Totaal	40,9%

[11] WIV, Gezondheidsenquête, 2004

DEPRESSIE EN ZELFDODING

De hoofddoelstelling

"De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000."

3 subdoelstellingen

- daling van het aantal suïcidepogingen;
- daling van de suïcidale ideatie;
- daling van het aantal depressies.

Streefcijfers

De doelstelling is gebaseerd op een voorspelling van het aantal zelfdodingen in 2010. Enerzijds kunnen we voorspellen hoeveel zelfdodingen er in 2010 zullen zijn als het gezondheidsbeleid niet verandert. Anderzijds kunnen we berekenen in welke mate een preventief gezondheidsprogramma het aantal zelfdodingen kan terugdringen.

Voorspelling bij ongewijzigd beleid

In 2000 vonden in Vlaanderen 1.174 zelfdodingen plaats. Op basis van de sterftestatistiek van het jaar 2000 kunnen we voorspellen dat in 2010 in absolute aantallen jaarlijks 1.200 zelfdodingen zullen voorkomen.

Dat betekent dat er bij mannen ten minste 4% en bij vrouwen 6% meer zelfdodingen zullen zijn dan in 2000. Rekening houdend met hoe het bevolkingsaantal zal evolueren, bedraagt de zelfdodingsterfte dan 20 per 100.000 mensen tegenover 19,6

per 100.000 in het jaar 2000.

Voorspelling effectiviteit van preventieve gezondheidsprogramma's

Een preventief programma bestaat uit een beperkt aantal betaalbare initiatieven. Die initiatieven moeten telkens wetenschappelijk onderbouwd zijn en een maatschappelijk draagvlak hebben. Op basis van de geraamde effectiviteit kan zo'n programma een reductie van het aantal sterfgevallen met 8% ten opzichte van 2000 mogelijk maken.

Dat betekent dat er in 2010 dankzij zo'n preventieprogramma 94 zelfdodingen minder zullen zijn dan in 2000. In de veronderstelling dat zonder een actieplan het aantal zelfdodingen in 2010 zou toegenomen zijn tot 1.200 zelfdodingen (26 extra gevallen van zelfdoding), zou men zo in 2010 120 (94 + 26) zelfdodingen kunnen vermijden.

2 Bijlage 2: Kwaliteitstoetsing van een methodiek

Indien onduidelijkheid omtrent kwaliteit van methodiek, kunnen volgende vragen optioneel beantwoord worden binnen de stap ontwikkeling. Om deze vragen te kunnen beantwoorden zullen experts uit het preventieveld moeten aangesteld worden.

In de literatuurstudie werd reeds een overzicht gegeven van de kenmerken van effectieve methodieken.

Hier wordt per karakteristiek een overzicht gegeven van enkele vragen, die kunnen gesteld worden om de eigen methodiek kritisch te bekijken en na te gaan hoe het eventueel kan verbeterd worden (Small, Cooney en O'connor, 2009).

Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat niet alle principes even relevant zijn voor elke methodiek. Afhankelijk van de methodiek, zullen bepaalde principes belangrijker zijn dan andere.

1. Design en inhoud van de methodiek

Betreft principes die gerelateerd zijn aan structuur en inhoud van de methodiek

1.1.Theorie gedreven

Effectieve methodieken zijn gebaseerd op empirisch gesteunde theoretisch modellen.

- Welke theorie leidt de methodiek? Duidt onderzoek ook de validiteit van de theorie aan?
- Welke risico en beschermende factoren pakt de methodiek aan? Geeft onderzoek aan dat deze factoren de meest belangrijke zijn?
- Kan duidelijk weergegeven worden wat de veranderingstheorie is en hoe het handelt om de gewenste effecten te bereiken?
- Is er een logic model gecreëerd dat de theorie van verandering illustreert? Volgen de activiteiten elkaar logisch op? Zijn deze logisch gelinkt aan de doelen?
- Is er onderzoeksevidentie dat weergeeft dat de methodiek werkt om de gewenste effecten teweeg te brengen?
- Zijn er activiteiten die blijken niet gerelateerd te zijn aan doelen van de methodiek, en die dus weggelaten kunnen worden?
- Zijn er doelen die niet adequaat gericht worden op bestaande activiteiten?
- zijn er veranderingen die dienen doorgevoerd worden om hen meer consistent te maken met de doelen?

1.2. Voldoende dosis en intensiteit

Wordt de methodiek in voldoende dosis en intensiteit aangeboden?

Dit kan gemeten worden in aantal van contacturen, duur van de totale methodiek, intensiteit en complexiteit van de activiteiten en mate van deelname door participanten.

- Blijkt de dosis van de methodiek voldoende, ook wanneer vergeleken wordt met gelijkaardige evidence-based methodieken? Zijn het aantal contacturen en sessies voldoende om de gewenste uitkomsten te bereiken?
- Zijn de activiteiten intens en complex genoeg om de gewenste veranderingen teweeg te brengen?
- Vindt de doelpopulatie de methodiek interessant en aantrekkelijk? Willen participanten lang genoeg wachten voor de gewenste leer- en gedragsveranderingen optreden?
- Zijn de veranderingen, opgetreden door de methodiek, blijvend ook nadat de methodiek gedaan is?
- Omvat de methodiek een booster sessie, of ander blijvend contact met participanten, die hen helpen veranderingen teweeg te brengen in hun gedragingen, nadat de methodiek voorbij is?
- Welke veranderingen zouden eventueel doorgevoerd kunnen worden om dosis en intensiteit van de methodiek te verbeteren?

1.3. Voldoende breed

Is de methodiek breed? Pakt het verschillende risico en beschermende factoren aan?

Effectieve methodieken richten zich vaak op meer dan één setting in hun preventie en interventie inspanningen, of werken samen met andere methodieken die hetzelfde publiek bereiken in verschillende settings.

Vragen die hier kunnen gesteld worden:

- Welke processen in welke settings pakt de methodiek aan?
- Pakt de methodiek een voldoende variëteit en aantal processen, mensen en/of settings aan, die in onderzoek zijn aan gegeven als belangrijke aspecten om de gewenste veranderingen teweeg te brengen?
- Welke settings en processen worden aangepakt door evidence-based methodieken met gelijkaardige doelen of publiek? Is er bewijs dat die processen en settings belangrijk zijn?
- Welke additionele processen, mensen of settings kunnen aangepakt worden om de methodiek te versterken?

1.4. Beperkt gebruik van angst en bestraffing

Vaak hanteren methodieken angst of bestraffing als een manier voor het beïnvloeden van beslissingen of veranderen van gedrag. Uit onderzoek bleek echter dat op angstgebaseerde methoden en bestraffing vaak niet effectief zijn. Toepassingen

gebaseerd op angst kunnen ongewenste gedragingen stoppen, maar er wordt niet aangeleerd hoe positieve gedragingen de ongewenste kunnen vervangen.

- Indien van toepassing: welke rol spelen angst en bestraffing in de methodiek?
- Indien gedragingen of attitudes wensen beïnvloed te worden, geeft onderzoek andere strategieën weer dan angst of bestraffing, die ook kunnen gebruikt worden?
- Welke positieve competenties en vaardigheden probeert de methodiek te promoten?
- Welke positieve gedragingen kunnen gepromoot worden om de schadelijke te vervangen?
- Welke strategieën kunnen gebruikt worden om positieve gedragingen te promoten en gewenste competenties te ontwikkelen?

1.5. Actieve leertechnieken

Omvat de methodiek actieve en gevarieerde leermethoden, die de participanten in staat stellen om nieuwe vaardigheden te leren en uit te proberen?

- Vraagt de methodiek meer actieve dan passieve participatie?
- Zijn er delen van de methodiek die de participanten saai vinden? Zijn er tijden waarop ze vrij zijn?
- Als gedragsverandering een doel is, zijn er mogelijkheden voor participanten om nieuwe vaardigheden en gedragingen te oefenen?
- Zijn er mogelijkheden voor participanten om te reflecteren aangaande hun kennis en vaardigheden en deze toe te passen op hun eigen situatie?
- Zijn er delen van de methodiek die meer actief en aantrekkelijk gemaakt kunnen worden?
- Kunnen er meer mogelijkheden gecreëerd worden voor participanten om kritische vaardigheden op te stellen?

2. Relevantie van methodiek

2.1. Aangepast aan ontwikkeling

Is de methodiek aangepast aan ontwikkeling van de doelpopulatie?

- Pakt de methodiek risico en beschermende factoren aan, die relevant zijn voor de leeftijd en ontwikkelingsstadia van de participanten?
- Gebruikt de methodiek materialen en activiteiten die interessant en aantrekkelijk zijn voor de gewenste doelgroep?
- Zijn er manieren om de inhoud en activiteiten meer geschikt te maken voor het ontwikkelingsstadium?
- Is de leeftijdsrange te breed om relevant te zijn voor de participanten?

- Hoe kan de methodiek beter 'verkocht' worden naar de gewenste leeftijdsgroep? Hoe kan rekrutering en screening van participanten gericht worden op individuen voor wie de methodiek meest geschikt is?

2.2. Bereik van participanten wanneer ze klaar zijn om te veranderen

Is de methodiek goed getimed, wordt de methodiek aangeboden op momenten dat de doelpopulatie het meest vatbaar is?

- Gegeven de doelen van de methodiek en bestaande evidentie, wat is de meest optimale tijd voor de doelpopulatie om te participeren?
- Zijn er criteria voor wie toestemming krijgt om deel te nemen aan de methodiek? Heb je een effectieve methode voor het bepalen of de criteria bereikt werden?
- Is er een methode voor het meten of een individu of familie klaar is voor de methodiek? Is er nood aan het ontwikkelen of lokaliseren van een methode voor het meten of participanten klaar zijn voor de methodiek?
- Ervaren sommige participanten obstakels die hen tegenhouden om deel te nemen aan de methodiek? Zo ja, zijn er andere diensten beschikbaar in de gemeenschap die hen kunnen helpen met deze aspecten?
- Zijn er andere gebeurtenissen die jongeren of familie kunnen helpen om te participeren in de methodiek?

2.3. Sociaal-cultureel relevant?

Is de methodiek op sociaal en op cultureel gebied relevant?

- Voelen personeelsleden zich comfortabel bij het werken met de doelpopulatie? Zijn er personeelsleden die vertrouwd zijn met de cultuur van de doelpopulatie?
- Zijn alle activiteiten en materialen binnen de methodiek consistent met de culturele tradities van de deelnemers?
- Zijn de materialen bekeken door leden van de beoogde culturele groep, om te kijken of ze cultureel gepast zijn?
- Zijn er mogelijkheden om activiteiten en materialen meer consistent te maken met de cultuur van de participanten?
- Zijn er op evidentie gebaseerd methodieken aanwezig voor gelijkaardig publiek? Welke van de activiteiten en componenten worden ontwikkeld om de cultuur te reflecteren? Kunnen sommige van deze ideeën geïntegreerd worden in de methodiek?

3 Bijlage 3: Contact met praktijkveld

Aangezien vooral vanuit theoretisch standpunt werd gewerkt, werd oorspronkelijk de optie genomen om het evaluatie-planningsmodel te toetsen aan de huidige praktijk. Vier methodieken werden hiervoor geselecteerd: Fit in je hoofd en Vroegdetectie en – interventie van psychose uit de gezondheidsdoelstelling Suicide en depressie, Tutti Frutti en Fitte school uit de gezondheidsdoelstelling Voeding en beweging. Dit zijn methodieken die reeds uitgewerkt en geïmplementeerd zijn, zodat het gehele proces van verspreiding tot bereiken van effect kon bekeken worden.

In een eerste periode vonden contactmomenten plaats waarin het vooral de bedoeling was na te gaan in welke mate gegevens beschikbaar zijn om de methodieken te beschrijven zoals dit in stap 1 'ontwikkeling' is voorzien (zie p. 71 e.v.). In deze fase waren er contacten met één tot twee personen per methodiek die een belangrijke rol speelden bij de ontwikkeling van deze methodiek.

Als resultaat van deze contactmomenten, in combinatie met het lezen van beschikbare bronnen, bleek dat er heel wat informatie beschikbaar was over de ontwikkeling van de vier methodieken. In de context van deze studie was het echter niet mogelijk om alle noodzakelijke informatie te verzamelen gezien dit meerdere contacten inhield. Belangrijk leerpunt uit deze contacten is dat er een centrale plaats is of personen zijn die een globaal zicht hebben over de ontwikkeling van een project en alle aspecten die daar bijhoren zoals een pilootproject, het implementatie plan, e.d.

Na verdere ontwikkeling van het model, werden nieuwe contacten gepland in functie van de stappen 2, 3 en 4. Bedoeling was om na te gaan in welke mate er voor de vier geselecteerde methodieken gegevens beschikbaar zijn die volgens het evaluatie-planningsmodel gevraagd worden en waar de verschillende actoren volgens hun taak binnen de methodiek over zouden moeten beschikken. Indien men er niet over beschikte werd gevraagd of ze mogelijke bronnen zagen om deze beschikbaar te maken, wat hun evaluatie is van deze bronnen, wie volgens hen deze gegevens zou moeten/kunnen verzamelen, tegen welke voorwaarden e.a. In deze fase was er contact met twee personen die vooral de taak van ontwikkelaar opnemen en één persoon die de taak van verspreider opneemt. De ontwikkelaars gaven aan dat voor de meeste methodieken informatie beschikbaar was over de verspreiding, namelijk wie verspreidt en of overdracht naar verspreiders gebeurde volgens plan, echter omtrent andere elementen van verspreiding was minder informatie beschikbaar. Omtrent de volgende stappen van EFeKT was een beperkt deel van de beschikbare informatie direct toegankelijk, waarbij dit sterk afhankelijk was van de methodiek. Bij sommige methodieken wordt bijvoorbeeld een studie opgezet om bepaalde effecten te meten, of wordt gebruik gemaakt van registraties (waardoor men bv. zicht heeft op het aantal eindgebruikers), terwijl dit bij andere methodieken niet aanwezig is, en men dus het proces minder in kaart kan brengen of het effect kan nagaan.

Verspreiders hadden vooral een goed zicht op de verspreidingsstap. Belangrijke leerpunten uit het contacten met de verspreider waren: 1) dat de verspreiding van

methodieken meestal een intensieve fase kent en dat er nadien nog weinig wordt geïnvesteerd, wat tot gevolg heeft dat men in deze intensieve fase vooral de “vroege adopters” bereikt en dat er weinig geïnvesteerd wordt in intermediairen of eindgebruikers van een methodiek die eerst wachten op resultaten en ervaringen van deze “vroege adopters”; 2) dat de verspreiding van een methodiek in elk geval op het vlak van timing erg verschillend gebeurt door de verschillende verspreiders; 3) dat de beschikbare informatie erg verspreid zit, dat beperkt geregistreerd wordt en niet steeds met specifieke evaluatiedoelen voor ogen.

De contactpersonen konden geen mogelijke additionele bronnen identificeren voor het registreren van gegevens over de verspreiding en de uitvoering van de methodiek. Behalve bij enkele personen was er geen visie aanwezig op evaluatie en de verwachtingen hier tegenover. Wanneer het evaluatie-planningsmodel in de praktijk zal worden toegepast zullen de actoren vooreerst voldoende informatie moeten krijgen over het concept van de evaluatie, het belang ervan en de mogelijkheden om de nodige gegevens te verkrijgen.

Publicaties van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid & Gezin

SWVG Feiten & Cijfers

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

SWVG Feiten & Cijfers 8	Beschrijving van de KANS steekproef: representativiteit, demografische en socio-economische kenmerken, gezondheidstoestand en zorggebruik
SWVG Feiten & Cijfers 7	Als mama rookt, rookt de baby mee
SWVG Feiten & Cijfers 6	Een wereld van verschil. Zien baby's aantallen?
SWVG Feiten & Cijfers 5	Kleine kinderen, kleine zorgen? Ondersteuningsbehoeften van ouders met zuigelingen in relatie tot ouder-, kind- en gezinskenmerken
SWVG Feiten & Cijfers 4	Depressieve klachten bij kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken
SWVG Feiten & Cijfers 3	Preventie van spina bifida en andere neuralebuisdefecten door foliumzuursuppletie tijdens de zwangerschap
SWVG Feiten & Cijfers 2	Het hulpaanbod voor mensen met depressieve klachten in (I)CAW en OCMW: beantwoordt het aanbod aan de vraag?
SWVG Feiten & Cijfers 1	Depressieve klachten en suïcidaliteit in de (I)CAW en OCMW: onderzoek naar de ernst en de relatie tot armoede

SWVG Rapporten

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

Rapport 12 2011/01	EFeKT - Evalueren van effecten en Kernprocessen van preventieve methodieken, ontwikkeld binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen
Rapport 11 2010/02	JOnG! Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment
Rapport 09 2009/06	Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen
Rapport 08 2009/05	Indicatoren als basis voor een zelfevaluatie- en auditinstrument van CGG
Rapport 07 2009/04	Het gebruik van opvang voor kinderen jonger dan 3 jaar in het Vlaamse gewest
Rapport 06 2009/03	Vraagverheldering in de preventieve gezinsondersteuning van Kind & Gezin: Een onderzoek naar de validering van de IJsbrekermethodiek

Rapport 05 2009/02	Effectevaluatie Spreekuur volgens de methodiek van Triple P en vergelijking met het huidige Spreekuur Opvoedingsondersteuning
Rapport 04 2009/01	Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel
Rapport 03 2008/08	Evaluatie Time-outprojecten - Bijzondere jeugdbijstand
Rapport 02 2008/06	De prioriteiten op het vlak van welzijn en gezondheid: visies van betrokkenen in 8 regio's
Rapport 01 2008/03	Toekomstig ziekenhuislandschap in Vlaanderen

SWVG Werknota's

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

Werknota 10 2010/04	De netwerken van Integrale Jeugdhulp geanalyseerd vanuit een keten- en netwerkmanagementperspectief - Een casestudie
Werknota 08 2009/11	Zorg op de Europese markt
Werknota 07 2009/10	Beleidsruimte van de overheid in de zorgsector
Werknota 06 2009/09	Overheidsinstrumentarium in de zorgsector – onderzoekskade
Werknota 05 2008/07	De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's
Werknota 02 2008/02	Begrippen en effecten van marktwerking: een literatuurverkenning
Werknota 01 2008/01	Ontwikkelingen betreffende de Europese Dienstenrichtlijn en de zorgsector"

SWVG Boeken

(te bestellen via <http://www.acco.be/uitgeverij/nl>)

Boek 2 2010/01	Modelontwikkeling voor de economische evaluatie van welzijns- en gezondheidsprojecten en projectplannen (ISBN:9789033480706)
Boek 1 2009/08	Deugdelijk bestuur in de non-profit welzijns- en gezondheidssector (ISBN:9789033477980)