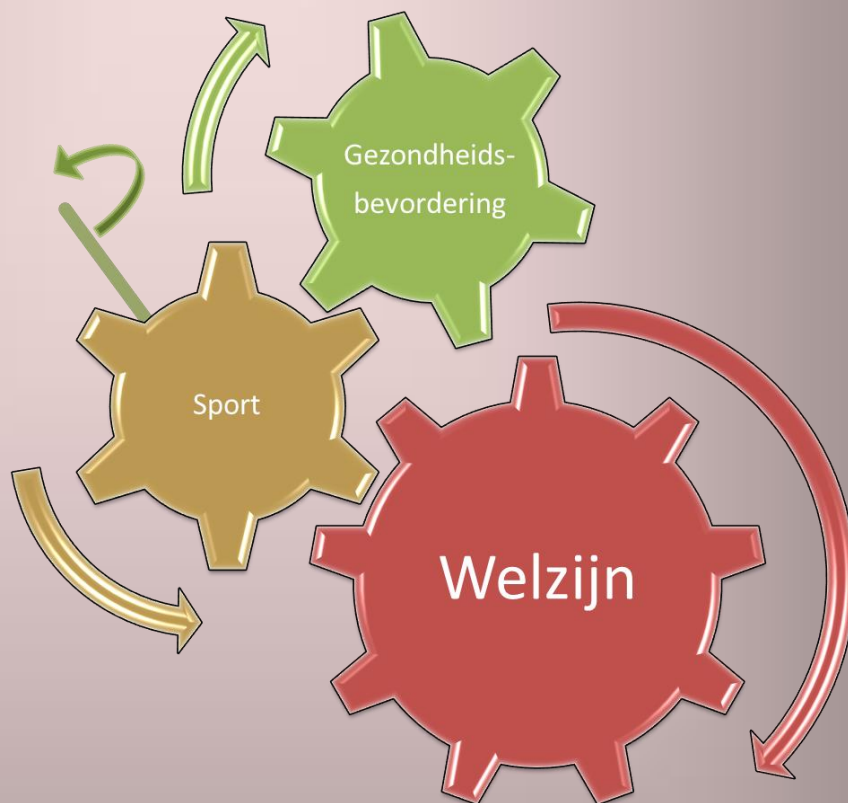


## ***“Kosten en baten van buurtgerichte beweegprogramma’s”***

***Gezien vanuit de drie beleidsperspectieven sport, welzijn en gezondheidsbevordering***



Ernst Brandsen

Msc Thesis

December 2014



**WAGENINGENUR**  
For quality of life



Wageningen Universiteit

Leerstoel Economics Of Consumer & Households (ECH)

***“Kosten en baten van buurtgerichte beweegprogramma’s”***

*Gezien vanuit de drie beleidsperspectieven sport, welzijn en gezondheidsbevordering*

Ernst Brandsen  
910314118090  
Msc Thesis  
ECH-80433  
December 2014

Begeleiders

Dr. J.A.C. van Ophem  
Ir. M.C. Herens

Beoordelaars

Prof. dr. G. Antonides  
Dr. J.A.C. van Ophem





# Voorwoord

---

Beweeginterventies ten behoeve van een betere gezondheid van mensen sluiten aan bij mijn persoonlijke visie op een gezonde levensstijl: een gebalanceerd leven met een gezond voedingspatroon en regelmatige 'sociale beweging', dat is beweging met anderen. Daarnaast past het onderwerp van gezondheid en een actieve bevolking bij mijn persoonlijke interesse naar menselijk gedrag in de maatschappij. Bovendien vindt dit onderwerp raakvlak bij een van mijn grootste hobby's, namelijk voetbal.

Dit project heeft mij gemotiveerd van begin tot eind. Het bood de mogelijkheid bij te dragen aan het gemeenschappelijk doel van een gezondere bevolking en de vermindering van ziekten voortkomend uit een tekort aan sport en bewegen.

Bij het inzichtelijk maken van het onderzoek heb ik hulp gehad van diverse mensen vanuit de universiteit en het werkveld. Hierbij wil ik mevrouw Herens bedanken voor haar enthousiasme en de vele waardevolle documenten waarmee zij mij voorzag van informatie. Ook dank aan de heer van Ophem, zowel voor de inhoudelijke begeleiding als voor de ontspannen gesprekken over alles behalve het onderzoek.

Ten slotte gaat dankbaarheid uit naar mijn moeder, voor haar mentale steun en de mogelijkheid om mijn hoofd te legen door het uitlaten van onze ouwe trouwe viervoeter Kees.

Ernst Brandsen

Wageningen, december 2014



# Samenvatting

---

Lage socio-economische status (SES) groepen zijn fysiek minder actief ten opzichte van andere bevolkingsgroepen. Dit heeft als gevolg een hogere kans op overgewicht, hart- en vaatziekten en diabetes type 2. Het belang van gezondheidsbevorderende initiatieven met als doel het verbeteren van de gezondheid en het voorkomen van chronische ziekten wordt erkend. Het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) heeft het buurtgerichte beweegprogramma Communities in Beweging (CiB) ontwikkeld, met als doel een gezonde en actieve leefstijl te bevorderen door middel van het stimuleren van meer lichamelijke beweging.

Het is vanuit economisch oogpunt belangrijk om uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van buurtgerichte beweegprogramma's (BBP's). Evaluaties op basis van kosteneffectiviteit stuiten echter nog op problemen. Kosten en baten van BBP's lijken uiteenlopend te worden gedefinieerd. Mede hierdoor is een effectiviteitsmeting van een BBP tot op heden onduidelijk. Meer helderheid in definities ten aanzien van kosten en baten helpt bij het formuleren en uitvoeren van een kosten-batenanalyse van een BBP. Deze studie beschrijft drie perspectieven van waaruit kosten en baten door professionals worden gedefinieerd, namelijk sport, welzijn en gezondheidsbevordering.

Centrale vraag: *'Hoe kan de kosteneffectiviteit van een BBP als CiB worden bepaald, op basis van de drie perspectieven sport, welzijn en gezondheidsbevordering?'*

Een mixed methods' aanpak onderzoek is toegepast door kwalitatief en kwantitatief onderzoek te integreren om tot een methode van kosteneffectiviteitsbepaling van een BBP te komen. Het literatuuronderzoek gaf inzicht in de drie perspectieven op kosten en baten. Deze perspectieven zijn in de praktijk getoetst door middel van diepte interviews ( $N=10$ ) met ontwikkelaars en een documentenanalyse ( $N=41$ ).

Om de kosteneffectiviteit van de effecten sportparticipatie (sport), welbevinden (welzijn) en HRQoL (gezondheidsbevordering) te meten is een KER berekening toegepast op de drie effecten. Een Wilcoxon Signed-Rank Test, op basis van gegevens op deelnemersniveau uit onafhankelijk onderzoek op een BBP in Helmond, laat zien dat de effecten HRQoL, Life Satisfaction (welbevinden) en Sportparticipatie niet significant zijn.

Door de drie verschillende gehanteerde perspectieven in theorie en praktijk, lopen definities van doelstellingen, kosten, baten en dus de normen voor kosteneffectiviteit sterk uiteen. Mede hierdoor ontstaat complexiteit in samenwerking tussen ontwikkelaars en zijn kosten en baten zeer lastig in volledige vorm te identificeren en te kwantificeren.

Daarnaast stuiten effectmetingen van BBP's op problemen aangezien t0 niet duidelijk kan worden bepaald. Deelnemers stromen namelijk in vanuit andere BBP's of BBP's kennen een doorstart. Op basis hiervan kan de vraag worden gesteld of het interventie denken compatibel is met (kosteneffectiviteitsbepaling van) gezondheidspromotende initiatieven.

Economische verantwoording van effecten van gezondheidspromotende initiatieven is complex. Deze studie roept om meer transparantie in kosten door ontwikkelaars van BBP's. Daarnaast is meer onderzoek nodig naar identificatiemethoden van (korte en) lange termijn effecten van beweeginitiatieven. Ten slotte blijkt een vraag naar standaardisatie in kosteneffectiviteitsbepaling van gezondheidspromotende initiatieven. Ook het identificeren en kwantificeren van individuele en maatschappelijke effecten om vervolgens de kosteneffectiviteit ervan te bepalen vraagt om verder onderzoek.

# Inhoud

---

1. Inleiding .....	11
1.1 Probleem- en doelstelling.....	12
1.2 Vraagstelling.....	13
1.3 Methode.....	13
1.3.1 Beantwoording van deelvraag 1 – literatuuronderzoek .....	13
1.3.2 Beantwoording van deelvraag 2 – empirisch onderzoek .....	14
1.3.3 Beantwoording van deelvraag 3 – best practice kosteneffectiviteit berekening .....	16
2. Literatuuronderzoek.....	17
2.1 Sport.....	17
2.1.1 Kosten .....	17
2.1.2 Baten.....	18
2.1.3 Metingen en perspectieven .....	21
2.2 Welzijn.....	24
2.2.1 Kosten .....	24
2.2.2 Baten.....	25
2.2.3 Metingen en perspectieven .....	26
2.3 Gezondheidsbevordering.....	28
2.3.1 Kosten .....	28
2.3.2 Baten.....	29
2.3.3 Metingen en perspectieven .....	29
2.3.4 Effectmetingen in de gezondheidseconomie – Kosten.....	31
2.3.5 Effectmetingen in de gezondheidseconomie – Baten .....	32
2.4 Concluderend beeld literatuur .....	37
2.4.1 Gezondheidsbevordering.....	37
2.4.2 Welzijn.....	38
2.4.3 In het kort.....	38
2.5 Verwachtingen.....	39
3. Resultaten empirisch onderzoek .....	41
3.1 Resultaten - Interviews.....	41
3.1.1 Analyse 1 – De deductieve analyse .....	41
3.1.2 Analyse 2 – De inductieve analyse .....	45
3.1.3 Resultaten in het kort .....	47
3.2 Resultaten - Documenten Analyse .....	47
3.2.1 Netwerk Analyse .....	47
3.2.2 Kosten en baten .....	48
3.3 Kosten en baten vanuit de literatuur, interviews en documenten .....	49



3.3.1 Resultaten in het kort .....	51
3.4 Toepassing KER berekening op een BBP in Helmond .....	52
3.4.1 Best practice format .....	52
3.4.2 Best practice toepassing.....	53
4. Conclusies en discussie .....	55
4.1 Beantwoording onderzoeksvragen .....	55
4.1.1 Beantwoording deelvraag 1.....	55
4.1.2 Beantwoording deelvraag 2.....	55
4.1.3 Beantwoording deelvraag 3.....	56
4.1.4 Beantwoording centrale vraag .....	56
4.2 Discussie.....	57
4.2.1 Terugkoppeling naar theoretische inzichten .....	57
4.2.2 Tussen perspectieven op kosten en baten van BBP's.....	57
4.2.3 Complicaties van BBP's .....	58
4.2.4 Vervolgstudies.....	59
4.2.5 Onderzoeksbependingen .....	59
Referenties .....	62

## **Boxen**

---

Box 1 – Communities in Beweging (CiB)	11
Box 2 – Kosteneffectiviteit	29
Box 3 – KER van effecten op individueel niveau	52
Box 4 – Sample beschrijving	53

## **Tabellen**

---

Tabel 1 – Stappenplan voor analyse	15
Tabel 2 – Kosten en baten van bbp's uit de geraadpleegde literatuur	40
Tabel 3 – Overzicht van gevonden investeringen/financieringen	48
Tabel 4 – Kostenoverzicht	49
Tabel 5 – Batenoverzicht (1)	50
Tabel 6 – Batenoverzicht (2)	51
Tabel 7 – Beschrijvende statistieken van drie effecten van een BBP	54

## **Figuren**

---

<i>Figuur 1</i> – Onderzoeksmodel	16
<i>Figuur 2</i> – Een overlapping van perspectieven kijkend naar kosten en baten van BBP's	17
<i>Figuur 3</i> – Waarde categorisatie theorie	21
<i>Figuur 4</i> – Sport Value Framework	23
<i>Figuur 5</i> – Structuren en normen in SK	28
<i>Figuur 6</i> – Verschillen in perspectief op BBP's volgens de geraadpleegde literatuur	39

# 1. Inleiding

---

Fysieke inactiviteit is, mondiaal gezien, een toenemend probleem. De WHO classificeert het als een grote risicofactor op mortaliteit, met een geschatte 3,2 miljoen doden als gevolg (WHO, 2011). In Nederland is, ondanks een daling in de hoeveelheid vrije tijd, het gemiddelde aantal uren per week besteed aan sport de laatste veertig jaar verdubbeld (Tiessen-Raaphorst et al., 2010). Als percentage van de dalende vrije tijd is sportdeelname van de algehele bevolking dus toegenomen.

Desondanks zijn er bevolkingsgroepen die achterblijven in deze trend. Lage Socio-Economische Status (SES) groepen sporten significant minder dan hoge SES groepen (Wendel-Vos et al., 2009). Dit heeft overgewicht en een hogere kans op hart- en vaatziekten en diabetes type 2 als gevolg (Wolfenstetter, 2011). Lage SES groepen zijn over het algemeen geconcentreerd in lage inkomenswijken waarin de omgeving vaak beperkte sportfaciliteiten biedt (Gordon-Larsen et al., 2000).

Het belang van gezondheidsbevorderende initiatieven met als doel het verbeteren van de gezondheid en het voorkomen van chronische ziekten kent draagvlak (Müller-Riemenschneider et al., 2006). Interventieprogramma's voor fysieke activiteit kunnen tevens de kosten van arbeidsverzuim en de gezondheidszorg drukken (Proper en Van Mechelen, 2008).

Het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) heeft het buurtgerichte beweegprogramma (BBP) Communities in Beweging (CiB) ontwikkeld. Het doel hiervan is een gezondere leefstijl te bevorderen door middel van het vergroten van de fysieke activiteit van lage SES groepen. Zodoende wordt geprobeerd de sociale participatie, kwaliteit van leven en levenstevredenheid van deelnemers te vergroten (Herens et al., 2013). In deze doelstelling schuilen drie verschillende perspectieven, namelijk gezondheid (een gezondere leefstijl), sport (door middel van fysieke activiteit) en welzijn (ter vergroting van de sociale participatie en kwaliteit van leven).

## Box 1 - **Communities in Beweging (CiB)**

CiB is in 2003 van start gegaan met als centrale vraag hoe mensen met bewegingsarmoede uit de lagere sociaal economische klasse gestimuleerd kunnen worden tot een actievere leefstijl. De redenering luidt dat een actievere leefstijl leidt tot fitte mensen welke meer plezier hebben in hun leven. Dit vormt de basis voor een actieve participatie aan de samenleving (NISB, 2007). Lokale belanghouders als de GGD, welzijnsorganisaties, onderwijsinstellingen, provinciale sportraden, vrijwilligerscentrales tezamen met externe experts vormen de bouwstenen van het aanbod van CiB.

De 7 werkprincipes van CiB zijn:

1. Sociale netwerkbenadering,
2. Fysieke en sociale omgeving,
3. Actieve Participatie,
4. Plezier in bewegen,
5. Aandacht voor groepsproces,
6. Intersectorale samenwerking,
7. Structurele inbedding.

*(Bron: NISB, 2007)*

## 1.1 Probleem- en doelstelling

---

In de samenwerking tussen de sectoren sport, welzijn en gezondheidsbevordering worden uiteenlopende definities van kosten en baten gehanteerd door professionals. Dit bemoeilijkt het evalueren van beweeginterventies als CiB op basis van kosteneffectiviteit (Wolfenstetter et al., 2012). Toch is het, vanuit economisch oogpunt, belangrijk om uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van deze programma's.

De probleemstelling luidt als volgt:

*'Kosten en baten van buurtgerichte beweegprogramma's worden vanuit de sectoren sport, welzijn en gezondheidsbevordering uiteenlopend gedefinieerd, wat effectiviteitsbepaling bemoeilijkt.'*

De probleemstelling vraagt om opheldering van de drie perspectieven sport, welzijn en gezondheidsbevordering. De doelstelling luidt daarom als volgt:

*'Inzicht verkrijgen in definities van kosten en baten vanuit de drie perspectieven sport, welzijn en gezondheidsbevordering om, zo mogelijk, hiermee de kosteneffectiviteit van een buurtgericht beweegprogramma te bepalen door middel van een kosten- batenanalyse.'*

Uit de doelstelling komen de kernbegrippen buurtgericht beweegprogramma (BBP), kosteneffectiviteit, kosten en baten naar voren. Deze dienen verduidelijkt te worden.

### **Buurtgericht beweegprogramma (BBP)**

Het NISB (2007) omschrijft werkprincipes van een BBP, namelijk: een focus op lage SES groepen op community niveau, een actievere leefstijl stimuleren middels bewegingsactiviteiten, gekwalificeerde groepsbegeleiding en deskundigheid en toespitsing op de specifieke fysieke en sociale omgeving. Deze werkprincipes fungeren als kader waarbinnen BBP's vallen. Beweeginterventies buiten deze kaders vallen buiten het bereik van deze studie. Ook programma's die niet gericht zijn op bewegen vallen buiten de definitie.

### **Kosteneffectiviteit**

"Een economische evaluatie geeft inzicht in de verhouding tussen de kosten en effecten en kan worden gedefinieerd als een verzamelnaam voor onderzoek naar de economische prestaties van interventies" (Morris et al., 2007). Boonk (2012) vermeldt dat een economische evaluatie een antwoord probeert te geven op de vraag hoe de verhouding is tussen middelen (geld of menskracht) en uitkomsten (effecten). In deze studie staat 'economische evaluatie' gelijk aan een 'kosten baten analyse (KBA)'. Een KBA waardeert kosten en baten in termen van euro's en trekt deze van elkaar af. Dit wil zeggen dat als men de kosten van de baten aftrekt, gerekend naar een bepaalde tijdsperiode, men een positief getal overhoudt. Kosten en baten worden ter vergelijking beiden uitgedrukt in euro's, dit zijn dus de in euro's uitgedrukte waarden van zowel de kosten als de baten van een beweeginterventie.

### **Kosten**

Kosten zijn iedere vorm van schaarstebronnen die door een betrokkene van een BBP moet worden opgegeven, gewaardeerd in euro's. Dit kan dus ook in de vorm van tijd zijn. Tijd kan worden gemonetariseerd aan de hand van 'opportunity costing' ofwel opportuniteitskosten (Morris et al., 2012). Kosten kunnen worden onderverdeeld naar individuele kosten voor de participant (tijd, geld), individuele kosten voor de ontwikkelende en uitvoerende organisatie (docentkosten, zaalhuur) en maatschappelijke kosten (Herens et al., 2013). Tevens kunnen kosten zich eenmalig voordoen maar ook herhaaldelijk of gedurende een langere periode (Deuten, 2007).

## **Baten**

Baten zijn alle positieve gevolgen die voortkomen uit een BBP ten behoeve van een betrokkene of ten behoeve van de maatschappij. Baten worden onderscheiden in individuele baten voor de participant (gezondheidswinst), individuele baten voor de ontwikkelende of uitvoerende organisatie (naamsbekendheid) en programmabaten op maatschappelijk niveau (sociale cohesie). Baten kunnen dus individueel zijn maar ook maatschappelijk. Baten kunnen zich eenmalig voordoen, gedurende langere tijd, zich op korte termijn voordoen of op lange termijn pas zichtbaar worden. Baten die zich indirect of op langere termijn voordoen worden externe effecten genoemd (Deuten, 2007).

## **Betrokkenen**

Onder betrokkenen (ook genoemd 'professionals') worden verstaan: lokale betrokken organisaties, lokale netwerken, programma ontwikkelaars, programma uitvoerders, gemeentelijke vertegenwoordigers en deelnemers van BBP's. Nationale organisaties worden niet als betrokken beschouwd, tenzij vermeld. Betrokkenen zijn personen of instanties die enige vorm van kosten of baten hebben bij de ontwikkeling en uitvoering van een BBP.

## **1.2 Vraagstelling**

---

De vraagstelling vloeit voort uit de doelstelling.

**Centrale vraag:** *'Hoe kan de kosteneffectiviteit van een BBP worden bepaald, op basis van de drie perspectieven sport, welzijn en gezondheidsbevordering?'*

Deelvraag 1 *'Wat zijn de theoretische inzichten omtrent kosten en baten van een BBP vanuit de drie perspectieven sport, welzijn en gezondheidsbevordering?'*

Deelvraag 2 *'Wat zijn de professionele inzichten omtrent kosten en baten van een BBP vanuit de drie perspectieven sport, welzijn en gezondheidsbevordering?'*

Deelvraag 3 *'Hoe kunnen de gevonden inzichten vanuit de drie perspectieven worden omgezet naar een format voor een economische evaluatie van een buurtgericht beweegprogramma?'*

## **1.3 Methode**

---

### **1.3.1 Beantwoording van deelvraag 1 – literatuuronderzoek**

Het literatuuronderzoek geeft antwoord op de vraag welke theoretische inzichten van kosten- en batendefinities van BBP's bekend zijn binnen de academische literatuur. Literatuur wordt per perspectief geanalyseerd. Dit resulteert in kosten- en batendefinities vanuit de drie perspectieven waarbij verschillen en overeenkomsten duidelijk worden. Ook wordt gezocht naar meetinstrumenten van kosten en baten om te onderzoeken in hoeverre de perspectieven kunnen bijdragen aan een kosteneffectiviteitsmeting van een BBP. De inzichten uit het literatuuronderzoek worden in de praktijk geverifieerd door middel van interviewvragen.

Het literatuuronderzoek wordt systematisch uitgevoerd op basis van de doelstelling van een BBP, welke luidt: "Het bevorderen van een gezondere leefstijl door middel van het vergroten van de fysieke activiteit van lage SES groepen om zo de sociale participatie, kwaliteit van leven en levenstevredenheid van deelnemers te vergroten (Herens et al., 2013). De sleuteltermen per perspectief zijn 'gezonde(re) leefstijl' (gezondheidsbevordering), 'fysieke activiteit' (sport), 'sociale participatie' (welzijn), 'kwaliteit van leven'

(welzijn) en 'levenstevredenheid' (welzijn). Deze termen fungeren als zoekcriteria. Zie bijlage I voor een uitgebreid overzicht van zoekspecificaties en hits.

Artikelen en citaties worden gevonden via Google Scholar alsmede de Global Search van Wageningen UR waarmee toegang wordt verstrekt tot een grote diversiteit aan journals en databases. De gebruikte databases zijn Pubmed, CAB Abstracts en Medline. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van de snowball-techniek, waarbij referenties van artikelen worden benaderd die overeenkomsten hebben met de gebruikte zoektermen.

### **1.3.2 Beantwoording van deelvraag 2 – empirisch onderzoek**

De studie vraagt om kwalitatief onderzoek aangezien er, vanuit de onderzoeksvragen, behoefte is aan diepgang wat betreft de kennis, belangen en ervaring in de ontwikkeling van een BBP. Het veldonderzoek bestaat uit twee dataverzamelingmethoden: 1) interviews met professionals en 2) een analyse van aangetrokken documenten.

#### *1.3.2.1 Interviews met professionals*

Er worden professionals benaderd vanuit zes locaties. Deze locaties vormen de basis voor een selectief ontwerp van zes case studies, die onderling sequentieel met elkaar vergeleken worden. Per locatie wordt gestreefd naar twee semigestructureerde diepte interviews. Dit leidt tot een totaal van veertien interviews met betrokkenen. De professionals worden benaderd door middel van een officiële brief (bijlage II). Een week later wordt er telefonisch contact opgenomen om een afspraak te maken.

#### *1.3.2.2 Interview analyse*

Sport, welzijn en gezondheid worden als kernperspectieven gezien bij het definiëren van kosten en baten. Een analyse waarbij kosten en baten geïdentificeerd worden op basis van thematisch perspectief is passend. De getranscribeerde interviews met respondenten worden geanalyseerd door middel van een thematische analyse (TA).

TA is een methode voor het identificeren, analyseren en rapporteren van thema's in data (Braun en Clarke, 2006). Alhoewel er in de academische wereld door sommigen wordt beweerd dat TA uitsluitend een hulpmiddel is bij het gebruiken van diverse methoden (Boyatzis, 1998), menen anderen dat het een op zichzelf staande methodiek is (Braun en Clarke, 2006).

TA is compatibel met zowel essentialistische als constructivistische paradigma's in de psychologie en wordt als flexibel beschouwd door haar theoretische onafhankelijkheid. Dit laatste betekent dat zij niet gebonden is aan één theoretisch kader maar dat het juist belangrijk is dat zij in lijn staat met de doelen van het onderzoek en de hier bij horende beslissingen erkent. TA kan dus worden gebruikt voor het reflecteren van de realiteit maar ook voor het ontrafelen van de realiteit. Veel methoden richten zich op het zoeken van thema's tussen data-items in plaats van binnen één data item (Murray, 2003). Te allen tijde is het expliceren van aannames van belang (Holloway en Todres, 2003).

Volgens Braun en Clarke (2006, p. 82) vangt "een thema iets belangrijks over de data, gerelateerd aan de onderzoeksvraag, en vertegenwoordigt een zekere mate van patronen in respons of betekenis binnen de dataset". Wanneer iets een thema is hangt niet af van het aantal zinnen of minuten dat hier aan besteed is, maar draait om de mate van relatie tot de onderzoeksvragen (Braun en Clarke, 2006). Deductieve thema's worden opgesteld vanuit de doelstelling en de onderzoeksvragen (top down). Daarnaast wordt inductief gezocht naar nieuwe thema's in de data (bottom up). Hieronder vallen aspecten anders dan (de deductieve thema's) kosten, baten en effectiviteitsmetingen van BBP's. Via deze manier kunnen zich, door middel van het inductief analyseren, nieuwe onderzoeksoptieken of onderwerpen voordoen. Als criterium in dit verband moeten gevonden thema's een nauwe afspiegeling zijn van de gehele dataset.

Vervolgens is het van belang te verduidelijken op welk niveau thema's worden geïdentificeerd; op een semantisch niveau of op een latent ofwel interpretatief niveau (Boyatzis, 1998). Aangezien in de data wordt gezocht naar kosten, baten en effectmetingen van BBP's wordt gebruik gemaakt van de semantische methode. Hierbij worden thema's beschreven, gecategoriseerd en, ten slotte, getheoretiseerd in betekenis en implicaties in relatie tot eerdere studies met betrekking tot ditzelfde onderwerp. In de context van deze studie wordt een essentialistisch ofwel realistisch perspectief aangenomen.

Alhoewel TA wordt gezien als een relatieve simpele en duidelijke methode voor het analyseren van kwalitatieve data, gaan er diverse valkuilen mee gepaard die een negatieve invloed kunnen hebben op de analyse (Braun en Clarke, 2006). Ten eerste, kan het voorkomen dat de data helemaal niet geanalyseerd wordt. Daarnaast komt het vaak voor dat thema's gedefinieerd worden op basis van de interviewvragen die de respondenten beantwoorden. Op deze manier wordt er ook niet analytisch gewerkt aangezien er niet wordt gezocht naar verdere thema's of patronen over de gehele dataset. Ten derde moet ieder aspect van elk thema in zekere zin in relatie staan tot het centrale concept, welke ontwikkeling en uitvoering van BBP's is. Verder is het van belang om de thema's te onderbouwen met overtuigende extracten uit de dataset (Braun en Clarke, 2006). Het stappenplan in tabel 5 is geformuleerd aan de hand van Braun en Clarke's (2006) fasen van thematische analyse en omschrijft de acties die genomen worden.

**Tabel 1 – Stappenplan voor analyse**

---

- Stap 1 Een oriënterende analyse van de dataset. Alles wat opvalt in de transcripties documenteren en initiële codering toepassen. Documentatie en codering uitzetten in de vorm van een codeboom.
  - Stap 2 Het structureren, specificeren en reorganiseren van codes en het opmaken van een codeschema.
  - Stap 3 Het herstructureren, nummeren en kaderen van codes en het vormen van code families.
  - Stap 4 Deductieve analyse. De deductieve codes scheiden van de inductieve codes door middel van het toewijzen van code families aan de elf deductieve thema's om vervolgens de deductieve analyse uit te voeren.
  - Stap 5 Inductieve analyse. Het structureren en categoriseren van bottom-up codes om vervolgens de inductieve analyse uit te voeren.
- 

*(Braun en Clarke, 2006)*

De gesprekken met respondenten worden opgenomen (Sacks, 1992) met behulp van opnamesoftware en getranscribeerd met het computer programma Express Scribe. Bij ieder interview wordt vooraf gevraagd of de respondent akkoord gaat met de opname.

#### *1.3.2.2 Documentenanalyse*

De documentenanalyse is een analyse van lokale documentatie over evaluaties van BBP's. Documenten worden verzameld via de officiële brief (bijlage II) en tijdens de interviews. Het gaat hier om secundaire databronnen. Binnen de documenten wordt handmatig gezocht naar kosten- en batendefinities en meetmethoden van kosten en baten. Kosten, baten en meetmethoden moeten vallen binnen de gebruiksdefinities uit paragraaf 1.1. Binnen de documentenanalyse wordt ook een Netwerk Analyse (Wielinga et al., 2008) toegepast. Doel hiervan is de netwerken van actoren rondom het BBP in beeld te brengen. Het HALL framework laat clusters van factoren zien die succes binnen intersectorale samenwerking verhinderen of faciliteren. Deze clusters worden als leidraad gebruikt bij het in kaart brengen van de samenwerkingen rondom de ontwikkeling en uitvoering van BBP's. Deze theorieën zijn uiteengezet in bijlage III.

De twee methoden van dataverzameling, (1) interviews en (2) documenten analyse worden tegelijkertijd ten uitvoer gebracht. Aangezien - door geïnterviewden aangeleverde - documenten worden meegenomen in de documenten analyse is er sprake van iteratie (Verschuren en Doorewaard, 2005; Baarda en de Goede, 1995). Het iteratief proces is weergegeven in de verticale pijlen in het onderzoeksmodel in figuur 1.

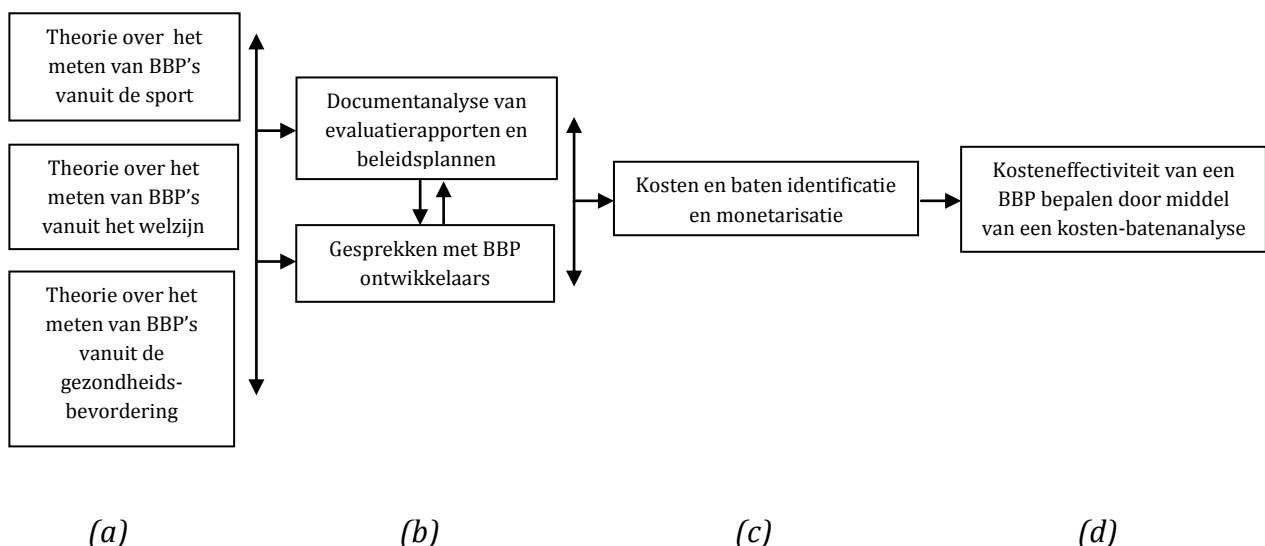
### 1.3.3 Beantwoording van deelvraag 3 – best practice kosteneffectiviteit berekening

Wanneer deelvraag 1 en 2 zijn beantwoord, wordt duidelijk in hoeverre de gevonden inzichten kunnen worden omgezet naar een structuur voor een economische evaluatie (kosten-batenanalyse) van een BBP. Op basis van de antwoorden op deelvraag 1 en 2 wordt, aan de hand van onafhankelijk onderzoek naar baten op deelnemersniveau binnen een BBP in Helmond, een best practice kosteneffectiviteitberekening toegepast. Drie effecten worden selecteerd op basis van voorgaande kwalitatieve resultaten. Deze worden vervolgens kwantitatief gemeten. Deze mixed methods aanpak integreert kwalitatieve en kwantitatieve gegevens waarbij het Mixed Methods Procedure model van Creswell et al. (2007) als leidraad fungeert.

Voor het bepalen van de kosteneffectiviteit van het BBP, waar gegevens van kosten en baten van bekend zijn, wordt gebruik gemaakt van de Kosten Effectiviteit Ratio (KER). Deze ratio meet de marginale kosten en baten tussen t0 en t2 (een periode van 12 maanden) en wordt verder uiteengezet in hoofdstuk 2.

Ten slotte worden kwantitatieve en kwalitatieve data met elkaar vergeleken via de ‘mixed methods’ aanpak. Deze methode wordt als belangrijk en omvattend beschouwd bij onderzoek naar gezondheidspromotende initiatieven (Creswell, 2007).

Het onderzoeksmodel in figuur 1 weergeeft (a) een analyse en vergelijking van de drie verschillende theoretische perspectieven over het meten van kosten en baten van BBP's. Met deze kennis wordt (b) empirisch materiaal verzameld van kosten, baten en meetmethoden van BBP's uit de praktijk. Met (c) de kennis uit theorie en praktijk wordt, zo mogelijk, (d) de kosteneffectiviteit van een BBP bepaald.



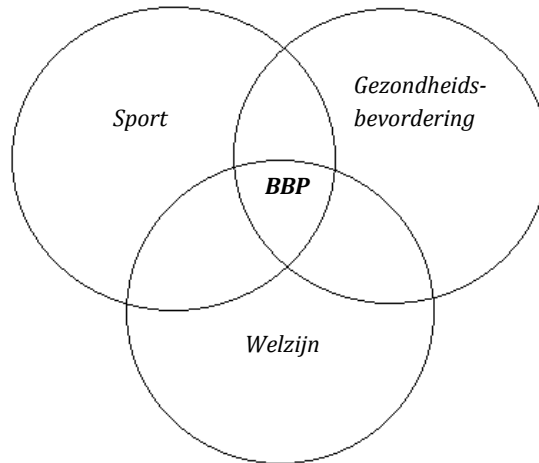
Figuur 1 – Onderzoeksmodel



## 2. Literatuuronderzoek

---

Het literatuuronderzoek geeft een beeld van de bestaande theoretische inzichten in kosten en baten. Figuur 2 weergeeft een verwachting van de overlappende perspectieven op kosten en baten van beweegprogramma's.



*Figuur 2 - Een overlapping van perspectieven kijkend naar kosten en baten van BBP's*

*(Bron: in dialoog met ir. M.C. Herens, april 2014)*

Per perspectief worden respectievelijk de volgende zaken behandeld: kosten, baten, perspectieven op effectmetingen en gezondheidspromotie.

### 2.1 Sport

---

Sportparticipatie wordt door NOC\*NSF ingedeeld in drie groepen: (1) lage sportparticipatie (minimaal niet duurzaam sporten ofwel af en toe sporten), (2) midden sportparticipatie (duurzaam sporten ofwel minimaal regelmatig in de afgelopen vijf jaar, beweegnorm van minimaal drie dagen per week en een fitnorm van minimaal een keer per week) en (3) hoge sportparticipatie (duurzaam sporten ofwel minimaal regelmatig in de afgelopen vijf jaar, beweegnorm van minimaal drie dagen per week, een fitnorm van minimaal een keer per week en vindt zichzelf een sporter) (NOC\*NSF, 2011).

#### 2.1.1 Kosten

Verschillen in sportparticipatie (bij jeugd) doen zich voor tussen huishoudens met een hoog inkomen en huishoudens met een laag inkomen. Kinderen van hoge inkomens sporten het meest en kinderen van lage inkomens sporten het minst. Hierbij zijn financiële drempels de grootste veroorzaker van het verschil (Clark, 2008). Niet alleen ouders maar ook kinderen bewegen minder. Verder biedt de omgeving van lage inkomenswoningen vaak gelimiteerde sportfaciliteiten (Gordon-Larsen et al., 2000) en percepties van veiligheid verhinderen toegang tot buurtspeeltuinen of bewegingsruimtes (Carver et al., 2008). Volgens Humbert et al. (2006) moet de toegang tot fysieke activiteitenprogramma's verbeterd worden in lage Socio-Economische Status (SES) buurten.

Sportdeelname wordt als onderdeel van sociale participatie gezien en geldgebrek vergroot de kans op sociale uitsluiting oftewel een begrenzing van de sociale participatie (Jehoel-Gijsbers, 2004). De financiële drempel belemmert in een toenemende mate naarmate het inkomen lager is. "De kans op sociale uitsluiting neemt toe bij een cumulatie van risicofactoren: laag inkomen, laag opleidingsniveau, slechte

gezondheid, alleenstaand ouderschap en werkloosheid. Bij slechts een klein deel van de bevolking zijn bijna al deze factoren (4-5%) gelijktijdig aanwezig. Relatief vaak komt een cumulatie van factoren voor bij etnische minderheden, met name bij Turkse en Marokkaanse Nederlanders, bij ouderen en bij alleenstaanden" (Tiessen-Raaphorst et al., 2010, p. 37-38).

Een tweede reden voor een verminderde sportdeelname van ouderen is volgens het rapport van het CPB de sterke toename in de kans op lichamelijke beperkingen na de leeftijd van 45 jaar. Deze beperkingen hoeven het sporten niet direct te belemmeren maar verondersteld kan worden dat een toename in beperkingen een afname in de sportmotivatie kan betekenen (Tiessen-Raaphorst et al., 2010). Daarnaast worden, voor mensen tussen de 35 en 64 jaar, factoren als etniciteit, burgerlijke stand, opleidingsniveau en huishoudinkomen gerelateerd aan de mate van sportparticipatie. Ook dagelijkse bezigheden spelen een rol: mensen met werk of actief in een huishouden sporten vaker dan werklozen of arbeidsongeschikten.

Alhoewel al deze factoren invloed hebben op de mate van sportparticipatie, wijzen ze niet direct naar motieven (met andere woorden subjectieve kosten of baten) van mensen om al dan niet te sporten. Toch kunnen ze fungeren als achtergestelde oorzaken en subjectieve kosten of baten. Een allochtone vrouw op leeftijd heeft, als gevolg van haar afkomst, een taalachterstand die haar belet mee te doen met een BBP. Hier kan worden gesteld dat de kosten voor het assimileren of deelnemen in een groep te veel gepercipieerde moeite voor participatie vraagt oftewel te hoge assimilatiekosten.

Op basis van gegevens van het CBS schrijven Tiessen-Raaphorst et al. (2010) dat, in 2007, 3,3 miljard euro aan sport is besteed, ten opzichte van de totale consumptieve bestedingen van 217 miljard euro. Hierbij zijn gezinnen met kinderen de grootste aandeelhouders (gemiddeld 908 euro per jaar). De grootste kostenpost is contributie en lesgeld. Overige kosten zoals sportartikelen en kleding vallen daarbij in het niet. "Gezinnen, waarvan het jongste kind 6 jaar of jonger is, betalen gemiddeld 385 euro per gezin per jaar aan contributie; bij gezinnen met oudere kinderen is dit 447 euro" (Tiessen-Raaphorst et al., 2010: 221). Sporters zonder lidmaatschap bij een sportvereniging zijn goedkoper uit dan sporters met lidmaatschap: 241 euro per jaar tegenover 366 euro.

Andere vormen van kosten voor beweegprogramma's binnen de kaders van het sportperspectief zijn niet gevonden.

## **2.1.2 Baten**

### *2.1.2.1 Participanten niveau*

Volgens Sharp et al. (2007) is sport een veelvoorkomende vorm van participatie en bevat sport aspecten van psychologische betrokkenheid. Sport biedt een goede context voor ontwikkeling (Danish et al., 2000) en spreekt het vele sociale capaciteiten van deelnemers aan (Brunelle et al., 2007). Recentelijk gaat aandacht uit naar psychologische gevolgen van sport participatie. Factoren als de te ervaren gevoelens tijdens de activiteit, motivatie, beleving, competentie en investering spelen ook een rol bij psychologische betrokkenheid (Bartko, 2005; McCarthy et al., 2008) en zijn voornamelijk positief aan elkaar gerelateerd (Busseri et al., 2011). Hierbij schrijven Papacharisis et al. (2005) dat positieve gevoelens en gedachten over de sport (psychologische betrokkenheid) meer invloed hebben bij het promoten van positieve ontwikkeling dan de eigenlijke mate van sport participatie zelf. Busseri et al. (2011) concluderen in hun studie naar betrokkenheid in sport dat een toename in sport betrokkenheid (intensiteit van sporten) een toename in de inter-personele identiteit van deelnemers tot gevolg heeft. Vooral teamsporten bieden een rijke context voor inter-persoonlijke vaardigheden (Brunelle et al., 2007).

Sporten biedt tal van voordelen op zowel psychologisch (Danish et al., 2010; McGuire en Gamble, 2006; Brewer et al., 2006) als op fysiologisch (Asztalos et al., 2012; DoH, 2001; Fontaine, 2000) terrein. Sporten verbetert de kwaliteit van slapen (DoH, 2001), zorgt voor een afname van paniekaanvallen en

tegelijktijd een toename in energie niveau (Fontaine, 2000). De belangrijkste psychologische gevolgen van fysieke activiteit zijn minder depressie en angst, een betere gemoedstoestand (Asztalos, 2009), een toename in zelfvertrouwen (Landers, 1997), een verbetering van het fysieke zelfbeeld, zelfeffectiviteit, beter cognitief functioneren (Fox, 1999), een toename in HRQoL (Vuillemin et al., 2005) en effectieve stresspreventie en stressvermindering (Wijndaele et al., 2007). Ook worden uiteenlopende positieve effecten genoemd zoals verbeterd subjectief welzijn, beter fysiek functioneren en het tegengaan van leeftijdgerelateerde cognitieve achteruitgang (Asztalos et al., 2012).

Als belangrijkste motief voor het participeren in sport worden, in het rapport van het CPB, “gezond blijven” en “fitheid” genoemd (Tiessen-Raaphorst et al., 2010). Daarnaast spelen “plezier”, “gezelligheid” en een “goede conditie” ook een belangrijke rol. Voor het niet participeren in sport wordt als belangrijkste reden “tijdgebrek” genoemd. Dit hoofdmotief verandert in “slechte gezondheid” vanaf 45 jaar. Daarnaast worden hoofdzakelijk gevonden dat men “al genoeg beweging krijgt” en dat men “liever iets anders doet” in de vrije tijd. Deze redenen intrigeren omdat er hier sprake is van een bewuste afweging van alternatieven waarbij verschillende attributen van activiteiten tegen elkaar worden afgewogen.

Sport fungeert als middel voor het ontwikkelen van vaardigheden voor verantwoordelijkheid, conformiteit, volharding, risico nemen, moed en zelfbeheersing (Kleiber & Kirshnit, 1991). Kleiber & Hishnit (1991) schrijven echter dat sport niet automatisch een gezonde ontwikkeling promoot. “There appears to be nothing inherent about playing, competing, or knocking a ball around that teaches adolescents positive values and skills.” Hieruit volgt de vraag welke programma-eigenschappen vereist zijn voor een goed ontwikkelingsmilieu. Alhoewel het “National Research Council and Institute of Medicine” (2002) een achttal criteria ontwikkelde voor een toename in sportparticipatie van jongeren, zijn een aantal van deze criteria ook toepasbaar op volwassenen: fysieke en psychologische veiligheid, steunende relaties, mogelijkheden tot er bij horen, positieve sociale normen, mogelijkheden tot het ontwikkelen van bekwaamheden. Mochten deze criteria inderdaad essentieel zijn voor een goed ontwikkelingsmilieu, dan moeten de activiteiten doelmatig en gestructureerd vormgegeven worden (Weiss en Murphy, 1995). De studie van Brunelle et al. (2007), suggereert dat pro sociale houdingen en waarden aangeleerd kunnen worden in een omgeving die dit stimuleert.

Niet alleen bij intensieve sporters maar ook bij recreatiesporters kan sport participatie invloed uitoefenen op het zelfbeeld. Een belangrijke vraag rijst uit deze studie voort, welke is waarom sommige individuen sporten en anderen niet. Als sport participatie door de niet-sporter wordt gezien als uitsluitend voor atleten, dan vergt dit extra aandacht bij het ontwikkelen van promotiebeleid voor het participeren van niet-sporters (Lamont-Mills en Christensen, 2006).

Een studie van Hamer (2009) vond dat van alle fysieke activiteiten, sport participatie het meeste invloed heeft op het verlagen van psychologische stress. Een andere studie impliceert dat fysieke activiteit en een afname in symptomen van angst en depressie het sterkst met elkaar geassocieerd zijn bij vrouwen en veertig plussers (Stephens, 1988).

Psychologische uitkomsten van fysieke activiteit hangen af van persoonlijke karakteristieken en eigenschappen van populatie subgroepen (Shephard en Miller, 1998). Tevens wijst onderzoek uit dat sport participatie resulteert in plezier, ontwikkeling van bekwaamheid en autonomie (Fox, 1997; Wijndaele, 2007; Fleishman, 1984; Coleman & Iso-Ahola, 1993).

Sport participatie wordt tevens geassocieerd met positieve ontwikkelingsindicatoren zoals verbeterd zelfvertrouwen, emotionele controle, probleemoplossend vermogen, doelbereiking, sociale vaardigheden en academische prestaties (Barber et al., 2001; Eccles et al., 2003). Holt et al. (2011) rapporteren positieve ontwikkelingen bij zowel ouders als kinderen, als gevolg van sport participatie, waarbij de ontwikkelingen zijn ingedeeld in persoonlijke en sociale (relatieverhouding met de coach, nieuwe vrienden maken, samenwerking/sociale vaardigheden) ontwikkelingen.

### 2.1.2.2 Maatschappelijk niveau

Niet alleen op individueel niveau heeft sporten positieve effecten. Ook op programma niveau blijkt sporten positieve gevolgen met zich mee te brengen. De Wereld Gezondheid Organisatie (WHO, 2004) schreef in haar rapport over dieet, fysieke activiteit en gezondheid dat regelmatige fysieke activiteit een publieke gezondheidsprioriteit is. Sporten is echter niet alleen goed voor de volksgezondheid maar ook voor de economie: ongeveer 1,4 procent van de totale volksgezondheidsuitgaven is het gevolg van te weinig bewegen (Van Baal et al., 2007), wat gelijk staat aan 805 miljoen euro (Hildebrandt et al., 2010). Hier komen nog indirecte kosten in de vorm van arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid bij (Proper en Van Mechelen, 2008). Het bedrijfsleven heeft baat bij vitale werknemers omdat die minder beroep doen op de gezondheidszorg en zodoende de concurrentiepositie van het Nederlandse bedrijfsleven versterken (Hildebrandt et al., 2010). Meer beweging in de vorm van wandelen en fietsen zou bovendien mobiliteit- en milieueffecten geven zoals vermindering van files en CO2 uitstoot (Hildebrandt et al., 2010).

Motieven vanuit beleidsmakers voor een toename in sportdeelname zijn volgens Het CPB rapport (Tiessen-Raaphorst, 2010) een afname van het aantal mensen met overgewicht en de toename van sociale cohesie. De term sociale cohesie wordt niet gedefinieerd in deze studie. Hildebrandt et al. (2010) noemen het belang van het fit houden van ouderen in verband met de vergrijzing waardoor ouderen langer door moeten werken, langer zelfstandig worden geacht en minder zorg nodig hopen te hebben. Dit alles onder het label “participatiemaatschappij” (Chorus et al., 2010). Als het gaat om het aantrekken van groeiende doelgroepen, zoals ouderen, om te gaan sporten, schrijven Breedveld et al. (2010) dat het huidige sportaanbod, vooral het niet-commerciële, “tamelijk traditioneel” denkt en een innovatieve houding mist: “Hier liggen nog kansen om [...] aan product vernieuwing te doen”. Desondanks gaan sportaanbieders steeds marktgerichter werken en wordt gebruik gemaakt van segmentatiestrategieën (Breedveld et al., 2010), zoals ook in de marketing gedaan wordt.

In de wetenschap dat fysieke activiteit een positieve invloed heeft op de mentale gezondheid (Hamer, 2009) kan worden geredeneerd dat fysieke activiteit invloed heeft op het welzijn en effectief functioneren van een gemeenschap. In de relatie tussen fysieke activiteit en mentale gezondheidsverbetering wordt een toename van de mentale gezondheid van de gehele bevolking als belangrijke rol gezien (Fox, 2000). Fysieke activiteit bevordert sociaal welzijn in alle bevolkingsgroepen door een toename in sociale cohesie en een gevoel van saamhorigheid en aansluiting (DoH, 2001).

Policy Research Cooperation (2008) bevestigt dat de sportsector een belangrijke schakel in de economie vormt, namelijk een directe werkgelegenheid van 82000 fte. Volgens statistieken van het Centraal Bureau voor de Statistiek, besteedde de overheid in 2007 1017 miljoen euro aan sport waarvan 785 miljoen bestemd was voor sportaccommodaties. Tiessen-Raaphorst et al. (2010) beschrijven dit als een vorm van subsidiëring omdat de gebruikers minder dan de eigenlijke kostprijs hoeven te betalen. Twee effecten komen hierbij naar voren: het inkomenseffect (mensen hebben minder kosten dus meer te besteden) en het substitutie-effect (mensen kunnen meer gebruik maken van de goedkoper geworden sportvoorziening ten koste van andere bestedingen). De overheid subsidieerde in 2007 de accommodatiegebruiker omgerekend 231 euro per jaar (Tiessen-Raaphorst, 2010).

Niet alleen via accommodaties stimuleert de overheid sport maar ook via beleid direct gericht op met name lage inkomensgroepen. Breedveld deed in 2006 onderzoek naar verschillen in sportdeelname en kwam tot de conclusie dat waarschijnlijk sociaal kapitaal van belang is en niet zozeer sportief kapitaal. Tiessen-Raaphorst et al. (2010) pleiten voor een heroverweging in de manier van overheidssteun, aangezien financiële steun relatief weinig zinvol is maar dat investeringen in sociaal kapitaal meer rendement in de vorm van sportparticipatie en dus gezondheidsbevordering zouden opleveren.

### 2.1.3 Metingen en perspectieven

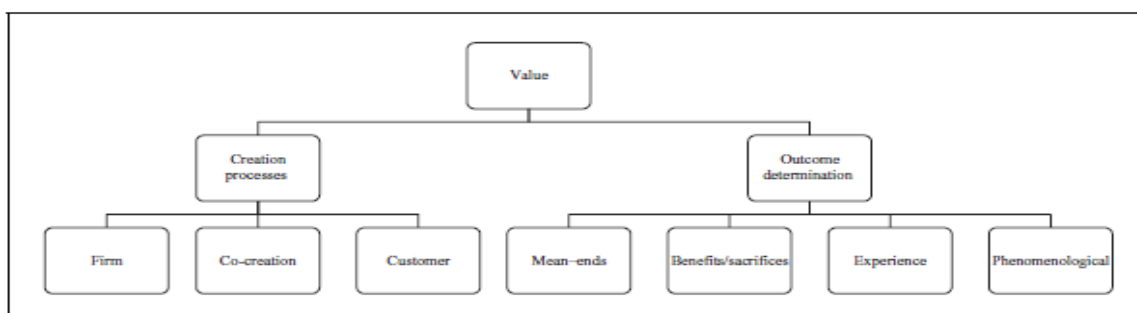
In de sportliteratuur wordt veelal gesproken over het consumeren van producten en diensten (Karg en McDonald, 2012) waarbij deelnemers van het evenement als consumenten gezien worden. Verschillende artikelen vanuit de sport literatuur beschouwen sportevenementen vanuit een marketingeconomisch oogpunt (Horbel, jaar onbekend; Homburg et al., 2009). Horbel schrijft dat, volgens de sporteconomische literatuur, de tevredenheid over de uitkomst van de wedstrijd weinig tot geen invloed heeft op de mate van loyaliteit van fans. Fans worden hier gezien als consumenten. Consumenten loyaliteit is een belangrijke factor met betrekking tot klantenbinding en verkoopwinsten (Heskett & Schlesinger, 1994). Hierbij wordt loyaliteit aangedreven door de mate van identificatie met het sportevenement door de fan (Homburg et al., 2009) en dit versterkt tevens de (consumenten) tevredenheid (McAlexander et al., 2003). Volgens Horbel is een sport evenement niet zomaar een product maar juist een platform waarbij diverse partijen waarde co-creëren. Ook Woratschek et al. (2012) beargumenteren dat sport evenementen geen producten zijn, zoals wordt gepredikt door de “goederen dominante logica” (GDL).

#### 2.1.3.1 Waarde (co-)creatie

Waardecreatie is een van de hoofddoelen van marketing (Gummerus, 2013) met als einddoel heraanloop te creëren (Johnson et al., 2006). Waarde wordt vanuit dit oogpunt gedefinieerd als “het concept dat het resultaat van de service omvat waaraan bedrijven hun concurrentievoordeel kunnen afmeten in de ogen van de klant” (Desarbo et al., 2001). Er zijn diverse kaders ontwikkeld voor het in kaart brengen van waarde creatie op organisatie niveau, zoals die van Porter (1985), Hunt en Morgan (1995) en Stabell en Fjeldstad (1998). Competitief voordeel staat bij deze modellen centraal en, alhoewel ze de rol van consumenten bij waardecreatie erkennen, redeneren ze voornamelijk vanuit een traditioneel bedrijfsperspectief waarbij de consument gezien wordt als ontvanger ofwel passieve speler (Gummerus, 2013). Waarde kan gezien worden als “een cognitieve beoordeling van nut, gemaakt door consumenten, gebaseerd op inputs (kosten) en outputs (baten)” (Gummerus, 2013).

Op het gebied van waardecreatie op strategisch organisatieniveau wordt het zogenaamde ‘waardeketen-framework’ van Porter (1985) veel gebruikt. Hierin worden alle activiteiten van een organisatie geanalyseerd aan de hand van de relatieve kosten van de activiteiten en de mate waarin de activiteiten meerwaarde bieden. Onder waarde wordt hier verstaan hoeveel euro deelnemers bereid zijn te betalen voor de activiteiten en na aftrek van de kosten voor de uit te voeren activiteiten resteert de winst. De praktische toepassing van deze economische invalshoek wordt bekritiseerd door Stabell en Fjeldstad (1998) die ‘waarde configuratie analyse’ voorstellen. Deze methode assisteert bedrijven hun competitiviteit te evalueren door verschillende manieren van waardecreatie te behandelen. Een van de alternatieve waardecreërende methoden focust zich op het ‘netwerk’, waarbij de logica gebaseerd is op het verbinden van consumenten als co creërende spelers.

Uit Gummerus’ (2013) literatuuronderzoek blijkt dat waardecreatie onderscheiden wordt in processen (vooraf aan waardecreatie) en uitkomstvaststelling (achteraf aan waardecreatie). Processen worden vormgegeven doordat een bedrijf waarde creëert (traditionele optiek), door middel van co-creatie tussen bedrijf en consument (service dominante logica, zie Vargo en Lusch, 2004) of alleen door de consument:



Figuur 3 - Waarde categorisatie theorie

“Waarde komt tot stand door transformatie van input naar output. Het product is het medium voor het transporteren van waarde van het bedrijf naar de consument” (Stabell en Fjeldstad, 1998). “De waarde van het product of de dienst is een functie van de ‘Buyer Purchasing Criteria’” (Porter, 1985). Klantenwaarde is de prestatieverbeteringen die de klant kan krijgen door het gebruik van het product of de dienst (Porter, 1980). Het verbeteren van de kosten of het verbeteren van de klantenwaarde staat centraal bij Porters’ strategieën.

Volgens Hax (1996) omvat een waardeketen analyse het identificeren en waarderen van sterkten en zwakten in termen van kritieke waarde activiteiten. Kosten worden toegeschreven aan waardeactiviteiten. Hergert en Morris (1989) schrijven dat het verkrijgen van betrouwbare en accurate kosten en baten data voor een waardeketen analyse moeilijk is omdat zulke data niet wordt verzameld volgens de – door de waardeketen analyse vereiste – methode. Het in kaart brengen van waardevoordelen (baten) op organisatieniveau is lastiger dan het in kaart brengen van kosten op individueel niveau (Porter, 1985).

Vanuit het perspectief van cocreatie wordt de consument gezien als “resource integrator” (Arnould et al., 2006) wanneer ze bronnen gebruiken om hun eigen consumptie ervaringen te verbeteren (Baron & Harris, 2008). Hierbij kunnen bronnen “operant” (kennis en vaardigheden) of “operand” (goederen en materialen) zijn, opgedeeld in fysieke (energie, emotie, kracht), sociale (familiaire en gemeenschapsrelaties) en culturele bronnen (gespecialiseerde kennis en vaardigheden, geschiedenis en verbeelding) (Arnould et al., 2006). Bij het succes of falen van een BBP rijst de vraag hoe belanghouders waarde tot stand brengen, die de deelnemers letterlijk in beweging brengt.

Zeithamel’s studie (1988) onderzocht het concept ‘waarde’ in de ogen van de consument en vond drie perspectieven. Toen consumenten werden gevraagd wat zij onder waarde verstonden antwoordden zij “waarde als lage prijzen”, “waarde als prijs/kwaliteit ratio” en “waarde als geef/ontvang ratio”. Hiervan zijn de eerste twee prijs georiënteerd en de laatste met een focus op baten, namelijk “wat krijg ik terug voor wat ik geef” (Gummerus, 2013). Dit laatste element representeert in zekere zin een kosten/baten analyse, die de consument uitvoert op het product of de dienst. Hier rijst de vraag wat de consument verstaat onder baten, aangezien kosten van producten of diensten vanzelfsprekend in geldwaarde wordt uitgedrukt. Studies in deze context leggen de nadruk op het subjectieve element van baten en waarde (Johnson et al., 2006: 123): “waarde omvat percepties van kwaliteit [...]”. Daarnaast wordt het concept ‘waarde’ in de literatuur gedifferentieerd naar waarde in relatie tot acquisitie, transactie, gebruik en afschrijving (Grewal et al., 1998; Monroe en Chapman, 1987; Parasuraman en Grewal, 2000, geciteerd in Gummerus, 2013).

Waarde in de vorm van een persoonlijke kosten/baten analyse heeft menig kritiek ontvangen. Dit omdat het uitgaat van de klassieke economische theorie waarin iedere consument dezelfde smaken en voorkeuren heeft, rationele beslissingen maakt en perfecte informatie tot zijn beschikking heeft (Hunt en Morgan, 1996). Critici menen dat dit in praktisch geen geval juist is en dat emoties juist een belangrijke rol spelen in consumenten ervaringen (Gummerus, 2013). Het probleem van het identificeren van baten komt terug in een studie van Wendel en Dellaert (2005). Zij schrijven dat variaties in consumptiesituaties de (gepercipieerde) relevantie van baten beïnvloedt. Baten verschillen dus in subjectieve belangrijkheid, afhankelijk van de context waarin de consumptie plaatsvindt. Baten zijn hier de “ervaren uitkomsten”, wat in lijn staat met de zogenaamde “means-ends theorie”. In deze theorie zijn de “means” objecten (producten/diensten) of activiteiten waaraan mensen zich verbinden en de “ends” de gewaardeerde “staat van zijn” zoals geluk of veiligheid (Gutman, 1982). Het model probeert uit te leggen hoe het kiezen en consumeren van een product of dienst het bereiken van de gewenste “staat van zijn” faciliteert. Gutman (1982) veronderstelt dat waarden “de verlangde staat van zijn” vertegenwoordigen en een dominante rol spelen in keuzepatronen van consumenten. Met andere woorden, consumenten bepalen hun keuze van

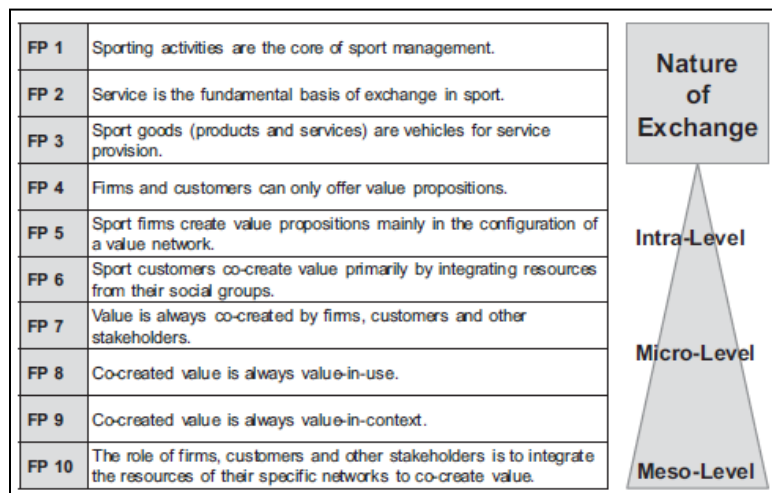
product of dienst op basis van de verwachte en verlangde “eindstaat van zijn”. Deze staat is product- of dienstspecifiek. Gutman (1982) maakt onderscheid in “consequenties” en “baten”, waarbij consequenties slaan op ieder fysiologisch of psychologisch gevolg dat direct of indirect voortkomt uit de consumptie van het product of de dienst. Dit kan gewenst of ongewenst en direct of op lange termijn zijn. Baten zijn de gewenste consequenties.

In het trendrapport ‘Sport: een leven lang’ (Tiessen-Raaphorst et al., 2010) komt duidelijk naar voren dat vanuit de sportstroming gefocust wordt op kwantificering van resultaten. Aantallen deelnemers staan centraal bij de beschrijvingen van trends en ontwikkelingen in verschillende demografische groepen. Een analyse van 28 studies over de effecten van mediacampagnes voor beweeginterventies concludeerde dat massamediatechnieken weinig impact hebben op beweeggedrag van mensen (Marcus et al., 1998). Acties toegespitst op de doelgroep, daarentegen, waren wel effectief. Vooral sociaal achtergestelde groepen in lagere inkomenswijken zouden benaderd moeten worden via traditionele middelen zoals telefoon of persoonlijk contact.

### 2.1.3.2 Sport Value Framework

In de context van sporteconomie ontwikkelden Woratschek et al. (2014) het Sport Value Framework (SVF) (figuur 4). Dit model borduurt voort op de traditionele gedachte van de Service Dominant Logic, waarin bedrijven waarde cocreëren en consumenten deze waarde consumeren door producten of diensten te kopen. De SVF oppert dat sportevenementen platforms zijn waarin waarde gecocreëerd wordt door zowel aanbieders als afnemers. Waarde komt tot stand door het integreren van middelen van zowel consumenten als producenten.

Voor contextspecifieke analyses maken Woratschek et al. (2014) onderscheid tussen 3 niveaus, namelijk (1) het intra niveau dat kijkt naar de rol en het gedrag van sportbedrijven, consumenten en andere belanghouders, (2) het micro niveau dat kijkt naar de dyadische, tryadische en meer complexe relaties tussen sportbedrijven en consumenten en (3) het meso niveau dat kijkt naar het gehele netwerk van actoren betrokken bij de cocreatie van waarde in de sportmarkt en de onderlinge relaties. Waarde creatie moet aan de hand van een van deze niveaus worden geanalyseerd.



Figuur 4 – Sport Value Framework  
(Bron: Woratschek et al., 2014)

Volgens Hedlund (2014) zorgt een gevoel van lidmaatschap in een sportgemeenschap en deelname in rituelen voor toenamen in intenties om zelf te gaan sporten. Hierom moeten middelen gericht worden op de ontwikkeling van dit type fan gemeenschappen, waarin waarde wordt gecreëerd door consumenten, om zo de sportmotivatie te verhogen. Uhrich (2014) beschrijft vijf manieren van cocreatie tussen consumenten: associëren and dissociëren, engageren en delen, concurreren, intensiveren, and uitwisselen.

## 2.2 Welzijn

---

Het domein welzijn richt zich op het begrip Sociaal Kapitaal (SK) aangezien SK wordt gezien als een centraal concept binnen het welzijnsdomein en veel gehanteerd wordt door professionals als 'doel' van BBP's (Cattel, 2001). Investerings in sociaal kapitaal blijken relatief veel rendement op te leveren in de vorm van gezondheidsbevordering (Tiessen-Raaphorst et al., 2010; Middleton et al., 2005).

Diverse onderzoekers definiëren SK (Putnam, 1995; Portes, 1998). Cattel (2001) ziet SK als een hulpmiddel voor het identificeren van voorwaarden die bijdragen aan de kwaliteit van leven, door een link te leggen tussen armoede, woonplaats, gezondheid en welzijn. Cattel (2001) legt nadruk op het toegankelijk maken van vormen waarin SK kan toenemen, voor lage inkomensbuurten. Volgens Evans (1996) betekent SK het opwaarderen van sociale banden tot organisaties welke weer SK creëren. In de literatuur wordt er onderscheid gemaakt in de literatuur tussen "bonding SK" (de sociale banden binnen het netwerk), "bridging SK" (de sociale banden tussen netwerken) en "linking SK" (verticale banden tussen mensen in verschillende hiërarchische structuren). Hawe en Shiell (2000) beweren dat lidmaatschap van een sociale groep individuen verplichtingen en voordelen geeft.

### 2.2.1 Kosten

SK wordt gesplitst in individuele SK en collectieve SK (Eriksson, 2011). Het doel van dit laatste is niet het voorkomen van ziekten of het promoten van een bepaalde gezondheidstoestand maar het bouwen van een fundament voor een bloeiende gemeenschap. Gezondheids promotie werkt door effectieve gemeenschapsactie, waar de gemeenschapsleden prioriteiten stellen, strategieën plannen en deze implementeren voor het bereiken van een betere gezondheid (Eriksson, 2011). Hierbij gaat het om actie vanuit de gemeenschap zelf, als een vorm van collectieve actie. Dit wordt beschouwd als een gevolg van collectieve SK. Alhoewel initiatief vanuit de gemeenschap een pre is, zijn vertrouwde gemeenschapsleiders nodig om motivatie te kweken, evenals externe personen met kennis van zaken (Eriksson, 2011).

Al met al is de kennis van hoe SK te mobiliseren in lokale gemeenschappen nog beperkt. Eriksson (2011) schrijft dat voor het mobiliseren van SK ten behoeve van gezondheids promotie in lokale gemeenschappen de volgende stappen ondernomen dienen te worden: (1) het identificeren wat overwonnen moet worden in de wijk (veiligheid, publieke service, ziekte), (2) het gebruik van de kracht van gemotiveerde leiders vanuit de wijk, (3) het binnenhalen van kennis van binnen en buiten uit de wijk, (4) streven naar brede gemeenschapssteun en legitimiteit door het bereiken van iedereen met een persoonlijke uitnodiging om deel uit te maken van het proces.

Voor het verbeteren van gezondheid op lokaal niveau is wijkspecifieke informatie vereist maar deze is vaak gedeeltelijk onbeschikbaar of onvergelykbaar (Chaskin et al., 2006). Er zijn middelen voor het berekenen en in kaart brengen van data van lokale gebieden. Toch is de toegang tot deze middelen voor gemeenschapsorganisaties vaak begrensd. Veel van deze data is in handen van partijen en instituties buiten deze wijken, zoals overheden, universiteiten of private organisaties.

Sociaal samenhangende gemeenschappen blijken meer succesvol te zijn in samenbinden voor het strijden tegen budgetdalingen van lokale diensten dan minder samenhangende gemeenschappen, waardoor ze meer toegang hebben tot lokale diensten en voorzieningen (Kawachi et al., 1999). Hieraan gerelateerd is de zogenaamde "empowerment of communities", waarvan SK deel uit maakt (Eng & Parker, 1994; Shiell & Hawe, 1996).

Gezondheids promotors zouden eerst relationele en informele banden moeten opbouwen om vanuit daar verder te gaan naar probleemoplossende capaciteiten in de wijk (Hawe en Shiell, 2000). Het bouwen van capaciteiten is een macrodimensie van SK. Hierbij komt "empowerment" naar voren. Dit is een sociaal



actieproces om sociale participatie van mensen te stimuleren, organisaties en wijken tot verbeterde wijkcontrole te leiden en zo politieke werkzaamheid, een verbeterde kwaliteit van leven (QoL) en sociale gerechtigheid te bereiken.

### **2.2.2 Baten**

Baten van SK volgens Portes (1998) zijn sociale controle, ondersteuning van de ouderlijke zorg en voordelen van netwerk lidmaatschappen. SK is te zien vanuit individueel niveau (micro level) waarbij de term “embeddedness” wijst naar de mate waarin een individu is geïntegreerd in zijn of haar sociale netwerk. De term “autonomy” staat voor de mate waarin een individu vrijheid heeft te communiceren met anderen buiten het directe netwerk. SK is ook te zien vanuit macro niveau. Hierbij betekent “embeddedness” de mate waarin er synergie bestaat tussen de acties van de staat en de voorkeuren van haar populatie, terwijl “autonomy” staat voor de capaciteit van organisaties om onafhankelijk te opereren, zonder invloed van bestaande belangen (Hawe en Shiell, 2000). SK omvat dus meerdere perspectieven. Alhoewel er in deze studie ook gekeken wordt naar SK op individueel niveau, wordt met name gericht op literatuur van SK op wijk- en programma niveau. Hierbij wordt gekeken naar de rol van SK in wijken en vanuit een organisatie perspectief. Ook wordt gezocht naar de rol van SK op beleidsniveau bij gezondheidspromotende interventies en hoe SK wordt gemeten.

#### *2.2.2.1 Participanten niveau*

SK wordt op individueel niveau veel in verband gebracht met gezondheid en kwaliteit van leven (QoL). Hawe en Shiell (2000) noemen diverse studies waarin wordt geschreven dat sociale relaties invloed hebben op de individuele gezondheid. Ook relateren zij SK direct aan de Sociaal Economische Status (SES) classificatie van bevolkingsgroepen. Zij benoemen dat iemands positie in de sociale en economische hiërarchie zijn of haar gezondheid beïnvloedt (Marmot en Feeney, 1997). Hieruit volgt dat SK als voorspeller van individuele gezondheid fungeert. Een studie van Sirven en Debrand (2012) laat zien dat het effect van sociale participatie op gezondheid kleiner is dan het effect van gezondheid op sociale participatie. Met andere woorden, SK kan, bij goede gezondheid, leiden tot meer sociale participatie en hierdoor een betere gezondheid, maar kan, bij slechte gezondheid, leiden tot minder sociale participatie en dus een slechtere gezondheid. SK kan dus worden beschouwd als een versneller van gezondheidseffecten (Sirven en Debrand, 2012). Dit idee sluit aan bij Bourdieu's sociale klassenreproductie waarin mensen vanuit hogere klassen meer toegang hebben tot bronnen van SK en dus hun positie in de hogere klasse versterken. Door een groeiende literatuur worden beleidsmakers zich bewust van de relatie van SK tot gezondheid en richten zich op gezondheidspromotors voor het opbouwen van SK. Daarom is het, volgens Wakefield en Poland (2005) van belang om kennis te hebben van SK voor het behouden van subsidiëring voor gezondheidsinterventies.

#### *2.2.2.2 Maatschappelijk niveau*

Shiell en Hawe (1996) beschrijven de kernbaten van een wijkgerichte gezondheidsinterventie als “gevoel van gemeenschap” (sense of community) en “machtiging/versterking” (empowerment). Gevoel van gemeenschap wordt geoperationaliseerd als het gevoel dat komt van het ‘er bij horen’, zorgen en deel uitmaken en deelnemen in het wijkleven. Dit is een effectiviteitscriterium voor het succes van een wijkgericht gezondheidsprogramma (Israel et al., 1994). Empowerment bestaat uit capaciteit en gelijkheid. Capaciteit zijn de kennis, vaardigheden, netwerken en mogelijkheden tot het nemen van beslissingen terwijl equity staat voor het verkrijgen van gelijke middelen. “Community health promotion works to expand the community's choice-set (its capabilities) rather than its health per se” (Shiell en Hawe, 1996: 244).

Op programma niveau hebben gezondheidsinterventionisten de neiging bepaalde hiërarchieën en onderscheidingen tussen groepen te versterken (Hawe en Shiell, 2000). Ook schrijven zij dat voor goede gezondheidsinterventies de gezondheidspromotors open moeten staan voor andere wereldbeelden en waarden, interpretaties en hoe succes wordt gedefinieerd. Het gebruik van natuurlijke hulpstrategieën in

gezondheidspromotie is essentieel en een bewustwording van de lokale ecologie vereist. Onder dit laatste valt het herkennen en behouden van de bestaande wederkerigheid in het netwerk en het niet verwisselen van inheemse hulpstijlen met professionele hulpstijlen (Gottlieb, 1987).

Een studie van Kawachi et al. (1997) laat zien dat groepslidmaatschap en sociaal vertrouwen sterk met elkaar geassocieerd zijn. Ook concludeerden zij dat inkomensongelijkheid leidt tot grotere mortaliteit, “des-investeringen in SK” en minder sociale cohesie. Relatief inkomen is dus een belangrijke voorspeller van SK en tevens van individuele gezondheid.

Volgens Cattel (2001) hebben vormen van SK zoals het sociale netwerk, sociale activiteiten en participatie in organisaties positieve invloed op de gezondheid, aangezien netwerken sociale hulp, zelfvertrouwen, identiteit en percepties van controle kunnen bieden. Eng en Parker (1994) schrijven dat het assisteren van mensen in het versterken (empowerment) van hun wijk samengaat met het assisteren van mensen in gezondheidsverbeteringen. Tevens promoten meer gemixte netwerkpatronen persoonlijke groei zonder afbreuk te doen aan het gevoel van gemeenschap. Hoe meer variëteit in het netwerk, hoe meer middelen beschikbaar en hoe meer kansen op betere gezondheid (Cattel, 2001).

In de kern draait SK op vertrouwen. Door middel van wederzijds vertrouwen komen verwachtingen en verplichtingen tot stand. Dit brengt sociale en economische ontwikkelingen met zich mee, verlaagt transactiekosten, creëert afhankelijkheid van gunsten, stimuleert circulatie van privé informatie en geeft toegang tot mogelijkheden (Hawe en Shiell, 2000). Een zekere mate van voorbestaande middelen is een vereiste voor het bouwen van SK. Met andere woorden, zonder enig sociaal netwerk of persoonlijke vaardigheden is het moeilijk om deze uit te breiden (Cattel, 2001). Poortinga (2006) schrijft dat SK als een natuurlijke bron kan worden gezien: individuen kunnen er alleen van profiteren als ze er toegang tot hebben. Individuen die niet direct in contact (willen) staan met anderen profiteren niet van de beschikbare sociale netwerken. Het versterken van buurten moet worden gefundeerd door grondige kennis over de lokale bestaande bronnen en netwerken (Campbell en Gillies, 2001). Wakefield en Poland (2005) concluderen dat het nauw samenwerken van responsieve publieke instituties en overheden kan leiden tot toegespitst publiek beleid en meer publieke participatie.

### **2.2.3 Metingen en perspectieven**

Veel interventies worden geïmplementeerd onder het mom van het bouwen van SK maar er heerst grote onduidelijkheid over de operationalisering en conceptualisatie van het begrip SK (Wakefield en Poland, 2005). SK is een centraal concept bij betrokkenen van gemeenschapsontwikkelende activiteiten (Chaskin, 2006).

Veel overheidsbeleid wordt uitgevoerd met de aanname dat de opbouw van SK een waardevol sociaal initiatief is. Dit idee vormt de kern van veel investeringen zoals buurtgerichte gezondheidsinterventies (Middleton et al., 2005). SK is een hulpmiddel en uitkomst van wijkontwikkeling (Wakefield en Poland, 2005). De term SK is mede populair geworden door de implementatie van het concept door de World Bank, die SK als tool beschrijft voor het bevorderen van economisch en sociale ontwikkeling (Wakefield en Poland, 2005).

Toch wordt SK door beleidsmakers verschillend geïnterpreteerd. Sommigen zien het als een eigendom van een groep of wijk, anderen zien het als een individuele capaciteit om middelen te bemachtigen als gevolg van hun lidmaatschap in sociale netwerken of wijdere sociale structuren (Poortinga, 2006). Cattel (2001) benoemt de complexiteit van SK en onderscheidt drie factoren die een rol spelen bij SK en sociale netwerken: buurtkarakteristieken en percepties, armoede en sociale uitsluiting, en sociaal bewustzijn. Campbell en Gillies (2001) stellen dat de toegang tot bronnen van SK varieert door leeftijd, geslacht, woonplaats en huistype en dat deze factoren, waaronder ook SES status en etniciteit, implicaties hebben voor gezondheidspromotors voor het verbeteren van SK in lokale buurten.

SK is een zeer breed begrip en wordt door onderzoekers uiteenlopend gedefinieerd. Eigenschappen van de context en niet de karakteristieken van individuen in die context zijn het belangrijkste als het gaat om gezondheidspromotende interventies (Hawe en Shiell, 2000). Het waarderen van SK is lastig aangezien de baten van SK niet altijd herleidbaar zijn, zoals wel het geval is bij kapitaal in economische termen (Hawe en Shiell, 2000). Daarnaast ligt de 'voorraad' van SK in netwerkrelaties in plaats van in individuen. Ook is eigendom niet te verwisselen of te verplaatsen naar een andere context.

Indicatoren van SK op individueel niveau variëren van metingen van "associatief lidmaatschap", "sociaal gedrag" als stemgedrag krantenlezing tot houdingen als "vertrouwen in publieke instituties" (Hawe en Shiell, 2000). Ook wordt gericht op helpgedrag wat het economisch welzijn bevordert, zoals informele kredietbronnen, verzekeringen, kindersteun, en baanreferenties (Portes, 1995). Deze resultaten worden geaggregeerd om een totaalbeeld van een gemeenschap te ontwikkelen. Daarnaast zijn er volgens Putnam andere factoren van SK die gemeten worden door indicatoren als de dichtheid in lidmaatschap in allerlei vrijwillige organisaties, de mate van vertrouwen tussen bewoners en hun percepties van de beschikbaarheid van wederzijdse hulp (Lochner et al., 1999).

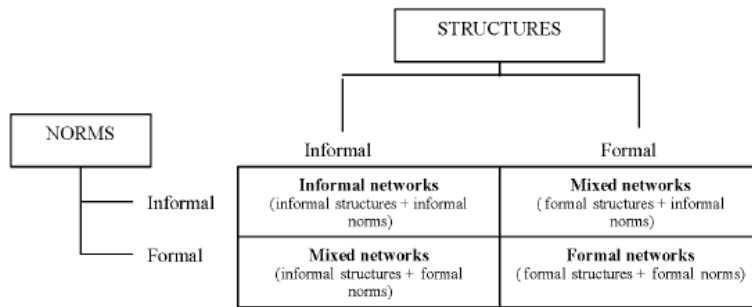
Carpiano en Hystad (2011) schrijven dat in vragenlijsten het "gevoel van gemeenschap" (sense of belonging) regelmatig als één vraag wordt gesteld om hiermee de mate van SK te meten. Respondenten wordt gevraagd zijn of haar mate van gevoel van gemeenschap in de wijk op een schaal aan te geven. Ook "de mate van wijkgebondenheid" wordt wel met deze vraag gemeten, alhoewel resultaten variëren tussen mensen uit steden en mensen uit buitengebieden.

Op programmaniveau wordt de structuur van een sociaal netwerk (grootte, dichtheid of percentage mensen dat elkaar kent) onderscheiden van de interactieve karakteristieken van een sociaal netwerk (frequentie van interactie mate van wederkerigheid) en de functies van een sociaal netwerk (provisie van informatie, praktische hulp, emotionele steun en bevestiging van persoonlijke waarde) (Israel, 1985). Deze aspecten fungeren als nuttige indicatoren voor het promoten van gezondheid op groepsniveau (Hawe en Shiell, 2000).

Campbell en Gillies (2001) deden onderzoek naar SK in een ruraal gebied in Zuid Engeland. Hun resultaten trekken Putnam's theorie van SK in twijfel door te stellen dat deze theorie te generaliserend werkt en geen oog heeft op de complexe en gefragmenteerde wijkaspecten. Tevens blijken informele netwerken zoals vrienden en burens sterk te worden ondergewaardeerd in de literatuur, terwijl hier de "bulk" van SK tot stand komt (Campbell en Gillies, 2001). Taylor et al. (2006) schrijven in een onderzoek naar SK in een lage SES gemeenschap, dat hun resultaten de literatuur bevestigen die stelt dat de relatie tussen SK en gezondheid dubbelzinnig is. Slechts drie indicatoren van SK bleken in deze studie significant: het niet deelnemen aan sport, geen hulp van burens en geen bezoek aan publieke samenkomsten).

Geconcludeerd wordt dat populatie surveys niet geschikt zijn voor het meten van SK aangezien SK een te breed begrip is en zowel individueel als hogere niveaus betreft. Taylor et al. (2006: 10) schrijven dat het concept SK eerst moet worden doorontwikkeld in de wetenschap en dat het nog niet kan worden gebruikt door beleidsmakers. Ze stellen terecht de beleidsvraag: "moeten we richten op mensen of op plaatsen bij metingen en interventies? Plaatsen maken mensen en mensen maken plaatsen!".

Western et al. (2005) conceptualiseren SK als weergegeven in figuur 1. In dit model komen twee aspecten van SK naar voren, namelijk sociale structuren en sociale netwerken. Daarnaast zijn er de normen die het gedrag binnen deze sociale structuren en sociale netwerken bepalen. Western et al. (2005) stellen dat SK een tweedimensionaal concept is, structureel (identificeert sociale relaties) en normatief (normen en wederzijds vertrouwen). Zo ontstaan vier groepen van netwerken die tezamen SK omvatten.



*Figuur 5 – Structuren en normen in SK  
(Bron: Western et al., 2005)*

In eerdere studies werden voor het meten van SK de twee concepten in dit model (normen en structuren) gemeten. Dit werd gedaan door het meten van de fysieke structuur van het sociale netwerk of haar normatieve eigenschappen zoals grootte, capaciteit, openheid, homogeniteit en dichtheid (Western et al., 2005). Hierbij refereert grootte naar het aantal mensen in een netwerk, terwijl capaciteit staat voor de kwaliteit van het netwerk en de mogelijkheid tot het vragen van diensten bij anderen in het netwerk.

Grootte en capaciteit vormen vereisten voor een hoog SK, wat gelijk staat aan een hoge mate van vertrouwen, eenheid en reciprociteit in informele en formele netwerken. Deze aspecten maken deel uit van het zogenaamde “bonding”, ofwel de interne dynamiek van een netwerk (Western et al., 2005).

Lochner et al. (1999) meten SK aan de hand van vier concepten: “collective efficacy”, “psychological sense of community”, “neighborhood cohesion” and “community competence”. Volgens Lochner et al. (1999) heeft SK geen concrete definitie maar wanneer gesproken wordt over het meten van SK, overeenstemming heerst dat dit op community-niveau moet en niet op individueel niveau. Dit, terwijl eerdere studies naar SK individuele resultaten uit vragenlijsten over SK hebben gesommeerd om een beeld van de community te krijgen. Lochner et al. (1999) schrijven dat intrinsieke waarden binnen een community hiermee niet gemeten kan worden. Het risico van sociale uitsluiting kan worden verlaagd door beleid- en programmamaatregelen die SK en “gevoel van gemeenschap” bevorderen (Stanley et al., 2012).

Stanley et al. (2012) vonden een causaal verband tussen SK en sociaal welzijn en gebruikten hiervoor WTP om waarden te monetariseren zodat ze gebruikt kunnen worden in KBA’s voor beleidsinitiatieven om SK in wijken op te bouwen. Hierbij schrijven zij dat zij geen kennis hebben van voorgaande studies die economische waarden gebruiken in dit verband.

## 2.3 Gezondheidsbevordering

---

Vanuit het gezondheidsperspectief komen diverse definities en methoden voor het meten van kosteneffectiviteit naar voren.

### 2.3.1 Kosten

Kosten van gezondheidsinterventies worden niet specifiek gedefinieerd in de geraadpleegde literatuur. Hoofdzakelijk gaat het bij dit type interventies om de kosten van operaties of fysieke ingrepen in ziekenhuizen. Sommige studies richten zich op de aspecten die nodig zijn om fysieke activiteit te initiëren. De studies van TFCS (2002) en Kahn et al. (2002) bieden zes methoden voor het stimuleren van fysieke activiteit. Hier gaat het om invloeden op het sociale netwerk. Gepersonaliseerde programma’s die worden toegespitst op de individuele voorkeuren van de deelnemers worden als zeer effectief beschouwd. Bij deze

programma's wordt vaak gebaseerd op gezondheidsgedrag-veranderende modellen zoals 'Social Cognitive Theory', het 'Health Belief Model' en de 'Transtheoretical Model of Change' (TFCS, 2002; Kahn et al., 2002).

De TFCS studie (2002) onderscheidt vier soorten beweeginterventies, namelijk gemeenschapsbrede campagnes, individuele veranderingen in gezondheidsgedrag, sociale hulpinterventies voor wijken en de creatie of verbetering van de toegang tot fysieke activiteitsmogelijkheden. In aansluiting op de aanbevelingen van de TFCS studie (2002) evalueerden Roux et al. (2008) interventies op deze vier niveaus waarbij ze gebruik maakten van de kosten/effectiviteit analyse (CEA). CEA probeert vast te stellen hoe geld gespendeerd kan worden om de publieke gezondheid als baat te maximaliseren (Roux et al., 2008). Roux et al. (2008) evalueerden kosten effectiviteit van zeven beweeginterventies voor een toename in fysieke activiteit, relatief aan geen interventie. Hiermee beweren zij de eerste te zijn die (de best beschikbare epidemiologische- en interventie-) data over fysieke activiteit integreert in een CEA.

Met behulp van een Markov model (geadviseerd voor het analyseren van populatiegerichte gezondheidspromotende activiteiten en het evalueren van resultaten over een langere tijdsperiode) werden totale levenskosten, gezondheidstoename en kosteneffectiviteit in kaart gebracht. Roux et al. (2008) concludeerde dat alle onderzochte interventies kosteneffectief waren gevonden en dat, door het brede scala aan typen interventies, geconcludeerd kan worden dat wijkgerichte interventiestrategieën voor fysieke activiteit kosteneffectief zijn. Verder schrijven zij dat systematische analyses en CEA belangrijke beslissingstools zijn voor publieke gezondheidsspecialisten maar dat er voor veel publieke gezondheidsinterventies nog veel CEA data mist. Met het oog op CEA als economische evaluatiemethode van wijkgerichte beweegprogramma's schrijven zij: "In taking a flexible, comprehensive, and rigorous approach with input from numerous health and economic sources, a new method [CEA] has emerged to bring fundamental population-level research to life in setting health policy" (Roux et al., 2008).

#### Box 2 - **Kosteneffectiviteit**

In de studie van Roux et al. (2008) is 'kosten effectief' gedefinieerd als het aantal dollars per QALY (Quality Adjusted Life Year) oftewel de ratio van incrementele kosten in dollars en incrementele QALY's. Hierbij zijn de incrementele kosten het verschil tussen de totale verwachte kosten van de interventie en de totale verwachte kosten van geen interventie is. De incrementele QALY's zijn het verschil tussen het totale verwachte aantal QALY's van de interventie en het totale verwachte aantal QALY's van geen interventie.

### **2.3.2 Baten**

Baten doen zich hoofdzakelijk voor in de vorm van een 'toename in gezondheid'. Hierbij gaat het om fysieke ofwel mentale gezondheid maar mentale gezondheid krijgt minder prioriteit in de geraadpleegde gezondheidsliteratuur. In 2002 publiceerde de 'Task Force of Community Services' (TFCS) aanbevelingen over de effectiviteit van wijkgerichte interventies, gebaseerd op hun diverse studies op het gebied van totale fysieke activiteitstoename in de wijk. Effectiviteit wordt hier gedefinieerd als significante toename in fysieke activiteit, aan de hand van subjectieve en objectieve (VO<sub>2</sub>max) indicatoren voor fysiek fitheid, morbiditeit en mortaliteit (Kahn et al., 2002). Twee informatieve methoden, voor een toename in fysieke activiteit, komen als effectief naar voren. Ten eerste, het bereiken van mensen door middel van bijvoorbeeld 'point of decision prompts' waarbij mensen tijdens het nemen van een beslissing worden geadviseerd (bijvoorbeeld bij het kiezen voor de lift of de trap). Ten tweede, wijkbrede campagnes waarbij gebruik wordt gemaakt van diverse media, zelfhulp- en adviesgroepen, gezondheidsmarkten- of beurzen en instituties als het gezondheidscentrum, scholen en wijkcentra. De studie rapporteert een tekort aan wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van massamedia op toename in fysieke activiteit, zoals betaalde advertenties en commercials op televisie, radio of op straat.

### **2.3.3 Metingen en perspectieven**

Veel studies richten zich op het gebied van effectiviteitsmetingen van beweeginterventies op individueel niveau. Müller-Riemenschneider et al. (2006) maakten een overzicht van de beschikbare literatuur over

de lange termijn effectiviteit van interventies die fysieke activiteit promoten. Om effecten van de interventies op lange termijn te behouden werden technieken toegepast als het versterken van de initiële interventie, het herhalen van de initiële interventie en het gebruik van boost strategieën zoals mails, telefoontjes, groepssessies of workshops.

#### 2.3.3.1 Participanten niveau

De manier waarop effectiviteit wordt gemeten verschilt per studie of is hetzelfde maar anders gedefinieerd. Als effectiviteit metingen op individueel niveau komen in de literatuur naar voren:

- Het aantal minuten fysieke activiteit per week aan de hand van de '7 dagen Physical Activity Recall (PAR)' (Blair et al., 1985) (Napolitano et al., 2006).
- 'Zelfgerapporteerde wekelijkse toename in het energieverbruik (Hillsdon et al., 2002). Hier wordt gebruik gemaakt van 'zelfmonitoring' wat als zeer effectief wordt beschouwd (Michie et al., 2009).
- Verandering in fysieke activiteit en verandering in kwaliteit van leven gemeten door de SF-36 vragenlijst, cardiovasculaire risico's door Framingham en D'agostino equaties en bloeddrukmetingen (Elley et al., 2003).
- Geschat calorieën verbruik per week in diverse intensiteiten van beweging en de CHAMPS fysieke activiteit vragenlijst voor oudere volwassenen. Deze vragenlijst meet frequentie en duur van diverse fysieke activiteiten voor oudere volwassenen (65-90 jaar) en is als valide beschouwd voor het meten van effectiviteit van beweeginterventies (Stewart et al, 2001a; Stewart et al., 2001b).
- Nulmetingen en metingen na de interventie van bloeddruk en lichaamsgewicht. Daarnaast een logboek met zelfgerapporteerde fysieke activiteit, gemeten als kilocalorieën per kilogram lichaamsgewicht per week, gebaseerd op de 'Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire (Taylor, 1978). Er werd door de deelnemers gebruik gemaakt van Tri-Trac bewegingssensoren om de rapporteringen te valideren (Hillsdon et al., 2002).
- Fysieke activiteitmetingen zoals de 'Yale Physical Activity Survey (YPAS)' die totale tijd in activiteit en het gemiddeld wekelijks energieverbruik meet, de 'Physical Activity Recall (PAR)' die dagelijks energieverbruik, uren in het licht doorgebracht en de mate van fysieke activiteit meet. Ook fysiologische metingen zoals VO<sub>2</sub>max (maximale zuurstofopname), polsslag bij rust en 'Body Mass Index (BMI) (Young et al., 2001).
- Vragenlijst gebaseerde metingen van fysieke activiteit zoals de YPAS, de 'Seven Day Recall' vragenlijst en de 'Questionnaire d'Activité Physique Saint-Etienne' en fysiologische metingen als 'Doubly Labeled Water (DLW)' dat totaal energieverbruik, fysieke activiteitsniveau als ratio van het energieverbruik en metabolische staat van rust en energieverbruik van fysieke activiteit meet (Bonney et al., 2001).
- Veranderingen in de hoeveelheid fysieke activiteit gemeten door een dagboek, pedometer en vragenlijst als nulmeting en na de interventie (Aittasalo et al., 2004).
- Fysiologische metingen als systolische bloeddruk, diastolische bloeddruk, hartslag, lichaamslengte, lichaamsgewicht, heup- en taille omtrek, cholesterol en hypoproteïne gehalte in combinatie met levensstijl gerelateerde metingen zoals voedingsinname, nutriënteninname (Diet/1 software), een voedselfrequentie vragenlijst, de 'Seven Day Recall' vragenlijst, activiteitendagboeken en consumptiedagboeken (Burke et al., 2003).
- Het gebruik van periodieke surveys voor, tijdens en na de interventie (Campbell et al., 2002).
- Gewicht, BMI en percentage lichaamsvet worden gebruikt om effectiviteit te meten. Een overzicht van 47 studies omtrent effectiviteit van voeding en fysieke activiteitsprogramma's (Anderson et al., 2009).

Er blijkt veel onderzoek te zijn gedaan naar de effectiviteit van beweegprogramma's waarvan de meeste wetenschappelijke literatuur focust op effecten op individueel niveau (Michie et al., 2009; Kim et al., 2013; Müller-Riemenschneider et al., 2006; Napolitano et al., 2006; Hillsdon et al., 2002; Elley et al., 2003; Anderson et al., 2009; Marcus et al., 1998; Seefeldt et al., 2002). Deze beweegprogramma's zijn in sommige vallen gecreëerd door de onderzoekers zelf (Hillsdon et al., 2002). Mede hierdoor wordt er uitsluitend

gekeken naar de individuele effecten van de deelnemers van deze interventies. Het gaat hier in feite dus om onderzoeksgerichte effectmetingen van beweegprogramma's met als doel het monitoren van individuele effecten. Overige effecten van beweegprogramma's zoals effecten op instanties die beweegprogramma's tot stand brengen of effecten op abstractere niveaus zoals effecten op de wijk of regio, blijven veelal buiten beschouwing.

#### *2.3.3.2 Maatschappelijk niveau*

Op beleidsniveau wordt met name als effectief genoemd het creëren of vergroten van de toegang tot faciliteiten voor fysieke activiteit. Dit kan het vermeerderen van het aantal buurtplekken zoals beweegtuinen zijn, maar ook het verlagen van toegangsprijzen van clubs of verenigingen in de buurt. De TFCS studie (2002) adviseert verder dat beweeginterventies specifiek moeten worden toegespitst op de lokale wijkbehoeften en mogelijkheden. De studie erkent de dunne aanwezigheid van economische literatuur over vereiste investeringen voor interventies en vereisten voor het meten van economische effectiviteit van interventies, wat nodig is voor het verkiezen van bepaalde interventies boven alternatieven (Kahn et al., 2002). Ook Sallis et al. (1998), Marcus et al. (1998), King et al. (1998) en Dunn et al. (1998) benoemen een tekort aan studies en conceptuele modellen door de moeilijkheid van het economisch evalueren van beweegprogramma's. Determinanten die de mate van fysieke activiteit van personen bepalen, ofwel kosten en baten, zijn moeilijk te achterhalen omdat beweegredenen variëren tussen individuen en populaties (Seefeldt et al., 2002).

### **2.3.4 Effectmetingen in de gezondheidseconomie – Kosten**

#### *2.3.4.1 Cost Benefit Analysis*

In de gezondheidszorg worden economische evaluaties als 'Cost Benefit Analysis (CBA)' toegepast voor het meten van effectiviteit om zo beslissingen te nemen over zorginterventies of behandelingen (Morris et al., 2012). Hierbij bepaalt de afweging van de voor- en nadelen van een interventie of deze uitgevoerd moet worden of niet. De kosten meten de waarde van schaarstebronnen in termen van 'opportunity costs'. Dit zijn de baten die anders konden worden behaald met dezelfde bronnen. Bij het kiezen van een investering tussen meerdere alternatieven moet rekening worden gehouden met het feit dat opportunity costs van één activiteit niet kunnen worden gebruikt voor een andere activiteit. Het bepalen van de juiste combinatie van activiteiten voor het grootste aantal baten is buiten het bereik van CBA. Kosten en baten worden ter vergelijking beiden uitgedrukt in euro's; dit zijn dus de in euro's uitgedrukte waarden van zowel de kosten als de baten van een interventie. Het kwantificeren van bepaalde kosten of baten kan lastig zijn, maar meettechnieken verbeteren en het onderzoek hiernaar neemt toe (Morris et al., 2012).

De essentiële regel van een CBA is dat de kosten/baten ratio hoger dan 1 is. Dit wil zeggen dat als men de kosten van de baten aftrekt, gerekend naar een bepaalde tijdsperiode, men een positief getal overhoudt. Met andere woorden, zijn de kosten lager dan de baten, dan kan de interventie uitgevoerd worden aangezien hij kosteneffectief is. Zijn de kosten hoger dan de baten, dan kan de interventie niet uitgevoerd worden aangezien hij niet kosteneffectief is. Om te corrigeren voor tijd wordt gebruik gemaakt van de 'net present value' welke staat voor het verschil tussen alle baten en kosten op alle tijden, uitgedrukt in huidige waarden (Morris et al., 2012). Voor het in kaart brengen van de waarde van baten wordt vaak het Willingness To Pay (WTP) concept toegepast. Dat is hoeveel een persoon bereid is te betalen voor een bepaalde baat. Het netto resultaat is dan de WTP minus de kosten (Morris et al., 2012).

#### *2.3.4.2 Cost Effectiveness Analysis*

Een andere methode voor het meten van effectiviteit van zorginterventies is de 'Cost Effectiveness Analysis (CEA)'. Deze methode probeert de vraag te beantwoorden welke van meerdere alternatieven de meeste baten biedt voor een gegeven aantal kosten of de laagste kosten biedt voor een gegeven aantal baten (Morris et al., 2012). Het verschil tussen CBA en CEA is dat CBA vraagt of een interventie wel of niet uitgevoerd moet worden terwijl CEA vraagt wat de beste manier is om een interventie uit te voeren. Er

kunnen hier dus meerdere soorten interventies met elkaar worden vergeleken. CEA is een vergelijking van kosten en baten waarin kosten zijn gekwantificeerd in euro's maar baten in eenheden anders dan geld. CEA geeft dus geen directe vergelijking tussen de waarde van effecten en kosten. Het specificeren van de juiste meting van effecten in CEA kan lastig zijn (Morris et al., 2012).

#### 2.3.4.3 Cost Utility Analysis

De hoofdzakelijke output van gezondheidszorginterventies zijn veranderingen in de gezondheid zelf. De waarde van gezondheid is niet altijd gemeten in euro's. Hierbij helpt 'Cost-Utility Analysis (CUA)' waarbij utility staat voor 'waarde'. Het meten van de gezondheid in CUA gaat voornamelijk via 'Quality Adjusted Life Years (QALY)', wat staat voor de toename in levensverwachting en 'Health Related Quality Of Life (HRQOL)' (Morris et al., 2012). CUA wordt gezien als een uitgebreide vorm van CEA voor het bepalen van welke zorginterventies moeten worden uitgevoerd met het oog op het gegeven budget. Hierbij wordt dus alleen een waarde in euro's toegekend aan de effecten (in QALY) en op basis hiervan wordt beoordeeld of de interventie wel of niet moet worden uitgevoerd. Hierom is CUA onderhevig aan kritiek (Morris et al., 2012).

#### 2.3.4.4 Cost Effectiveness Ratio

De 'Cost Effectiveness Ratio (CER)' staat voor de kosten per eenheid output of effect en is een veelgebruikte maat voor de kosteneffectiviteit van een activiteit of interventie (Morris et al., 2012). De CER wordt opgebouwd uit (1) het verschil tussen de kosten van activiteit (a) en zijn alternatief (b), en (2) het verschil tussen de baten/effecten van een activiteit (a) en zijn alternatief (b). De formule luidt dan:

$$CER = (Ca - Cb) / (Ea - Eb) = \Delta C / \Delta E$$

Hierbij wordt hetgeen boven de streep de incrementele kosten genoemd en hetgeen onder de streep het incrementele effect.

### 2.3.5 Effectmetingen in de gezondheidseconomie - Baten

Morris et al. (2012) beschrijven de concepten 'equivalent variation', 'compensating variation', 'willingness to pay' en 'willingness to accept' als veel gebruikte methoden in de economie voor het meten van baten. Deze methoden hebben allen monetaire outputs. Er wordt onderscheid gemaakt tussen 'revealed preference' en 'stated preference' waarbij de laatste methoden kent als 'Willingness To Pay (WTP)'. WTP als kwantificering van baten heeft diverse kritiek gekregen vanuit psychologische hoek met als argument dat alleen echte keuzes in de markt relevant zijn voor economische analyse en niet waarderingen die voortkomen uit psychologische experimenten als WTP. Desondanks wordt WTP door economen algemeen aanvaard (Morris et al., 2012).

De meest gebruikte techniek om output te kwantificeren is de 'Contingent Valuation Method (CVM)' (Morris et al., 2012). Hierbij wordt er een product of dienst gewaardeerd waarbij de maat van waarde afhankelijk is van de beschrijving van de hypothetische markt die is gegeven aan respondenten. Deze methode wordt gebruikt voor het waarderen van gezondheidszorg maar ook gezondheid zelf (Morris et al., 2012).

De voorgaande methoden maken het mogelijk baten van interventies te kwantificeren, ofwel te definiëren in termen van euro's. Toch domineert in de economische evaluatie het kwantificeren van baten in termen van verbeterde gezondheid (Morris et al., 2012). Dit wordt beargumenteerd met onder andere de reden dat CBA geen praktisch hulpmiddel is voor analyse maar CEA wel, waardoor gezondheid een betere maateenheid is dan geld. Daarnaast worden gezondheidmetingen ook in andere disciplines gebruikt waardoor er meer beschikbare data is.

#### 2.3.5.1 Quality of Life (QoL)

Alhoewel voor het adequaat meten van het concept Kwaliteit van Leven (QoL) diverse studies zijn verricht (Engel et al., 2009; Kolotkin et al., 2009), blijft het een moeilijk te definiëren begrip (Jenkins et al., 2011).



Jenkins et al. (2011) maken onderscheid tussen objectieve indicatoren van QoL, zijnde de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (HRQOL), en subjectieve indicatoren van QoL, zijnde de mate van tevredenheid over zijn of haar leven. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beschrijft QoL als “een individu’s percepties van zijn of haar positie in het leven, in de context van cultuur, waardesystemen waar hij/zij in leeft, in relatie tot doelen, verwachtingen, standaarden en problemen” (Sanftner, 2011, p. 136; WHOQOL Work Group, 1998). Volgens Bergner (1989) en Spitzer (1995) kan iedere mentale of fysieke conditie afbreuk doen aan een individu’s kwaliteit van leven, waardoor een meer gespecificeerde term nodig is, namelijk gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (HRQoL) (Morris et al., 2012). Het nadeel van het concept QoL is dat het in principe allesomvattend is, ook aspecten niet aan gezondheid gerelateerd. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van het concept ‘Health Related Quality of Life (HRQoL)’.

#### *2.3.5.2 Health Related Quality of Life (HRQoL)*

Dit concept wordt gebruikt als indicator voor het meten van een individu’s leven specifiek in relatie tot gezondheid (Kolotkin et al., 2009; Baker & Intagliata, 1982; Hay & Mond, 2005; Holloway & Carson, 2002). Engel et al. (2009) definiëren HRQoL als “de impact die een fysieke of mentale gezondheidsstoornis heeft op een persoon in termen van psychologisch welzijn, cognitief functioneren en sociaal- en rol functioneren”. Patrick en Erickson definiëren HRQOL als volgt: “De waarde toegekend aan de duur van leven als aangepast door de verslechtingen, functionele status, percepties en sociale kansen die worden beïnvloed door ziekte, letsel, behandeling of beleid” (Morris et al., 2012).

Jenkins et al. (2011) beschrijven twee HRQoL metingen, waarbij de een verschillende onderwerpen en condities indiceert en de ander zich concentreert op ziektespecifieke metingen van een bepaalde conditie of populatie. Mond et al. (2004) schrijven dat de mate van HRQoL van vrouwen gerelateerd is aan bewegingsgedrag; schuldgevoelens over een tekort aan beweging en beweging met als doel gewichtsafname of verandering van lichaamsvorm hebben invloed op de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven.

#### *2.3.5.3 QoL en HRQoL meten*

Sanftner (2011) vergeleek generieke metingen met ziektespecifieke metingen voor HRQoL en vond ondersteunend materiaal betreffende haar hypothese dat ziektespecifieke metingen gevoeliger zijn en meer geconcentreerd zijn op bepaalde gezondheidsproblemen dan generieke metingen. Onderzoek met behulp van ziektespecifieke metingen zoals Eating Disorder Quality of Life (EDQOL) vond meer ziektespecifieke aspecten die invloed kunnen hebben op QoL (Sanftner, 2011). Morris et al. (2012) schrijven dat voor economische evaluaties hoofdzakelijk generieke metingen worden gebruikt. Voor het meten van QoL en HRQoL worden verschillende questionnaires gebruikt zoals de EQ-5D, afkomstig van de EuroQol, of de Health Utilities Index (HUI), afkomstig uit Canada (Morris et al., 2012). Ook de SF-12 en de SF-6 worden veel gebruikt in economische evaluaties, voor het waarderen van de gezondheidsstatus.

Een andere manier om de baten van een gezondheidsinterventie te meten is door de impact van de interventie te meten als gezondheidstoename (Morris et al., 2012). Dit is het verschil tussen de gezondheid met de interventie en de gezondheid zonder de interventie. Dit staat gelijk aan de noemer van de CER, namelijk het verschil in effect.

#### *2.3.5.4 Quality Adjusted Life Years (QALY)*

“Gezondheid is het product van de mate van gezondheid en de duur van de ervaring van deze gezondheid, met andere woorden een meting van volledig gezonde tijd” (Morris et al., 2012: 271). Gezondheid bestaat uit twee dimensies. De eerste is het niveau of mate van de ervaren gezondheid op een bepaald moment en de tweede is de duur van de ervaring van dit niveau van gezondheid (Morris et al., 2012). De eerste dimensie kan gemeten worden door het concept van HRQoL en de tweede door variaties van HRQoL in de tijd in kaart te brengen, met en zonder interventie ofwel behandeling. Een algemene gezondheidsindicator die deze principes toepast is de ‘Quality Adjusted Life Year (QALY)’. Deze wordt berekend door de hoeveelheid tijd in een bepaalde gezondheidstoestand te vermenigvuldigen met de kwaliteit van leven (QoL) gedurende die tijd, gesommeerd over alle tijdperiodes en gestandaardiseerd naar een jaar (Morris

et al., 2012). Alternatieven van QALY zijn 'Disability Adjusted Life Years (DALYs)' en 'Healthy Year Equivalents (HYEs)'.

#### *2.3.5.5 Non-monetaire metingen van gezondheid*

Bij het in kaart brengen van gezondheid via non-monetaire waarden wordt over het algemeen gesproken over utiliteit ofwel nut. Het meten van nut is een controversieel onderwerp; er zijn dan ook verschillende methoden in omloop (Morris et al., 2012). Vaak wordt er gebruik gemaakt van interviews of schriftelijke vragenlijsten waarin respondenten bepaalde scenario's van een gezondheidssituatie te zien krijgen. Hier moet de respondent dan een waarde aan toekennen. De meest gebruikte technieken worden onderverdeeld in psychometrische- en economische technieken. Voorbeelden van psychometrische metingen zijn 'magnitude estimation', 'paired comparisons', 'category scales', 'visual analogue scales' en 'rating scales', waarvan de 'visual analogue scale' de meest gebruikte is. De 'standard gamble', 'time trade-off' en de 'person trade-off' zijn voorbeelden van economische meetmethoden.

Volgens Morris et al. (2012) is het definiëren van kosten en baten afhankelijk van welke invalshoek genomen wordt. De economische evaluatie die hieruit voortvloeit hangt tevens in grote mate af vanuit welke belanghouder er gekeken wordt. CBA hanteert voornamelijk een maatschappelijk perspectief (societal perspective), gebaseerd op 'welfare economics'. Toch wordt CBA zelden gehanteerd in de gezondheidssector. Qua outputs worden QALYs gewaardeerd op basis van sociale waarden in plaats van die van patiënten. Alhoewel er verschillende perspectieven gehanteerd worden is het volgens Morris et al. (2012) van belang expliciet te zijn in welk perspectief gebruikt wordt. Ook het buiten beschouwing laten van elementen in de economische evaluatie moet expliciet worden genoemd.

Het in kaart brengen van economische kosten bevat drie stappen: ten eerste het identificeren en beschrijven van veranderingen in het gebruik van middelen, ten tweede ze te kwantificeren in fysieke eenheden en ten slotte de middelen te waarderen (Morris et al., 2012). Kosten zijn hier dus gelijk aan de hoeveelheid middelen, vermenigvuldigd met de prijs. Het in kaart brengen van kosten gebeurt op twee manieren: macro (top-down) waarbij beschikbare data kan worden verdeeld over de opties die worden gewaardeerd of micro (bottom-up) waarbij kosten apart worden gekwantificeerd, toegewezen en ten slotte gesommeerd. Morris et al. (2012) schrijven dat sommige kosten moeilijk te identificeren zijn of van dermate kleine invloed dat ze achterwege gelaten kunnen worden. "Het gebruik van geteste modellen uit de literatuur kan helpen de kosten in prioriteit te rangschikken" (Morris et al., 2012: 293).

De drie meest gebruikte methoden voor het meten van gezondheidstoename zijn QALYs, DALYs en HYE's waarbij QALYs de standaard is (Morris et al., 2012). QALYs hangen af van een aantal assumpties: ten eerste constante proportionaliteit. Dit wil zeggen dat waarden van gezondheid kunnen variëren door de tijd maar niet door de tijd waarin ze ervaren worden. Met andere woorden, een waarde van een gezondheidsstatus is 0.96 QALYs, dan is deze 0,08 QALYs per maand en ieder jaar in die status wordt als 0.96 QALYs gezien (Morris et al., 2012). Ten tweede, toenames in QALYs kunnen afhankelijk zijn van leeftijd; waarden kunnen verschillen per leeftijd (Wolfenstetter en Wenig, 2011). Dit probleem kan worden tegengegaan door verschillende gewichten toe te kennen aan verschillende leeftijden. Ten slotte wordt er van uitgegaan dat QALYs gelijk verspreid worden over de tijd, wat niet hoeft op te gaan gezien het feit dat mensen baten over het algemeen eerder dan later ontvangen. Om voor waardeverschillen in de tijd te corrigeren wordt gebruik gemaakt van discounting.

#### *2.3.5.6 Discounting*

In de gezondheidszorg komt het voor dat kosten nu worden gemaakt terwijl de baten pas later worden ervaren. Morris et al. (2012) schrijven dat mensen over het algemeen kosten uitstellen en baten nu willen ervaren, ofwel de ervaren waarde van de baten of kosten vermindert met de tijd. Dit wordt ook wel een positieve tijdpreferentie genoemd. Hierom wordt, door middel van het 'disconteren', minder gewicht toegekend aan baten in de toekomst. Zo kan voor iedere monetaire waarde in de toekomst de huidige waarde worden berekend. De formule luidt:

$$PV = FV (1 / (1 + r)^t)$$

Hierbij is *PV* de present value wat staat voor de huidige waarde. *FV* is de future value wat staat voor de toekomstige waarde, *r* is de discount rate en *t* is de tijdsperiode.  $1/(1 + r)^t$  wordt gezien als de discountfactor (Morris et al., 2012). Via deze formule wordt de huidige waarde van toekomstige getallen berekend. Discounten gebeurt op jaarbasis. Kosten die zich dus binnen een jaar na de start van de gezondheidsinterventie voordoen worden gezien als huidige waarde en dus niet afgewaardeerd via de discount methode.

De mate van tijdpreferentie wordt weergegeven via *r*. Hoe hoger de waarde van *r*, des te minder gewicht wordt gegeven aan toekomstige evenementen waardoor de huidige waarde van toekomstige kosten dus lager is. Er wordt algemeen aangenomen dat, in een CBA, toekomstige kosten en baten moeten worden afgewaardeerd door middel van discounting. Of QALYs (dus geen monetaire baten) daarentegen moeten worden afgewaardeerd is nog de vraag gezien het prefereren van een geldbedrag nu in vergelijking met later niet gelijk hoeft te zijn aan een 'gezond jaar': ze zijn immers niet verhandelbaar of later te gebruiken (Morris et al., 2012). Het niet discounten van baten verbetert kosteneffectiviteit aangezien de baten dan hoger uitvallen (Morris et al., 2012; Wolfenstetter en Wenig, 2011).

#### 2.3.5.7 Externe effecten

Externe effecten ('Externalities') ofwel spillover effecten worden door Morris et al. (2012) beschreven als kosten en baten, opgelopen bij de consumptie of productie van goederen en diensten, die niet worden gedragen door de betrokken consument of producent zelf. "Wanneer andere actoren in de maatschappij een positief effect ervaren door effecten, worden het externe baten genoemd" (Morris et al., 2012). Dit geldt tevens voor externe kosten, wanneer het om negatieve invloeden gaat. Externe effecten zijn een van de hoofdoorzaken van het markt falen in de gezondheidszorg (Morris et al., 2012).

Er wordt onderscheid gemaakt tussen externe effecten van productie en externe effecten van consumptie. Externe effecten door productie kunnen zowel invloed hebben op andere productie, als op consumptie. Externe effecten door consumptie kunnen zowel invloed hebben op productie, als op andere consumptie. Hierbij kunnen de effecten bestaan uit kosten of baten (Morris et al., 2012). Met andere woorden, het produceren en consumeren van een zorginterventie kan diverse externe kosten en baten met zich meebrengen voor andere zorgproducerende of consumerende actoren.

In het perspectief van waarde cocreatie, waarbij de waarde van een interventie tot stand komt door zowel producenten als consumenten, vervaagt het onderscheid in externe effecten als producent of consument enigszins. Beiden ervaren hun eigen kosten en baten maar welke specifieke effecten als extern kunnen gezien voor welke partij is nog niet uitvoerig onderzocht. Wanneer bijvoorbeeld mensen zich gaan settelen worden sociale rollen ingebed in de gemeenschap, ontwikkelen zich burgerlijke gewoonten. Ouders worden meer betrokken in de wijk door de school en sociale omgeving van het kind (Jennings & Stoker, 2004; Rotolo, 2011). Sociale cohesie kan hier worden gezien als een extern effect van de toename in betrokkenheid door deelname in de gemeenschap, zoals het lid zijn van een lokale sportclub.

Zo zijn er externe effecten te beschrijven die in de literatuur niet als extern effect worden benoemd maar wel voldoen aan de criteria. Op nationaal niveau schrijven Proper en Van Mechelen (2008) bijvoorbeeld dalingen in kosten van arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid als "indirecte effecten" toe aan de zorg- en beweeginterventies. Hildebrandt et al. (2010a) beschrijven op bedrijfsniveau een "indirecte baat" als gevolg van vitale werknemers, namelijk een verbetering van de concurrentiepositie van het bedrijf door een hogere arbeidsproductiviteit. Desondanks blijken veel van deze spillover effecten moeilijk te identificeren en te kwantificeren (Wolfenstetter et al., 2012).

#### 2.3.5.8 Wolfenstetter

Wolfenstetter heeft veel onderzoek gedaan naar het economische evalueren van buurtgerichte beweegprogramma's. Een economische evaluatie van een gezondheidsinterventie is, volgens haar, gebaseerd op de identificatie, meting en waardering van kosten en baten en vergelijkt twee of meerdere alternatieven (Wolfenstetter, 2011). In de context van BBP's is het ook wel gebruikelijk om te vergelijken met de optie van 'niets doen'. Er wordt daarbij gefocust op de gezondheidseffecten van de populatie, de economische effecten op de maatschappij en op de serviceaanbieders. Economische evaluaties van beweegprogramma's in het verleden laten vaak kosteneffectiviteit zien maar de variatie in hoe de kosten in kaart zijn gebracht is enorm (Wolfenstetter en Wenig, 2010). Dit limiteert de mogelijkheid tot vergelijking en de generaliseerbaarheid van de resultaten. Om dit in de toekomst te verminderen wordt geadviseerd methodologische keuzes expliciet te vermelden, zoals land- en gebiedspecifieke data, prijzen, jaren, fysieke units, behandelingspatronen, perspectieven en karakteristieken van populaties (Wolfenstetter en Wenig, 2010).

In 2011 schrijft Wolfenstetter dat kosteneffectiviteit afhankelijk is van de methodologie zoals het gekozen perspectief, datacollectie, waarderingsmethoden en discounting. Tevens biedt zij een raamwerk waarin een standaard economische evaluatie voor beweegprogramma's wordt uitgewerkt. Verder is het van belang de contextuele karakteristieken in ogenschouw te nemen aangezien de effectiviteit van twee identieke beweegprogramma's aanzienlijk kan verschillen, afhankelijk van de culturele, sociale en economische context. Wolfenstetter en Wenig (2011) signaleren een gat tussen de theoretische richtlijnen voor kostenanalyse en de praktische toepassing hier van. Een reden is de beperkte data beschikbaar en een tekort aan standaardisatie van wat als kosten kan worden gezien. Tevens worden de keuzes hier aan verbonden niet expliciet genoemd in studies.

Wolfenstetter heeft na haar studie in 2011 uitgebreid onderzoek gedaan naar een omvattend beeld van kosten van een BBP. Zij en anderen concluderen in 2012 dat de resultaten van een economische evaluatie van een beweegprogramma ten behoeve van gezondheidspromotie in grote mate afhankelijk zijn van in hoeverre ontwikkelingskosten worden meegenomen in de kostenberekeningen. Hierom is het van groot belang, bij het economisch evalueren van soortgelijke interventies, transparant te zijn in keuzes en aannames in termen van generaliseerbaarheid van de resultaten. Een analyse van 15 studies naar de effectiviteit van beweegprogramma's laat zien dat er veel variatie is in typen programma's demografisch gezien: populaties verschilden van leeftijd, geslacht en karakteristieken zoals het zijn van werknemer, patiënt of algemene uitvoerder van beweging (Wolfenstetter en Wenig, 2010). De analyse bevestigt de economische effectiviteit van beweeginterventies maar benoemt daarbij wel de geringe toepassingen in de publieke gezondheidspraktijk als gevolg van deze resultaten. Ook zijn de effectiviteitsverschillen niet te rangschikken naar mate van effectiviteit omdat er verschillende methoden zijn gebruikt voor het in kaart brengen van kosten en baten. Er is een tekort aan standaardisatie wat betreft definities van kosten en baten:

"It would be of utmost importance that authors present costs and physical units separately, provide the sources of the resource consumption data or unit prices, methods of valuation, including price year and discount rate, the perspective chosen and thus cost components included. These aspects were not stated in several studies, although they are essential for the economic evidence and transferability of study results" (Wolfenstetter en Wenig, 2010).

Verder schrijven Wolfenstetter en Wenig (2010) dat het van belang is dat beweegprogramma's lang genoeg duren (minimaal 3-9 maanden) om uitkomsten en effectiviteit te meten en dat een hoge kwaliteit van methodologie en transparantie vereist is voor het verkrijgen van generaliseerbare resultaten. Een kosteneffectiviteitsmeting is met name gebaseerd op de kosten van een interventie. In een analyse van 18 studies, tevens door Wolfenstetter en Wenig (2011), gefocust op kostenmethoden van economische evaluaties van beweegprogramma's, komt naar voren dat alle in de 18 studies onderzochte interventies kosteneffectief zijn. Desondanks was er geen volledige transparantie in kostenopbouw waardoor het vergelijken van resultaten begrensd is. Ook opperen Wolfenstetter en Wenig (2011) dat het betrekken van

bespaarde kosten als gevolg van gezondheidseffecten nodig is voor een omvattend beeld van de effectiviteit van de interventie.

#### *2.3.5.9 Ontwikkelingen*

Owen et al. (2006) varen voort op de stelling dat effectieve empirisch onderbouwde fysieke activiteitsinterventies in aantallen toenemen en baseren zich hier op de studie van Kahn et al. (2002): "With the increasing availability of effective, evidence-based physical activity interventions, widespread diffusion is needed" (Owen et al. 2006: S35). Owen et al. (2006) benadrukken echter ook het gebrek aan wetenschappelijk bewijs en evaluatieonderzoek voor de effectiviteit van beweeginterventies en het beperkte bewijs van invloed op de publieke gezondheid als gevolg hier van (zie ook Roux et al., 2008). Owen et al. (2006) doen zelf geen effectiviteitsmeting maar pleiten verder voor een collectieve aanpak, geleid door wetenschappelijke- en gezondheidsorganisaties, om beleidsveranderingen door te voeren ten behoeve van een actievere bevolking. Verder noemen zij het RE-AIM raamwerk als hulpmiddel voor het identificeren van criteria voor het vaststellen van het succes van beweegprogramma's.

Anderson et al. (2006) deden een systematische review van acht studies waarin economische evaluaties op beweegprogramma's voor gewichtsverlies van werknemers werd uitgevoerd. In deze studies werden in totaal vijf CEA's, één Willingness To Pay (WTP) studie en twee Cost/Benefit analyses (CBA) uitgevoerd. Het is echter lastig de economische efficiëntie van de onderzochte interventies te interpreteren zonder te weten hoe een kilo gewichtsverlies zich vertaalt naar een 'health outcome' zoals een afname van ziekte-inval en dus toename in QALY (Anderson et al., 2006). Toch bieden voorgaande studies data over de financiële gevolgen van een afname in gewicht (Oster et al., 1999). Op basis van resultaten uit verschillende economische evaluatiemethoden kan worden gesteld dat werknemergerichte beweegprogramma's voor gewichtsafname kosteneffectief zijn aangezien het effect van gewichtsdaling niet alleen het zelfvertrouwen van werknemers doet stijgen maar ook de winsten van het bedrijf als gevolg van een stijging in arbeidsproductiviteit en een daling in medische kosten (Anderson et al., 2006).

## **2.4 Concluderend beeld literatuur**

---

Een vogelvlucht over de drie perspectieven geeft een interessant beeld. Zij worden kort samengevat en met elkaar vergeleken in termen van kosten en baten.

### **2.4.1 Gezondheidsbevordering**

De gezondheidsbevordering richt zich voornamelijk op effecten op individueel niveau. Hierbij zijn baten hoofdzakelijk de mate van zorgaanbod of gezondheidsbevordering. Er wordt gedetailleerd geschreven over methoden van effectmeting maar niet over kosten. Het aggregeren van alle individuele baten volstaat niet als een collectieve/maatschappelijke baat. Volgens deze redenering zijn de methoden uit de gezondheidsbevordering onvoldoende omvattend en vereisen verdere aanvulling om maatschappelijke baten in kaart te brengen.

Het gezondheidsperspectief praat over patiënten, onderhevig aan een 'interventie' terwijl vanuit de sportgedachte wordt gesproken over autonome consumenten. Gezondheid wordt in de gezondheidsbevordering gezien als de immer blijvende vraag, met als doel lijfbehoud (defensieve in steek, pijnvoorkomend) terwijl sport wordt geconsumeerd vanuit een behoeftevervulling (offensieve in steek, plezier-benaderend). Terwijl de baten van een zorginterventie (zoals een operatie) voornamelijk gedefinieerd worden uit het directe effect van gezondheidstoename en de indirecte effecten hiervan (fysiologisch en psychologisch), worden de baten van een beweeginterventie als meerlaags gezien in het welzijn (fysiologisch, psychologisch, sociaal, maatschappelijk en economisch). De consumptie van een zorginterventie wordt voornamelijk per individu geconsumeerd terwijl een beweeginterventie, vanuit de sport gezien, vaak 'gecocreëerd' wordt – consumenten produceren mee (co-creatie).

### **2.4.2 Welzijn**

De welzijnsliteratuur laat een breder beeld zien. Hierin worden duidelijke afwegingen gemaakt tussen individuele en collectieve baten. De betekenis van de term 'empowerment' vanuit het welzijn komt sterk overeen met die van de term 'co-creatie' uit de sport, beiden redeneren dat mensen in samenwerking waarde tot stand brengen. Desondanks kennen de perspectieven ook verschillen. In het welzijn is empowerment het in actie komen van individuen, met als doel sociale verandering te creëren door het versterken van gemeenschappen zodat deze controle nemen over hun eigen collectieve gezondheid. In de sport is co-creatie de betrokkenheid van de consument in de productie van diensten waardoor waarde ontstaat, die hij vervolgens zelf consumeert. In beide gevallen wordt er door afnemers waarde geproduceerd en in beide gevallen is er sprake van de behoefte aan externe partijen: in de sport is dit de aanbieder, in het welzijn is dit de expert of ondersteunende institutie. Het welzijn redeneert verder en breder dan de sport, om de volgende twee redenen: (1) SK beïnvloedt meer dan de gezondheid en sport maakt slechts een deel van SK uit en (2) het welzijn betreft zowel individuele als collectieve baten (gezondheid van de gemeenschap) bij de totstandkoming van waarde terwijl de sport hoofdzakelijk individuele baten noteert. SK fungeert als indicator van welzijn en dit is een zeer breed begrip ten opzichte van sport.

### **2.4.3 Sport**

Het sportperspectief ziet sportparticipatie als de belangrijkste meting van effectiviteit van interventies. De redenering luidt dat hogere aantallen sporters een gezondere bevolking tot stand brengt. Doel is een verbetering van de publieke gezondheid zoals afname van het aantal mensen met obesitas. Sport zou goed zijn voor de gezondheid en deze zouden causaal in verband staan. Het perspectief pikt zich vast op kwantitatieve gegevens als deelnemersaantallen en participatie stelt dit tevens tot doel. De sportgedachte gaat uit van het consumeren van sport net zoals andere producten en diensten, alhoewel een sport evenement niet wordt gezien als simpelweg een product maar meer een platform waarbij diverse partijen co creëren. Gezien het feit dat sport een hoge mate van consumenten betrokkenheid bevat, speelt co-creatie een centrale rol in de productie en consumptie van sport-gerelateerde diensten. Toch gaat de sport in toenemende mate uit van een marketingperspectief waarin aanbieder en afnemer worden onderscheiden en waarin de aanbieder de afnemer blijvend moet benaderen voor consumptie.

### **2.4.3 In het kort**

Er wordt vanuit drie perspectieven gekeken naar beweegprogramma's, elk met eigen definities, normen en waarden. Op basis hiervan worden uiteenlopende doelstellingen geformuleerd en methoden gebruikt voor het meten van effectiviteit en het (al dan niet) in kaart brengen van kosten en baten. Effectiviteit kent dus, afhankelijk van het gebruikte perspectief, een andere definitie. Dit brengt onduidelijkheden in verantwoordelijkheden en initiatief met zich mee, alsmede uiteenlopende definities van kosten en baten en dus kosteneffectiviteitsbepaling.

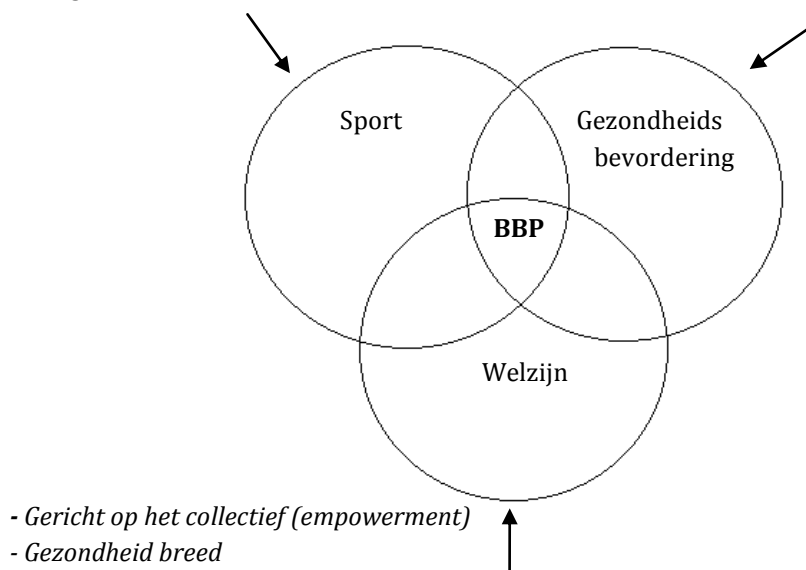
Baten zijn onder te verdelen naar gezondheidsbevordering, welzijn of sport. Kosten blijken echter lastig in te delen naar de perspectieven. Over kosten en metingen hiervan blijkt veel onduidelijkheid te bestaan. Dit komt mede doordat alle perspectieven uitgaan van de aanwezigheid van meerdere actoren in het proces van waarde creatie.

Veel effecten op het gebied van welzijn worden wel gedefinieerd maar niet meegenomen in effectiviteitsmetingen. Ook blijken BBP's zeer contextspecifiek te zijn en niet een op een vergelijkbaar. Eenduidige methoden van effectmetingen van totale beweegprogramma's zijn sporadisch (voor een voorbeeld zie Wolfenstetter, 2011). In het kort kan worden gezegd dat studies over het economisch evalueren van een BBP weinig beschikbaar zijn en verder onderzoek nodig is. Figuur 6 weergeeft de verschillen per perspectief op het fenomeen BBP. Het beeld dat is ontstaan wordt vertaald naar een aantal verwachtingen welke fungeren als basis voor de interviewvragen.

---

- Gericht op waarde cocreatie van een product of dienst  
- Ziet gebruikers als 'consumenten'

- Gericht op het individu  
- Ziet gebruikers als 'patiënten'



- Gericht op het collectief (empowerment)  
- Gezondheid breed

---

*Figuur 6 - Verschillen in perspectief op BBP's volgens de geraadpleegde literatuur*

---

## 2.5 Verwachtingen

---

Uit het literatuuronderzoek komen verschillende aspecten naar voren. Deze aspecten worden vertaald naar verwachtingen.

1. Intersectorale samenwerking alsmede een op wijkcarakteristieken gerichte aanpak zijn vereist voor de totstandkoming van BBP's.
2. Lokale partijen hebben beperkte kennis van individuele kosten en baten alsmede maatschappelijke baten.
3. Wijkspecifieke informatie, vereist voor het meten van individuele en collectieve baten, is onvoldoende beschikbaar.
4. Lokale initiatiefnemers hebben een onduidelijk beeld van hun eigen rol in de samenwerking en de manier waarop hun kosten en baten geïdentificeerd en gemeten moeten worden.
5. Er heerst mogelijk een communicatieve scheiding in de samenwerking tussen ontwikkelaars en uitvoerders waardoor beoogde kosten en baten van ontwikkelaars kunnen verschillen van de beoogde kosten en baten van uitvoerders.
6. Er heerst mogelijk onduidelijkheid tussen verschillende ontwikkelaars als het gaat om het definiëren en meten van kosten en baten. Hierdoor ontstaat een versnipperd beeld van de totale reële effectiviteit van beweegprogramma's.
7. Doordat de drie verschillende perspectieven sport, welzijn en gezondheid niet naadloos op elkaar aansluiten is er in sommige gevallen sprake van onvoldoende draagvlak bij organisaties, liggen samenwerkingsdoelstellingen te ver uiteen en ontstaan onduidelijkheden in verantwoordelijkheden en initiatief.

De zeven verwachtingen liggen ten grondslag aan de interviewvragen. Tabel 2 weergeeft de – in de geraadpleegde literatuur gevonden - kosten en batendefinities, onderverdeeld naar perspectief en niveau.

Tabel 2 – Kosten en baten van bbp's uit de geraadpleegde literatuur

Perspectief	Niveau		Referentie
Sport	Individueel	<i>Kosten</i>	Lidmaatschapskosten Gepercipieerde sociale drempels Assimilatiekosten Clark, 2008; Jehoe-Gijsbers, 2004; Carver et al., 2008 Tiessen-Raaphorst et al., 2010
		<i>Baten</i>	Psychologische ontwikkeling Daling overgewicht Sociale ontwikkeling Motivatie en beleving Positieve houding Kwaliteit van slapen Energieniveau Daling depressie, angst, stress Zelfvertrouwen Subjectief welzijn HRQoL Plezier Verantwoordelijkheid, conformiteit Volharding, lef, zelfbeheersing Academische prestaties Autonomie Sharp et al., 2007; Danish et al., 2000; Fleishman, 1984; Holt et al., 2011 Wolfenstetter et al., 2012 Brunelle et al., 2007; McGuire en Gamble, 2006; Busseri et al., 2011; Holt et al., 2011; Bartko, 2005; McCarthy et al., 2008 Papacharisis et al., 2005 Asztalos et al., 2012; DoH, 2001; Fontaine, 2000 Fontaine, 2000 Asztalos, 2009; Wijndaele et al., 2007; Hamer, 2009; Stephens, 1988; Landers, 1997 Fox, 1999; Asztalos et al., 2012; Lamont-Mills en Christensen, 2006 Vuillemin et al., 2005 Tiessen-Raaphorst et al., 2010; Fox, 1997; Wijndaele, 2007; Fleishman, 1984; Coleman & Iso-Ahola, 1993 Kleiber & Kirshnit, 1991 Kleiber & Kirshnit, 1991 Barber et al., 2001; Eccles et al., 2003 Coleman & Iso-Ahola, 1993
	Maatschappelijk	<i>Kosten</i>	-
		<i>Baten</i>	Welzijn van de gemeenschap Volkegezondheids uitgaven Arbeidsverzuim & Ongeschiktheid Arbeidsproductiviteit Concurrentiepositie bedrijfsleven Files CO2 uitstoot Sociale cohesie Zelfstandigheid ouderen Saamhorigheidsgevoel Werkgelegenheid WHO, 2007 Van Baal et al., 2007; Hildebrandt et al., 2010; Proper en Van Mechelen, 2008 Hildebrandt et al., 2010 Hildebrandt et al., 2010 Hildebrandt et al., 2010 Hildebrandt et al., 2010 Tiessen-Raaphorst et al., 2010 Hildebrandt et al., 2010; Chorus et al., 2010 DoH, 2001 Policy Research Cooperation (2008)
Welzijn	Individueel	<i>Kosten</i>	Persoonlijk initiatief Leiderschap Motivatie kweken Netwerk opbouwen Kennis van zaken aantrekken Eriksson, 2011 Eriksson, 2011 Eriksson, 2011 Eriksson, 2011 Eriksson, 2011
		<i>Baten</i>	Kwaliteit van Leven Gezondheid Sociaal vertrouwen Zelfvertrouwen en identiteit Perceptie van controle Hawe en Shiell, 2000 Marmot en Feeney, 1997; Sirven en Debrand, 2012; Eng en Parker, 1994 Kawachi et al., 1997 Cattel, 2001 Cattel, 2001
	Maatschappelijk	<i>Kosten</i>	Gemeenschappelijke actie Opbouw van sfeer en relaties Verticale samenwerking Eriksson, 2011 Hawe en Shiell, 2000 Campbell en Gillies, 2001
		<i>Baten</i>	Samenhang Sociale cohesie Krachtige wijken Sociale controle SES Sense of Community Empowerment Kawachi et al., 1999 Hawe en Shiell, 2000 Hawe en Shiell, 2000 Portes, 1998 Hawe en Shiell, 2000 Shiell en Hawe, 1996; Stanley et al., 2012 Shiell en Hawe, 1996
Gezondheids- bevordering	Individueel	<i>Kosten</i>	Sport- en regels optimaliseren Huisregels optimaliseren Effectiviteitsmetingen Locatie Materiaal en attributen Kinderopvang Personaliseren van programma's Administratie en contact Kahn et al., 2002 TFCS, 2002 Wolfenstetter et al., 2012 Wolfenstetter en Wenig, 2011 Wolfenstetter et al., 2012 Wolfenstetter et al., 2013 TFCS, 2002; Kahn et al., 2002 Kahn et al., 2002; Wolfenstetter
		<i>Baten</i>	BMI Overgewicht Fysieke gezondheid Longcapaciteit QALY Bloeddruk Anderson et al., 2009 Burke et al., 2003; Taylor, 1978 Kahn et al., 2002 Young et al., 2001 Roux et al., 2008 Elley et al., 2003
	Maatschappelijk	<i>Kosten</i>	Aantal euro's per QALY Roux et al., 2008
		<i>Baten</i>	Arbeidsproductiviteit Medische kosten Anderson et al., 2006 Anderson et al., 2006



## 3. Resultaten empirisch onderzoek

---

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de interviews en de documentenanalyse. Tien interviews hebben plaatsgevonden met professionals. Daarnaast zijn 41 documenten aangetrokken ter analyse. Eerst worden de interviewresultaten behandeld, vervolgens de resultaten van de documenten analyse.

### 3.1 Resultaten - Interviews

---

Diepte interviews zijn uitgevoerd met tien professionals. Ondanks het streven van twee respondenten per locatie te interviewen is er, na schriftelijke en telefonische benadering, respons ontvangen van vijf locaties. Van één locatie is geen respons ontvangen. Voor de opzet van de interviewvragen, zie bijlage IV. De interviews zijn getranscribeerd en weergegeven in bijlage V. De uitvoering van de eerste stap volgens het analyse-stappenplan van Braun & Clarke (2006) (tabel 5) is weergegeven in bijlage VI. De tweede en derde stap zijn achtereenvolgens uitgevoerd en weergegeven in bijlage VII. De volledige thematische analyse van de interviews is weergegeven in bijlage VIII.

#### 3.1.1 Analyse 1 – De deductieve analyse

De deductieve thema's betreffen: betrokken partijen (professionals) bij de ontwikkeling van BBP's, kosten op individueel niveau, maatschappelijke kosten, baten op individueel niveau, maatschappelijke baten, indicatoren van kosten, indicatoren van baten, meetmethoden van kosten, meetmethoden van baten, complexe samenwerking en wijk- en doelgroepgericht werken.

##### 3.1.1.1 Thema 1 - Betrokken partijen bij de ontwikkeling van BBP's

Uit de interviews komen veel betrokken partijen naar voren. De voorkomende rollen in de samenwerking zijn opdrachtgever, regiehouder, initiatiefnemer, uitvoerder en ondersteunende organisatie. De gemeente blijkt vaak een opdrachtgevende rol te hebben in veel BBP's. Dit omdat zij in veel gevallen betrokken is bij de financiering van de programma's via subsidies. Het huidige politieke beleid ('minder zorgstaat' en 'de bezuinigingen') lijkt invloed te hebben op de daling in de uitvoerende rol van de gemeente. Rollen en functies van organisaties verschillen per beweegproject. Het is niet altijd duidelijk waar het initiatief precies ligt. Uitvoerders zijn gymdocenten, vanuit scholen of als zzp. Ondersteunende organisaties zijn sportverenigingen, speeltuinen en lokale maatschappelijke instellingen.

##### 3.1.1.2 Thema 2 - Kosten op individueel niveau

De genoemde kostenposten in de interviews zijn uren inkoop, effecten inkoop, zaalhuur / accommodatie, vrijwilligers, consumpties, materiaal, onderzoek en totale kosten van het BBP. Kosten worden van het vooraf verkregen budget afgehaald. Kosten voor effectonderzoek lopen vaak hoog op en kunnen de kosteneffectiviteit van een programma ondermijnen. Vaak komt het voor dat een toegekend budget omgerekend wordt naar een aantal uren dat er aan het project besteed kan worden. Dit aantal uren kan dan tevens als prestatie-indicator gelden:

*“Eigenlijk hebben we heel vaak gewoon gezegd, ‘ik koop tien lessen van dat in’ zeg maar, of ‘ik koop dat’, daar komt het eigenlijk wel op neer als gemeente. Ja dat slaat nergens op maar, want je weet helemaal niet wat voor effect je er mee behaalt.”*

(Respondent 6, Gemeente Rotterdam)

Vrijwillige hulp wordt niet doorberekend terwijl professionals hetzelfde werk doen maar “in de baas zijn tijd”. Hierdoor kan een scheve verhouding ontstaan tussen partners. Er wordt door opdrachtgevers soms

gebruik gemaakt van RGA's (Resultaat Gerichte Afspraken) waarbij men richt op output. Genoemde effecten zijn "sociaal isolement", "participatie" en "binding".

#### *3.1.1.3 Thema 3 - Maatschappelijke kosten*

Over maatschappelijke kosten is niets gevonden in de interviews.

#### *3.1.1.4 Thema 4 - Baten op individueel niveau*

Als individuele baten voor ontwikkelende of uitvoerende organisaties worden genoemd een toename in aantallen deelnemers van BBP's, behoud of groei van het ledenaantal, een daling van het aantal uitkeringen en een toename in naamsbekendheid. Als programmabaten voor de participant worden genoemd een toename in energie, een afname in gewicht, meer structuur in het huishouden, gezonder eten en een actiever gezin.

#### *3.1.1.5 Thema 5 - Maatschappelijke baten*

Als een van de vaakst genoemde baten wordt een toename van arbeidsinstroom genoemd maar dit wordt ook genoemd als extern effect aangezien het een gevolg is dat zich ook pas op lange termijn kan voordoen. Daarnaast blijken een daling van de criminaliteit, hangjeugd en overlast op straat als belangrijke baten bestempeld te worden. Ook wordt een toename in sociale cohesie, maatschappelijke ontwikkeling en binding tussen mensen genoemd.

#### *3.1.1.6 Thema 6 - Indicatoren van kosten*

Er wordt niet direct gesproken over indicatoren van kosten, alhoewel er herhaaldelijk wordt verwezen naar documentatie waarin kosten uiteengezet zouden worden. Deze worden derhalve beschouwd als indicatoren van kosten. Veel respondenten beroepen zich op collega's of contacten die meer zicht zouden hebben op kostenposten van BBP's. Sommige respondenten kennen de totale kosten van een BBP maar hoe deze zijn opgebouwd blijft in het ongewisse. Anderen kennen alleen een deel van de kosten aangezien kosten over meerdere samenwerkingspartners verdeeld zouden zijn. De totale kosten voor een beweegprogramma worden vaak als gelijk gezien aan het totale toegekende subsidiebedrag, aangezien de subsidies volledig gebruikt dienen te worden ter voorkoming van een korting in de volgende periode. In dat geval kan dus het toegekende subsidiebedrag als indicator worden gezien voor de totale kosten van een BBP.

#### *3.1.1.7 Thema 7 - Indicatoren van baten*

Het aantal deelnemers dat meedoet met de programma's wordt hier vaak genoemd. Een toename of een constante hoeveelheid met weinig tot geen uitval wordt als een indicator van succes gezien. Ook wordt genoemd het aantal mensen dat doorstroomt naar andere BBP's, het aantal bezoekers van buurt- en clubhuizen en het aantal vrijwilligers tijdens en na het traject. Ook het meten van het sportparticipatiecijfer door middel van steekproeven wordt als indicator beschouwd. Het is lastig om indicatoren als 'het aantal mensen dat aan het werk gaat' te hanteren aangezien hier voor deelnemers ver na het BBP traject nog gevolgd moeten worden en hier geen geld of tijd voor is.

Verhalen van zowel artsen, deelnemers als uitvoerders blijken als indicator te gelden voor het bepalen van de effectiviteit van BBP's. Hierbij lijkt het met name te gaan om verbeteringen in de individuele fysieke en mentale gezondheid van deelnemers. Verhalen van deelnemers worden ook gebruikt voor uiteenlopende effecten zoals fysieke gezondheid, plezier, binding en sociale contacten:

*"Nou ja voor een deel kun je dat [kosteneffectiviteit] denk ik in kaart brengen met cijfers qua gezondheid en dergelijke. Voor een deel ook met verhalen denk ik, dat je ook gewoon aantooit van nou 'die cliënten, wat wij gezien hebben is dat die inderdaad niet meer die rollator gebruikt of nu elke ochtend om acht uur op staat en vrijwilligerswerk doet en kinderen ophaalt en goed contact heeft met de leerkrachten en nou ja, ik denk dat een beschrijving van het geheel ook helpt."*

(Respondent 2, Enschede)

### 3.1.1.8 Thema 8 - Meetmethoden van kosten

Er wordt in de dataset niet gesproken over meetmethoden van kosten. Slechts een vorm van kosten bepaling in de vorm van kosteneffectiviteit wordt genoemd, namelijk het vergelijken van de totale kosten van een beweegprogramma met de totale kosten van een 'Cruyff Court', 'Richard Krajicek Playgrounds' of andere vorm van sportveld.

### 3.1.1.9 Thema 9 - Meetmethoden van baten

Methoden waarmee effecten van beweegprogramma's op ontwikkelende of uitvoerende organisaties worden gemeten zijn sporadisch. Het simpelweg bekijken van het ledenbestand blijkt een methode voor organisaties om ledengroei of groei van het aantal vrijwilligers te meten. Daarnaast blijkt het ondervragen van mensen in en buiten de organisatie een manier te zijn om de sfeer in de organisatie of de naamsbekendheid te peilen. Methoden voor het meten van effecten voor de individuele participant blijken meer bekend te zijn bij respondenten. Het gebruik van vragenlijsten blijkt een goede manier om effecten op deelnemers te meten, alhoewel bij schriftelijke enquêtes de respons doorgaans tamelijk laag lijkt te zijn. Verder worden huisbezoeken en persoonlijke ondervraging als een belangrijke meter gezien waarbij er een helder beeld ontstaat van de fysieke en mentale gezondheid van de deelnemer aangezien de "context van mensen" in kaart wordt gebracht.

Op het gebied van fysieke gezondheid van participanten worden diverse meetmethoden genoemd. Het uitvoeren van een nulmeting en een resultaatmeting zou effecten meten op participanten niveau. Het blijkt lastig om sommige effecten in kaart te brengen, aangezien effecten zich pas na de resultaatmeting voor kunnen doen. Ook kunnen effecten andere oorzaken hebben op het moment dat de resultaatmeting ver na het beweegprogramma wordt gedaan. Het terugleiden van effecten naar initiatieven lijkt een terugkerend probleem te zijn:

*"Dan kan je wel denken 'dat is te danken aan subsidies en aan de opdrachten die verstrekt zijn' maar dat weet je niet, voor hetzelfde geld heeft het te maken met economische getijden, of dat de olympische spelen zijn geweest en iedereen enthousiast werd van 'oh ik ga ook hard rennen of schaatsen'. Hè dus, je kunt nooit al die baten relateren aan de inzet die is geweest."*

(Respondent 5, Rotterdam)

Tevens blijken effectmetingen zeer duur. Ook worden effecten zoals "structuur van het huishouden" genoemd waar nog geen meetmethoden voor zijn.

Maatschappelijke effecten blijken volgens de respondenten lastig in kaart te brengen. Het vergelijken van experimentele groepen met controle groepen wordt genoemd. Er bestaat twijfel over de meetbaarheid van maatschappelijke baten.

### 3.1.1.10 Thema 10 – Complexe samenwerking

Complexiteit doet zich voornamelijk voor rondom complexe verticale en horizontale organisatie- en communicatiestructuren en onwetendheid in effectmetingen. Alle respondenten vertonen twijfel bij de vraag of resultaten gerapporteerd zijn. De vele doorverwijzingen lijken te betekenen dat de verschillende onderdelen behorend bij de totstandkoming van beweegprogramma's (initiatie, ontwikkeling, uitvoering, effectmeting, rapportage) worden uitgevoerd door verschillende mensen in verschillende afdelingen of zelfs door uiteenlopende organisaties. Metingen van effecten op lange termijn hebben duidelijk geen prioriteit en worden weggeschoven voor nieuwe projecten:

*"Ik ben meer van de projecten en ik ben niet van bureau onderzoek of iets..."*

(Respondent 7, Rotterdam)

Er worden wel effecten gesignaleerd maar er blijkt onwetendheid te bestaan in hoe deze effecten hard te maken. Toch wordt geopperd dat projecten waarbij effecten "niet hard gemaakt" kunnen worden zeker niet "zinloos" zijn:

*“Je gaat natuurlijk geen zinloze projecten doen en daar heel veel geld in stoppen en dan zeggen nou ‘God zegene’ enzovoort maar daarmee kun je ook niet zeggen dat wij helemaal gek zijn zonder dat we het precies keihard kunnen maken maar wel effecten zien van ons werk zeg maar.”*

(Respondent 2, Enschede)

Het blijkt lastig om indicatoren voor effecten te benoemen, met name externe effecten. Ook het terugleiden van effecten naar het oorspronkelijke initiatief komt regelmatig als heikel punt terug in de dataset. Het blijkt lastig om uitvoerders af te rekenen op basis van hun prestaties, aangezien de effecten lastig in kaart te brengen zijn:

*“Voorheen werd er bijvoorbeeld gestuurd hier op het aantal activiteiten die we organiseerden. Maar ja, wat zegt dat nou? Ja ‘er zijn zoveel activiteiten, dat is zo’. Nou je kan ook nog aangeven hoeveel mensen er zijn gekomen, maar wat zegt dat? Misschien zijn dat mensen die hoppen langs al die activiteiten en die sporten vijf keer per week, wat zijn nou de unieke deelnemers? Nou dat wisten we niet, weet je wel? Cijfers kan je ook op verschillende manieren interpreteren en zegt ook niet altijd alles.”*

(Respondent 7, Rotterdam)

De overtuiging heerst dat een aantal effecten in kaart te brengen zijn door middel van metingen maar dat bij een aantal effecten dat niet geldt. Evaluaties en rapportages van effectmetingen zouden niet hebben plaatsgevonden. Ook kosten van beweegprojecten schijnen zeer lastig in kaart te brengen aangezien vaak gefinancierd wordt vanuit diverse budgetten. Het blijkt dat het beeld van kosten “versnipperd” is en er geen totaalbeeld van kosten bij een organisatie aanwezig is. Ook blijkt dat het ontwikkelen van beweegprogramma’s, waaronder het “inkopen van beweegmomenten”, vaak wordt gedaan door diverse personen in een organisatie waardoor er geen helder beeld is.

“Lastig” is het kernwoord wat betreft het thema kosteneffectiviteit van beweegprogramma’s. Maar liefst dertig keer wordt het woord in de interviews genoemd. Complexiteit schijnt niet alleen te bestaan in het meten van effecten, ook in de structuren van organisaties blijkt niet altijd alles even helder te zijn. Ook komt herhaaldelijk naar voren dat BBP ontwikkelende afdelingen binnen een organisatie, doorgaans gemeenten, uitsluitend gericht zijn op de totstandkoming van activiteiten voor deelnemers en dat alle secundaire activiteiten, waaronder ook effectmetingen, door anderen worden gedaan. Intersectorale samenwerking blijkt een essentiële factor voor de ontwikkeling van beweegprogramma’s. Het blijkt dat hier een groeiend bewustzijn in is. Er wordt veel overlegd tussen partijen maar niet in iedere stad. De communicatie wordt van “goed” tot “sporadisch” ervaren. Er komt herhaaldelijk naar voren dat er sprake is van intersectorale samenwerking maar dat deze nog vele stappen van verbetering zou kunnen maken. Het blijkt dat een totaaloverzicht van wat er op lokaal niveau wordt aangeboden aan beweegprogramma’s niet altijd aanwezig is. Hierdoor wordt de kans op dubbele doelstellingen en uitvoeringen vergroot:

*“Allebei klagen dat er weinig op komen dagen en dan precies dezelfde doelgroep willen trekken.”*

(Respondent 10, Enschede)

Door de uiteenlopende initiatieven blijkt het tevens zeer lastig effecten terug te leiden naar oorspronkelijke initiatieven aangezien, met het oog op individuele baten voor participanten, deelnemers aan meerdere programma’s tegelijkertijd mee kunnen doen:

*“Het is echt zo ingewikkeld om zeg maar bloot te leggen van wat je echt kunt toerekenen en wat nou echt effecten hebben en vooral op zo’n korte termijn.”*

(Respondent 10, Enschede)

Daarnaast zijn baten voor organisaties ook lastig terug te herleiden naar oorspronkelijke programma's aangezien organisaties vaak ook andere activiteiten uitvoeren die hetzelfde effect met zich mee kunnen brengen.

#### *3.1.1.11 Thema 11 – Wijk- en doelgroepgericht werken*

Het blijkt dat onder doelgroepen een zekere passiviteit heerst, mensen gaan niet snel uit zichzelf bewegen. Daarnaast verschilt de vraag van allochtone doelgroepen aanzienlijk ten opzichte van westerse doelgroepen. De betalingsbereidheid onder deelnemers is zeer laag. Hierdoor is prijsstelling een "lastig" punt van discussie aangezien financiering vanuit subsidie niet vrijblijvend is maar de bijdrage van deelnemers niet kostendekkend is. Ook de wil om te gaan bewegen blijkt relatief laag te zijn.

Verder blijkt dat de sociale druk vanuit persoonlijke relaties of de groepsnorm mensen er van weerhoudt mee te gaan doen. Doordat de doelgroepen zich in "sociaal isolement" bevinden, blijkt het zeer lastig deze mensen te bereiken. Laagdrempelig aanbod wordt als een vereiste beschouwd voor het werven van de doelgroep. Huisbezoeken bij mensen wordt als een relatief succesvolle benaderingsmethode gezien.

Het blijkt dat het simpelweg aanbieden van beweegactiviteiten niet voldoende houvast biedt om mensen langdurig in beweging te houden. Het is van belang in gesprek te gaan met doelgroepen om zo de "vraag" te ontdekken en hierop in te kunnen spelen.

### **3.1.2 Analyse 2 – De inductieve analyse**

Naast een deductieve benadering is ook een inductieve benadering toegepast, waarbij met een open houding gezocht werd naar terugkerende patronen in de dataset. Er blijken zes inductieve thema's naar voren te komen. Deze thema's betreffen financieringsvormen, doelstellingen van betrokkenen, buurtgerichte beweeg programma's, filosofie en persoonlijk geloof, politiek beleid en kritieke succesfactoren volgens ontwikkelaars.

#### *3.1.2.1 Thema 12 - Financieringsvormen*

Er wordt gesproken over "investeringen" in de ontwikkeling van beweegprogramma's door verschillende bedrijven. Daarnaast wordt er gesproken over subsidies, welke ook als financiering wordt beschouwd maar dan vanuit de overheid en niet vanuit bedrijven. In principe wordt geïnvesteerd met de bedoeling een zeker rendement te behalen. Zo blijkt dat een bepaalde zorgverzekeraar de investering wil stoppen aangezien het te weinig oplevert.

Het blijkt dat financieringen via subsidies vaak "ingewikkeld" lopen en dat er "flink met geld wordt geschoven uit diverse potjes". Financiering in de vorm van subsidie blijkt nauw samen te hangen met geformuleerde doelstellingen die al dan niet binnen het kader van de subsidie-eisen vallen. Het gevolg blijkt dat ofwel doelstellingen worden geherformuleerd ofwel financiering vanuit andere bronnen binnen het gemeentelijke budget wordt geput.

Veel respondenten beginnen, bij de vraag naar kosten van beweegprogramma's, over financiering te praten. Ook wordt genoemd dat kosten gelijk zouden moeten staan aan het toegekende subsidiebedrag aangezien "alles besteed dient te worden".

#### *3.1.2.2 Thema 13 - Doelstellingen van betrokkenen*

Uit de dataset komt naar voren dat doelstellingen vaak "van bovenaf" worden geformuleerd en vervolgens worden omgezet naar diverse beweegprojecten. Het blijkt dat doelstellingen vanuit de politiek voornamelijk gericht zijn op toename van de sportparticipatie. Investeringen stoppen doordat doelstellingen voor de ene partner wel worden gehaald maar voor de andere niet. Doelstellingen lopen dus uiteen:

*"Nou, en nu is er eigenlijk gezegd door [de zorgverzekeraar] dat [...] ze het wel een leuk project vinden maar dat ze het eigenlijk te duur vinden, als ze kijken naar wat zij er dan aan geld in stoppen. En wij blijven zeggen, ja als je alleen maar let op gezondheidswinst kan dat vanuit de optiek van [de*

zorgverzekeraar] zo zijn, maar wij hebben het ook ingericht als activeringsproject. - En als je dan kijkt wat het kost in vergelijking met heel veel andere re-integratie trajecten, dan is het helemaal niet zo duur, - dus het is maar net hoe je het bekijkt.”

(Respondent 2, Enschede)

### 3.1.2.3 Thema 14 - Buurtgerichte beweegprogramma's

Beweegprogramma's lijken voornamelijk drie kernfuncties te vervullen, namelijk bewegen, kennis en recreatie. Een typerende karakteristiek is dat BBP's van tijdelijke aard zijn. Wanneer het geld op is, stopt de beweging in het programma letterlijk, zo blijkt. Dit heeft zijn oorsprong in de methode van financiering aangezien "het allemaal tijdelijk geld is". Hierdoor vormt terugval van deelnemers in hun oude gedrag een punt van discussie. Het geven van handvatten blijkt een belangrijke factor om mensen actief te houden:

*Vroeger was het van 'leuk projectje, we bieden tien cursussen, tien groepjes, activiteiten aan dan is het klaar en dan?'. 'Ja dan gaan ze zelf sporten', nee mensen gaan niet uit zichzelf sporten dus dan stopt het en dan kun je weer opnieuw beginnen en dat gebeurt heel erg veel."*

(Respondent 8, Amsterdam)

Niet alleen vanuit de deelnemers is er terugval, ook wordt genoemd dat ontwikkelende organisaties verminderde interesse lijken te tonen nadat de programma's zijn opgestart. Initiatief van ontwikkelaars schijnt dus af te nemen na de start van een beweegprogramma, terwijl initiatief van deelnemers pas afneemt na afloop van het programma.

### 3.1.2.4 Thema 15 - Filosofie en persoonlijk geloof

De respondenten zijn er van overtuigd dat bewegen belangrijk is en dat beweeginitiatieven effecten hebben:

*"Ik denk over het algemeen dat je wel kunt zeggen dat het zeker wat oplevert, omdat bewegen belangrijk is."*

(Respondent 9, Enschede)

Waar deze overtuiging exact vandaan komt oftewel het antwoord op hoe deze effecten dan zichtbaar zouden zijn verschilt per respondent. Het schemert door dat beweeginitiatieven ook wel worden opgezet vanuit persoonlijk geloof en de overtuiging dat "het werkt", dat "sporten gezond is" en "belangrijk". Verder wordt door respondenten naar voren gebracht dat BBP's vormen van "symptoombestrijding" zijn. Zo zou overgewicht en ziekte een resultaat zijn van een dieperliggende problematiek. Ontwikkelaars zouden zich te veel richten op "output". Daarnaast blijkt het preventief werken met zich mee te brengen dat resultaten niet altijd meetbaar zijn omdat het per definitie 'preventief' is:

*"We doen dan activiteiten en de vraag is levert dat wat op. Als we dat nou niet doen, krijgen we dan meteen criminele groep en zijn we veel te laat en kost het dan heel veel geld of gaat het uiteindelijk wel goed met die jongeren en ja maken we ons druk om niks. Ja dat zal je denk ik nooit weten."*

(Respondent 9, Enschede)

### 3.1.2.5 Thema 16 - Politiek beleid

De genoemde "symptoombestrijding", waarbij bijvoorbeeld gericht wordt op "het verminderen van overgewicht in plaats van het voorkomen er van", lijkt zijn oorzaken te vinden in politiek beleid. Door landelijke doelstellingen en beweegnormen van sportparticipatie lijken op lokaal niveau doelstellingen en activiteiten te worden aangepast om in aanmerking te blijven komen voor financiering. Het blijkt dat de beleid-ontwikkelende lagen niet altijd volledig afgestemd zijn met de implementerende lagen bij gemeenten. Hierdoor worden soms nieuwe plannen ontwikkeld terwijl oude plannen goed schijnen te werken. Door verschuivingen in de politiek zouden prioriteiten en visies veranderen, waardoor bestaand beleid wordt veranderd en soms tegenstrijdig lijkt:

*“Het is dweilen met de kraan open. [...] Dat is dan net weer een andere tak van beleid [...] Als je het over integraal beleid hebt, dan denk ik van ‘ja daar had wel iemand misschien iets langer over na moeten denken of we dat wel willen, een Macdonalds pal naast een middelbare school.”*

(Respondent 10, Enschede)

Het meten van lange termijn effecten schijnt geen prioriteit te hebben binnen de politiek omdat dit geen meetbare resultaten zijn binnen het politieke ambtstermijn en dus niet als effecten van de inspanningen aan het begin van datzelfde ambtstermijn kunnen worden beschouwd. Effecten die geen direct gevolg op de wijk hebben lijken dus buiten beschouwing gelaten te worden. De focus daarentegen lijkt op korte termijn te zijn. Binnen het politieke termijn zou wel erg op meetbaarheid gericht worden: “dat geeft de kwaliteit van het project aan”. Hierbij zou het voornamelijk om harde cijfers gaan als afname van overgewicht en sportparticipatie. Politieke partijen zouden na een bepaalde periode niet meer verantwoordelijk zijn. De vraag rijst, wanneer effecten zich op lange termijn pas voordoen, “wie het dan goed heeft gedaan en wat diegene goed heeft gedaan”:

*“Daar hoor je het werkveld wel eens over mopperen van ‘ja, door die politiek gaan jullie elke keer net iets anders en dan heet het project x en dan weer y maar eigenlijk doen we precies hetzelfde. En dat zit denk ik wel een beetje in de politiek, in de politieke partijen, ja je wilt toch in de aandacht komen.”*

(Respondent 10, Enschede)

Het huidige politieke beleid zou er op gericht zijn “minder zorgstaat” te verwezenlijken. Bewoners zijn meer op zichzelf en elkaar aangewezen en hoeven minder van de overheid te verwachten. Dit is terug te zien in het beleid van diverse gemeenten waarbij de rol van “uitvoerder” verschuift naar die van “regisseur”.

#### *3.1.2.6 Thema 17 - Kritieke succesfactoren volgens ontwikkelaars*

Diverse factoren worden door ontwikkelaars als essentieel beschouwd bij het ontwikkelen en uitvoeren van BBP's, deze zijn weergegeven in bijlage VIII.

### **3.1.3 Resultaten in het kort**

Rollen van betrokkenen, initiatief, doelstellingen en kosten- en batendefinities lopen sterk uiteen. Veel kostensoorten worden niet meegenomen in evaluaties. Het principe 'he who pays the Piper calls the tune' gaat hier op. Maatschappelijke kosten zijn niet bekend. Evaluatieonderzoek is vaak duur en vindt weinig draagvlak onder ontwikkelaars. Prestatie indicatoren zijn onderontwikkeld. Persoonlijke verhalen worden veel gebruikt als effectindicator. Het blijkt zeer lastig effecten terug te leiden naar oorspronkelijke initiatieven. Doelgroepen bevinden zich in sociaal isolement bevinden en zijn zeer lastig te bereiken.

## **3.2 Resultaten - Documenten Analyse**

---

In de 41 aangetrokken is handmatig gezocht naar kosten- en batendefinities en betrokken partijen aan de hand van de definities in paragraaf 1.1. Geraadpleegde documenten zijn weergegeven in de tabel in bijlage IX.

### **3.2.1 Netwerk Analyse**

Ten eerste zijn uit de 41 geraadpleegde documenten 60 onderscheidende partijen naar voren gekomen die als 'betrokken' worden beschouwd. Als tweede stap worden zij onderverdeeld naar de - volgens de Netwerk Analyse - gedefinieerde rollen: initiatiefnemer, partner, schakel, leverancier en gebruiker. Hierbij vervullen sommige betrokkenen meerdere rollen, ze kunnen dus meerdere malen voorkomen.

Ten slotte worden de posities van de betrokkenen ten opzichte van het BBP bepaald waarin zij betrokken zijn. Deze drietrap vormt de uitwerking van de Netwerk Analyse en is weergegeven in bijlage X. De derde

en laatste stap geeft een helder beeld van de betrokkenheid per partij rondom de ontwikkeling en uitvoering van BBP's. Uit de interviews met de tien respondenten komen 19 onderscheidende partijen naar voren, die als 'betrokkene' kunnen worden beschouwd. Veel van deze partijen worden echter ook genoemd in de documenten en worden dus niet herhaald.

### 3.2.2 Kosten en baten

Naast de identificatie van betrokkenen is in documenten gezocht naar definities en specificaties van kosten en baten.

#### 3.2.2.1 Kosten

Uit de 41 documenten komen relatief weinig specifieke kosten naar voren. Het blijkt voornamelijk te gaan om gebudgetteerde kosten ofwel verwachte kosten. Ook wordt er geen specificatie gegeven van waar bedragen vandaan komen. Kosten worden dus begroot en op basis van het totale bedrag wordt financiering aangevraagd vanuit een budget. Over achteraf gedeclareerde kosten of overzichten van daadwerkelijk bestede bedragen is niets gevonden. Ook worden definities van totale kosten, investeringen en financieringen soms door elkaar gebruikt. Een overzicht van de gevonden financieringen is weergegeven in tabel 3.

Tabel 3 – Overzicht van gevonden investeringen/financieringen

	Investering/Financiering	Specificatie
Hengelo	€ 92.355,00	10 groepen a 20 personen, wekelijkse bijeenkomsten
Rotterdam	€ 5.900.000,00	Investering in bbp 'Lekker Fit' (4 jaar)
	€ 150.000,00	SportImpuls (bbp voor minder validen, 2 jaar)
	€ 120.000,00	Bbp 50+ers (2 jaar)

#### 3.2.2.2 Baten

Het blijkt dat zeer veel documenten geen duidelijk onderscheid maken tussen doelstellingen, verwachte resultaten en effecten. Veel effecten worden geformuleerd als "verwachte effecten". Er wordt in de documenten nauwelijks gesproken over gemeten resultaten. Het betreffen immers veel projectplannen en weinig evaluatierapporten. In de evaluatierapporten worden weinig resultaten gespecificeerd. De gespecificeerde resultaten betreffen hoofdzakelijk uitgevoerde acties. Het blijkt dat effecten in meerdere vormen worden omschreven, zowel als numeriek effect (zoals aantallen deelnemers) als uitgevoerde activiteit. Effecten worden zonder heldere argumentatie toegeschreven aan BBP's. Zo blijkt dat maagverkleiningen worden toegeschreven aan beweeginitiatieven (Document 33, Enschede). Ook blijkt uit een bachelor scriptie van de Universiteit Twente, waarin een BBP wordt op effecten wordt geëvalueerd, dat de gewenste effecten niet altijd geboekt worden (Document 30, Enschede). Zo wordt gesteld dat er een toename in beweeggedrag plaatsvond onder mensen die de beweegnorm niet halen maar geen toename onder de mensen die de beweegnorm wel halen. Ook blijkt dat baten relatief ongespecificeerd blijven. Zo komen effecten naar voren als "versterking van de positieve ontwikkelingen en vermindering van de negatieve ontwikkelingen". Uit document 33 komt de volgende zinsnede:

*"Heel concreet kunnen wel de aantallen deelnemers, uitval en vervolgactiviteiten in kaart gebracht worden. De percentages op het vlak van gezondheid worden door de UT in beeld gebracht. Er kan iets gezegd worden over 72 deelnemers die allen [het BBP] afgerond hebben en nu in het vervolgtraject zitten."*

(Document 33, Enschede)

Uit deze rapportage komt naar voren dat er effecten als aantallen deelnemers, uitvalpercentages en vervolgactiviteiten kunnen worden genoemd. Deze drie effecten komen herhaaldelijk terug in documenten uit andere cases. Verder worden gezondheidseffecten benoemd maar deze worden niet gespecificeerd en, zo lijkt, uitbested.



### 3.3 Kosten en baten vanuit de literatuur, interviews en documenten

Tabel 3, 4 en 5 weergeven het totaal aan gevonden kosten en baten in de literatuur, interviews en documenten.

Tabel 4 - **Kostenoverzicht**

Totale kosten bbp	Specificatie	Kosten per element	Specificatie
€ 9.235,50	totale kosten per groep	€ 7,96; € 64.275,00; € 15.960,00; € 1,60; € 64.275,00; € 12.120,00; € 70,00;	Per deelnemer Directe kosten personeel Indirecte kosten Per deelnemer per activiteit Gymdocenten+Dietiste+Instructeurs Huur wijkgebouw+sportzalen+fitnessruimte+ cursusmaterialen+t-shirts+vrijwilligers Gymdocentkosten per uur
€ 10.000,00	1 groep (12 personen 13 weken)	€ 1.000,00; € 8,00; € 7.000,00; € 160,00;	Per groep (incl personeelskosten, materialen, T-shirt, busjes) Kosten voor deelnemer per traject (13 weken) Per deelnemer SMG voor 2 jaar Docentkosten per uur Materialen Tijd deelnemers, docenten, stagiaires, ontwikkelaars Transportkosten deelnemers, docenten, stagiaires, ontwikkelaars
€ 127.297,00	Totale ontwikkeling + uitvoering 4 bbp's (2 jaar lang)	€ 18.000,00; € 23.503,00; € 15.088,00; € 24.000,00; € 5.250,00; € 15.088,00; € 3.000,00; € 22.632,00; € 4.500,00; € 10.736,00; € 1.500,00; € 2.000,00;	Gymdocent per jaar Opbouwwerk Vrijwilligersondersteuning Inzet "Citytrainers" WUR / NISB onderzoek Projectkosten Activiteitenkosten (4 activiteiten) Werving Activiteitenkosten / onkosten vrijwilligers Werving en motiveren deelnemers, organisatie (148u á 72,54) Opleiding, onkosten vergoedingen vrijwilligere beweegleiders: Overig
€ 73.000,00	Bbp 'Buurt in Beweging' (per jaar, 180 personen)		
€ 134.897,00	Bbp 'JOGG' (per jaar totaal)		
€ 150.000,00	Gezonde Leefstijl (totaal, 800 personen)		
		€ 400.000,00; € 1,00; € 2,50;	Trapveldje+fitnesstoestel voor ouderen Kosten voor deelnemer (per maand) Salariskosten projectleider en team Kosten voor deelnemer (per maand)
€ 11.000,00	Scoren voor Gezondheid	€ 37,50;	Per deelnemer (Bbp 'Jump In')
€ 2.750,00	Bbp 'Bedrijfssport' (per cursus, 15 de	€ 400,00;	Per deelnemer (Bbp 'Alle leerlingen actief')
€ 2.605,00	Bbp 'Big Move' (per groep van 15 de	€ 42,00;	Per deelnemer (Bbp 'Start 2 Run')
€ 22.800,00	Bbp 'Bewegen valt goed!' (totaal 20 r	€ 259,00; € 140,00;	Per deelnemer (Bbp 'Be Interactive') Per deelnemer (Bbp 'Denken en doen')
€ 48.800,00	Bbp 'Scala' (100 deelnemers)	€ 140,00; € 350,00; € 224,00;	Per deelnemer (Bbp 'Small') Per deelnemer (Bbp 'Coach methode') Per deelnemer (Bbp 'Beweegkriebels') Stichtingskosten Tijd aan fysieke activiteit, Vergoeding projectleider, groepsleider, gymdocent Samenkomsten ontwikkelaars Tijd voor het creëren van draagvlak Tijd voor planontwikkeling Werving Pilots Tijd voor financieringsaanvraag Evaluatie en monitoring Personeelskosten uitvoering / coördinatie Tijd voor rapportage Huur accommodatie Materiaalkosten waaronder drukwerk voor promotiedoeleinden Vervoer deelnemers, projectleiders, gymdocenten, studenten Opportunity costs: met de fiets ipv auto naar werk Kosten voor deelname
Literatuur			Kledingkosten Inkoopkosten "waardeaanbieder" Tijd voor initiatief wijkbewoners Tijd voor initiatief kartrekkers Kinderopvang Administratiekosten Recruteringskosten Toegang tot wijkspecifieke informatie

Tabel 5 – Batenoverzicht (1)

	<b>Sport</b>	<b>Gezondheid</b>	<b>Welzijn</b>
<i>Participanten niveau</i>	1 Deelname aan beweegactiviteiten 2 Meer beweging 3 Continuïteit sporten 4 Nederlandse Norm Gezond Beweg 5 Hogere sportdeelname	1 Toename gezondheid 2 Lagere kans op overlijden 3 Lager vetpercentage 4 Betere BMI 5 Meer zelfvertrouwen 6 Gezondere voeding 7 Gezondere leefstijl 8 Beter slaapgedrag 9 Blessures onder deelnemers 10 Persoonlijke voldoening van deelne 11 Maagverkleiningen 12 Daling van fysieke klachten 13 Hogere levensverwachting 14 Toename in QALY 15 Gezonder eetgedrag 16 Meer motorische vaardigheden 17 Afname overgewicht 18 Verbeterde concentratie 19 Stijging beenkracht 20 Meer dynamische balans 21 Meer uithoudingsvermogen 22 Stijging Kwaliteit van Leven 23 Fittere deelnemers 24 Afname kans op hart- en vaatziekte 25 Daling van psychische klachten 26 Stijging in HRQoL 27 Stijging QALY	1 Meer structuur 2 Plezier onder deelnemers 3 Terugval in oude patroon 4 Betere schoolprestaties 5 Meer eigen verantwoordelijkheid 6 Onderlinge band 7 Talentontwikkeling 8 Afname problematisch gezinsmanagem 9 Beter zelfbeeld 10 Zelfredzaamheid 11 Meer sociale contacten 12 Afname van aantal rokenden 13 Afname van alcoholconsumptie 14 Stijging subjectief welzijn 15 Meer sociale contacten 16 Empowerment 17 Taalverbetering 18 Verbeterde rekenvaardigheden 19 Toename in kennis en bewustwording 20 Makkelijker overwinnen van drempel 21 Gedragsveranderingen 22 Afname depressie 23 Stijging geluksgevoel 24 Beter onderling gedrag 25 Computervaardigheden 26 Opvoeding/waarden en normen 27 Sociale vaardigheden 28 Plezier onder deelnemers 29 Stijging discipline en eigenwaarde dee 30 Verandering houding 31 Meer eigen initiatieven 32 Stijging wederzijds vertrouwen 33 Toename assertiviteit 34 Actieve leefstijl 35 Terugval in sociale contacten 36 Meer ontmoeting 37 Groei van sociale netwerk 38 Assertiviteit 39 Daling van stress 40 Beter cognitief functioneren 41 Netwerk door lidmaatschap 42 Stijging sociaal kapitaal
<i>Maatschappelijk niveau</i>	6 Toename sportparticipatie 7 Meer mensen voldoen aan beweeg 8 Waardecreatie	28 Daling van ziekten 29 Toename volksgezondheid 30 Stijging zorgaanbod	44 Meer ontmoetingsplekken 45 Stijging sociale participatie 46 Daling werkloosheid 47 Meer woongenot in de wijk 48 Toename sociale participatie 49 Wij-gevoel in de wijk 50 Meer sociale mobiliteit 51 Fysiek en mentaal gezondere inwoner 52 Daling overlast en onveiligheid 53 Daling jeugdwerkloosheid 54 Transparantie in de wijk 55 Stijging sociale cohesie 56 Stijging op de participatieladder 57 Minder druk op de WMO 58 Hulp bij persoonlijke problematiek 59 Heropvoeding van mensen 60 Groepsbinding 61 Beter buurtimago 62 Actief burgerschap 63 Meer leefbaarheid in de werk 64 Minder gezinsproblematiek 65 Daling sociaal isolement 66 Meer laagdrempelige activiteiten 67 Daling criminaliteit 68 Doorstroom naar opleiding 36 jongere 69 Empowerment van de wijk 70 Stijging sociale controle 71 Stijging SES

Tabel 6 – **Batenoverzicht (2)**

	Organisatiebelangen		
<i>Private baten voor organisaties</i>	1 Continuïteit samenkomsten 2 Betrokkenheid onder deelnemers 3 Gedragsverandering 4 Daling schoolverlaters 5 Effectieve invulling van het activiteiten aanbod 6 Meer ouder betrokkenheid 7 Arbeidsproductiviteit (meer werkenden, minder ziekteverzuim, betere prestaties) 8 Plezier onder ontwikkelaars 9 Meer deelnemers 10 Inkomsten winkeliers in de omgeving 11 Plezier onder uitvoerders 12 Overwerk van ontwikkelaars en uitvoerders door weinig draagvlak 13 Daling/ Stijging zorgkosten KT (1e en 2e lijnskosten) 14 Meer bezoekers bij organisaties 15 Verbindingen tussen de eerstelijnszorg en de sport- en beweegaanbieders 16 Betere afstemming tussen ontwikkelaars 17 Daling huisartsenbezoeken 18 Netwerk van partijen gebruiken voor werving 19 Onduidelijkheid over rollen en functies van partijen 20 Daling van uitvalpercentages 21 Stijging van de woningwaarde 22 Nieuwe doelgroepen 23 Besparing op uitkeringen 24 Kans vergroten op aantrekken van de olympische spelen 25 Netwerk van partijen gebruiken voor financiële middelen 26 Stageplekken 27 Meer vrijwilligers 28 Groei lidmaatschappen sportverenigingen 29 Effectiever aanbod (overal zelfde boodschap) 30 Stijging inkomsten uit loonbelasting 31 Stijging kosten van pensioenen en AOW 32 Stijging kosten van ouderdomsziekten 33 Frictie door een mix van vrijwillig en professionele mensen in de samenwerking 34 Opleiding van beweegleiders 35 Lagere kosten per ontwikkelaar 36 Huurinkosten voor verhuurende ondersteuners 37 Georganiseerd beweegaanbod 38 Meer mantelzorgers 39 Minder "dubbelingen" 40 Kennisdeling onder ontwikkelaars 41 Leerplatform voor ontwikkelaars 42 Inbedding van het bbp 43 Meer deskundigheid 44 Gezamenlijk inkopen waar dit meerwaarde biedt 45 Meer/minder afhankelijkheid van individuele kartrekkers 46 Nieuwe business relaties 47 Verbinden van activiteiten en initiatieven	<i>Intersectorale baten</i>	48 Passender aanbod bij doelgroep 49 Draagvlak binnen meerdere organisaties 50 Transparantie in de wijk 51 Meer interventie bij huiselijk geweld 52 Meer sport en spelaanbod in de wijk 53 Breder draagvlak 54 Stijging van voorlichting 55 Versterking samenwerking in de wijk 56 Meer aantrekkelijke wijk 57 Duurzamere samenwerking 58 Hogere zorgkosten 59 Programmering in de lege gaten 60 Veiligheid en attractiviteit van de stad 61 Stijging bekendheid sociale voorzieningen 62 Gezamenlijke beleidsbeïnvloeding 63 Ontstaan van landelijk netwerk van taskforces 64 Meer schuldhulpverlening 65 Kwalitatief goed sportaanbod 66 Waardestijging omliggend vastgoed 67 Stijging van de populariteit van bbp's 68 Nieuwe beweeginitiatieven 69 Toename sport- en beweegaanbod 70 Brug slaan tussen beleid en onderwijs 71 Kwaliteitsimpuls bewegingsonderwijs 72 Verbinden van de sportvereniging met het jeugdnetwerk 73 Netwerk tussen scholen/verenigingen 74 Stadsbreed draagvlak en promotie 75 Economische groei 76 Maximalisatie van hulpbronnen 77 Concurrentie positie van bedrijven 78 Consumentenvraag en loyaliteit 79 Werkgelegenheid 90 Daling fileaantal 91 Daling CO2 uitstoot

### 3.3.1 Resultaten in het kort

In het kort laten de documenten zien dat er een veelheid aan betrokken partijen actief zijn rondom BBP's. Veel partijen hebben geen duidelijk onderscheidende rol in de samenwerking, er vindt overlap in functie plaats. Kostendefinities zijn weinig gevonden en worden gedefinieerd in termen van gebudgetteerde kostenposten wat overeenkomt met het financieringsbedrag. Kosten van een BBP lopen zeer uiteen, afhankelijk van de omvang, duur en intensiteit van het programma. Batendefinities lopen eveneens uiteen, alsmede doelstellingen en definities van effectiviteit. Er is geen documentatie gevonden wat betreft kosteneffectiviteit van BBP's.

## 3.4 Toepassing KER berekening op een BBP in Helmond

In het literatuur- en empirisch onderzoek is onderzocht welke kosten en baten relevant zijn in een kosten-batenanalyse van een BBP. Dit hoofdstuk reikt een methode aan om de kosteneffectiviteit van een BBP te bepalen en past deze toe op basis van kwantitatieve gegevens op deelnemer niveau afkomstig uit individueel onafhankelijk onderzoek naar een BBP in Helmond (Herens et al., 2013).

### 3.4.1 Best practice format

Voor het bepalen van de kosteneffectiviteit van het BBP reikt de literatuur diverse methoden aan (zie hoofdstuk 2.4.5). Er wordt gebruik gemaakt van de Kosten Effectiviteit Ratio (KER). Deze komt overeen met de Social Return on Investment (SROI) methode maar onderscheidt zich door het gebruik van marginale kosten en baten. Deze zijn bekend van het BBP in Helmond. De KER formule luidt als volgt:

$$KER = (Ka - Kb) / (Ea - Eb) = \Delta C / \Delta E.$$

Hierbij staan de incrementele kosten boven de streep en het incrementele effect onder de streep. Box 3 beschrijft de KER berekening zoals deze wordt toegepast als best practice. T0 bevat de eerste en T2 de derde meting, dat is na 12 maanden.

#### Box 3 – KER van effecten op individueel niveau

Het marginale effect wordt berekend door de berekening:

$$\frac{\text{gemiddeld(e) HRQoL / Life Satisfaction / Sportparticipatie op t2 (Ea)}}{\text{gemiddeld(e) HRQoL / Life Satisfaction / Sportparticipatie op t0 (Eb)}} - \text{marginaal effect } (\Delta E)$$

De marginale kosten van het effect worden berekend door de berekening:

$$\frac{\text{totale kosten op t2 (Ka)}}{\text{totale kosten op t0 (Kb)}} - \text{totale marginale kosten } (\Delta K) / \# \text{ deelnemers}$$

Vervolgens luidt de berekening  $\Delta C / \Delta E$  om de kosteneffectiviteit (KER) te bepalen.

Voor de KER berekening van het BBP in Helmond gelden de volgende aannames:

- Effecten, gemeten op T0, gaan uit van de situatie vóórdat het BBP gestart is. Hierdoor worden de kosten op 0 gesteld.
- Werving wordt door deelnemers zelf gedaan. Wervingskosten worden op 0 gesteld.
- Het BBP maakt geen gebruik kleding of sportattributen, de kosten hiervan zijn 0.
- De aanschaf van de beweegtuin valt niet onder de marginale kostenposten aangezien deze er al stond vóór het BBP. De materiaalkosten zijn 0.
- Overige kosten zoals docentkosten, kosten voor onderhoud van de beweegtuin, gas en elektra worden meegenomen in de berekening.
- Externe effecten worden buiten beschouwing gelaten aangezien deze onvoldoende toegeschreven kunnen worden aan de beweeginterventie.

### 3.4.2 Best practice toepassing

Data van de effectmetingen berusten op onafhankelijk evaluatieonderzoek van een BBP in Helmond. De data is op deelnemersniveau en bestaat uit twee groepen die deelnemen aan het BBP. De meetmomenten T0 en T2 omvatten een periode van 12 maanden. Hiermee wordt rekening gehouden met mogelijke seizoenseffecten die invloed kunnen hebben op beweeggedrag.

#### 3.4.2.1 Kosten

Op basis van gegevens uit de interviews binnen de huidige studie zijn kosten voor het betreffende BBP bepaald:

- Docentkosten € 18.000 euro per jaar
- Onderhoud € 6.000 euro per jaar
- Gas/Water/Licht P.M.

Gas, water en lichtkosten waren er al vóór het BBP, evenals onderhoudskosten van de beweegtuin (zie interview met respondent 4). Op basis hier van zijn de totale marginale kosten van het BBP € 18.000,- per jaar. De gemeten effecten zijn van twee groepen terwijl de beweegdocent zes groepen doceert. De kosten voor twee groepen zijn daarom 1/3 van de docentkosten, dat is € 6.000 euro per jaar. Op t0 bestaan de twee groepen samen uit 32 deelnemers. De marginale kosten van het BBP per deelnemer per jaar bedragen dan:

*Marginale kosten =  $\Delta C = € 6.000 / 32 = € 187,50$  per deelnemer per jaar.*

#### 3.4.2.2 Baten

Gezien de non-normale verdeling van de sample distributie en het kleine aantal respondenten ( $N=32$ ) wordt een non-parametrische test toegepast. Twee scoresets ( $t_0$  en  $t_2$ ), afkomstig van dezelfde respondenten, worden vergeleken. Om deze reden wordt de Wilcoxon signed-rank test toegepast. Dit is het non-parametrische equivalent van de paired-samples  $t$ -test (Field, 2013). Gegevens zijn berekend met het softwareprogramma SPSS Statistics. Beschrijvende statistieken zijn opgehaald via de tools *Analyze – Descriptive Statistics – Descriptives*. De Wilcoxon signed-rank test is uitgevoerd via de tools *Analyze – Nonparametric Tests – 2 related samples*.

De groepen worden vergeleken op veranderingen in de volgende drie gemeten effecten. Deze effecten worden gehanteerd in de theorie en door professionals en zijn te vinden in tabel 5 in hoofdstuk 3.

##### 1. HRQoL

In het evaluatieonderzoek wordt HRQoL gemeten met de questionnaire EQ-VAS SD-3L (Morris et al., 2012) gebruikt. Zie hoofdstuk 2 voor de theoretische onderbouwing van het concept HRQoL.

##### 2. Life Satisfaction

Voor het meten van life satisfaction is gebruik gemaakt van Cantril's ladder (Cantril, 1965; Herens et al., 2013). Dit betreft een schaal met scores van 1 tot 10 waarbij respondenten de mate van (subjectief) welzijn duiden.

##### 3. Sportparticipatie

In het evaluatieonderzoek wordt sportparticipatie gedefinieerd als het totaal aantal minuten sport en bewegen per week (NOC\*NSF, 2011). Dit is gemeten aan de hand van de gevalideerde Short Questionnaire to Assess Health (SQUASH) vragenlijst (Ooijendijk et al., 2007).

#### Box 4 – Sample beschrijving

De sample ( $n=32$ ) bestaat uit dertig vrouwen en twee mannen. De leeftijden variëren van geboren in 1924 tot geboren in 1976, 25 procent is van allochtone afkomst. De range van het gemeten BMI is 22,59 - 37,11, de range van het gewicht is 62 kg - 93 kg.

### Beschrijvende statistieken

Tabel 7 geeft een beeld van de resultaten. Te zien is dat alle effecten bij t0 relatief hoog scoren. HRQoL neemt af tussen T0 en T2, dit geldt ook voor Sportparticipatie. Life satisfaction is toegenomen.

Tabel 7 – Beschrijvende statistieken van drie effecten van een BBP

	T0					T2					<i>r</i> ( $Z/\sqrt{N}$ )
	<i>N</i>	Gem.	Std. Dev	Range min	Range max	<i>N</i>	Gem.	Std. Dev	Range min	Range max	
HRQoL	16	78,44	10,6	50	90	16	77,38	10,9	58	100	-.06
Life Satisfaction	16	7,63	1,45	3	10	16	7,69	1,01	5	9	-.06
Sportparticipatie	15	636	525,6	60	1980	15	605,3	474,9	60	2010	-.08

### De Wilcoxon signed-rank test

Voor BBP deelnemers blijkt HRQoL bij t2 ten opzichte van t0 niet significant ( $T = 29, p > .05, r = -.06$ ). Life Satisfaction bij t2 ten opzichte van t0 is tevens niet significant ( $T = 16, p > .05, r = -.06$ ). Ten slotte blijkt Sportparticipatie bij t2 ten opzichte van t0 niet significant ( $T = 51,5, p > .05, r = -.08$ ).

### 3.4.3 Resultaten

Uit de toepassing van de Wilcoxon signed-rank test blijkt dat geen van de effecten een significante toe- of afname bereikt als gevolg van het BBP, oftewel  $\Delta E = 0$ . Hiertegenover moeten, volgens de KER berekening, kosten van €187,50 per deelnemer geplaatst worden,  $\Delta C = 187,50$ .

De kosten per effect worden vervolgens berekend met de formule:

$$KER = (Ka - Kb) / (Ea - Eb) = \Delta C / \Delta E = 187,50 / 0 = 0.$$

De effecten per bestede euro kunnen worden berekend met de omgekeerde formule:

$$\Delta E / \Delta C = 0 / 187,50 = 0.$$

Uit de statistische test en de KER berekening blijkt dat het BBP in Helmond geen significant effect heeft op HRQoL, Life Satisfaction en Sportparticipatie.

## 4. Conclusies en discussie

---

Het doel van deze studie was inzicht te verkrijgen in definities van kosten en baten om, met dit inzicht, de kosteneffectiviteit van een buurtgericht beweegprogramma te bepalen. Hierbij stond de vraag centraal hoe de kosteneffectiviteit van een BBP kan worden bepaald op basis van de drie perspectieven sport, welzijn en gezondheidsbevordering.

Uit de resultaten komen interessante en leerzame conclusies naar voren die antwoord geven op de onderzoeksvragen. Respectievelijk worden deelvraag 1, 2 en 3 beantwoord en vervolgens de centrale vraag. Ten slotte wordt in de discussie teruggekoppeld naar de bestaande theoretische inzichten. Ook worden enkele complicaties genoemd, mogelijke vervolgstudies en ten slotte de onderzoeksbeperkingen.

### 4.1 Beantwoording onderzoeksvragen

---

#### 4.1.1 Beantwoording deelvraag 1

De eerste deelvraag luidt *'Wat zijn de theoretische inzichten omtrent kosten en baten van een buurtgericht beweegprogramma?'.* De literatuurstudie naar inzichten in kosten en baten leidt tot interessante conclusies. Het blijkt dat er hoofdzakelijk vanuit drie perspectieven wordt geschreven over beweegprogramma's, elk met eigen definities van doelstellingen, kosten en baten. Op basis hiervan worden uiteenlopende methoden genoemd voor het meten van effectiviteit en dus het in kaart brengen van kosten en baten. (Kosten)effectiviteit kent dus, mede afhankelijk van het gebruikte perspectief, een andere definitie.

Baten blijken hoofdzakelijk onder te verdelen naar de drie perspectieven gezondheidsbevordering, welzijn of sport. Kosten blijken hier echter lastig naar in te delen. Over kosten en metingen van kosten is weinig geschreven.

Uit de literatuurstudie blijkt dat wijkspecifieke informatie onvoldoende beschikbaar is, waardoor beperkte kennis en inzicht is van individuele kosten en baten alsmede maatschappelijke baten. Daarnaast is er een onduidelijk beeld van de rol van partijen in de samenwerking en de manier waarop hun kosten en baten geïdentificeerd en gemeten moeten worden.

Veel baten op het gebied van welzijn worden wel gedefinieerd maar niet meegenomen in effectiviteitsmetingen. Ook blijken BBP's zeer contextspecifiek te zijn en niet een op een vergelijkbaar. Eenduidige methoden van effectmetingen van totale beweegprogramma's zijn sporadisch (voor een voorbeeld zie Wolfenstetter, 2011). In het kort kan worden gezegd dat studies over het economisch evalueren van een BBP weinig beschikbaar zijn en verder onderzoek nodig is.

#### 4.1.2 Beantwoording deelvraag 2

De tweede deelvraag luidt *'Wat zijn de inzichten omtrent kosten en baten van een buurtgericht beweegprogramma vanuit professionals?'.* Interviews met professionals en de documentenanalyse bieden leerzame inzichten. Kosten en baten worden achtereenvolgens behandeld.

##### 4.1.2.1 Kosten

Uit de interviews en de documentenanalyse komt duidelijk naar voren dat er ook door professionals ook vanuit verschillende perspectieven wordt gekeken naar BBP's. Dit maakt de samenwerking tussen de vele partijen complex en ook dit heeft diverse gevolgen. Rollen van betrokkenen, initiatief, doelstellingen en kosten- en batendefinities lopen bijvoorbeeld sterk uiteen. Kosten worden niet consequent meegenomen in evaluaties of er is geen volledige kennis van individuele of totale kosten van een BBP. De genoemde kosten uit de theorie en de praktijk komen wel overeen maar verhullen de complexiteit om specifieke bedragen boven water te krijgen.

Totale kosten van bpp's worden in sommige gevallen genoemd maar individuele kostenposten zijn onbekend. Maatschappelijke kosten konden niet geïdentificeerd worden. Genoemde totaalkosten van BBP's variëren van € 9.235,50 tot €150.000,-. Over achteraf gerapporteerde en gerealiseerde kosten wordt door professionals niet gesproken. Een volledig totaalbeeld van kostenposten is niet achterhaald aangezien deze bij iedere betrokkene schuilen, dit er doorgaans zeer veel zijn en kosten maar deels zijn gerapporteerd.

#### 4.1.2.2 Baten

Zoals de kosten, worden ook de baten door professionals uiteenlopend gedefinieerd. Veel baten vallen onder het welzijns perspectief en ook (maar in mindere mate) gezondheidsbevordering. Dit bevestigt het beeld dat sport in BBP's als middel dient ten behoeve van effecten op gezondheid- en welzijn. Het verschil tussen diverse batendefinities lijkt door professionals niet volledig helder te zijn. Baten van BBP's blijken tevens eenvoudig te verwarren met doelstellingen ('het tegengaan van overgewicht'). Hier wordt de literatuur bevestigd, waarin uiteenlopende doelstellingen worden gconstateerd. Het achteraf meten van baten blijft onderbelicht in vergelijking met de aandacht voor "te behalen effecten" vooraf.

Evalueren lijkt niet structureel ingebouwd in het systeem. Wellicht komt dit doordat onduidelijkheid heerst over indicatoren en toeschrijfbaarheid van baten. Ook zijn indicatoren niet altijd duidelijk in welke baat zij vertegenwoordigen en is het op langere termijn volgen van deelnemers vereist om effecten daadwerkelijk bloot te leggen. Het blijkt voornamelijk "het gevoel dat het effect heeft" te zijn waar ontwikkelaars en uitvoerders zich op baseren. Theoretisch onderbouwde QALY's of HRQOL, zoals Anderson et al. (2006), beschrijft, komen in het empirisch onderzoek niet naar voren.

#### 4.1.3 Beantwoording deelvraag 3

De derde deelvraag luidt *'Hoe kunnen de gevonden inzichten worden omgezet naar een format voor een economische evaluatie van een buurtgericht beweegprogramma?'.* Veel genoemde effecten van beweegprogramma's blijken slechts deels meetbaar. Door professionals worden minder specifieke definities van kosten gehanteerd dan theoretische inzichten bieden. Tevens biedt de literatuur veel meetmethoden op het gebied van gezondheidsbevordering, die niet of nauwelijks worden gehanteerd door professionals. Een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve informatie wordt als potentieel succesvolle methode beschouwd voor het evalueren van de effectiviteit van BBP's.

#### 4.1.4 Beantwoording centrale vraag

De centrale vraag luidt: *Hoe kan de kosteneffectiviteit van een BBP worden bepaald, op basis van de drie perspectieven sport, welzijn en gezondheidsbevordering?'.* Partijen werken samen voor de ontwikkeling van een BBP maar dit doen zij met verschillende brillen op. Hierdoor hebben kosten en baten van BBP's per partij een andere betekenis. Dit maakt een gestandaardiseerde kosteneffectiviteitsbepaling zeer lastig. Ook blijkt het zeer lastig om effecten terug te leiden naar BBP's.

Wel kan kosteneffectiviteit bepaald worden door kwantitatieve en kwalitatieve gegevens van effecten vanuit de perspectieven sport, welzijn en gezondheidsbevordering te combineren en deze in verhouding te plaatsen tegenover gemaakte kosten. Zo wordt een verhouding geformuleerd van effecten tegenover kosten.

De toegepaste KER berekening laat zien dat geen van de gemeten effecten (HRQoL, Life Satisfaction en Sportparticipatie) significant is. Dit laat zien dat de drie effecten geen aantoonbare verandering kennen als gevolg van het BBP. Hieruit kan echter niet worden geconcludeerd dat het gemeten BBP geen effecten heeft op de drie gebieden sport, welzijn en gezondheidsbevordering.



## 4.2 Discussie

---

De conclusies worden nu in het licht gesteld van bestaande theoretische inzichten. Vervolgens worden enkele complicaties genoemd, mogelijke vervolgstudies en ten slotte de onderzoeksbependingen.

### 4.2.1 Terugkoppeling naar theoretische inzichten

Het Sport Value Framework van Woratschek et al. (2014) oppert dat bedrijven waarde co-creëren en consumenten deze waarde consumeren door producten of diensten te kopen. Dit beeld wordt bevestigd in de interviews. Ontwikkende organisaties creëren waarde door middel van het delen van kennis over zaken als werving en uitvoering. SVF lijkt dus compatibel met gezondheidsbevorderende initiatieven.

Waarde creatie dat BBP's tot een succes maakt lijkt ook te liggen bij deelnemers. Door de gecreëerde verbondenheid met elkaar willen deelnemers niet versnipperen. Dit kan een lage doorstroom naar sportverenigingen als gevolg hebben. Waarde creatie komt dus, zoals ook het SVF omschrijft, tot stand op twee onmisbare fronten, bij ontwikkelaars en bij afnemers. Het HALL raamwerk van Koelen et al. (2012) benoemt diverse verhinderende of faciliterende factoren binnen intersectorale samenwerking. De interviews duiden op overeenkomende aspecten die als cruciaal worden beschouwd binnen samenwerking in het kader van buurtgerichte beweegprogramma's.

Gutman's means-ends theorie (1982) beschrijft dat consumenten hun keuze van product of dienst bepalen op basis van de verlangde "eindstaat van zijn". Dit suggereert een kennis van de te behalen baten van het product of de dienst. Echter komt naar voren in deze studie dat baten van BBP's niet volledig in kaart te brengen zijn. Er wordt daarentegen voornamelijk geredeneerd vanuit intuïtie en persoonlijk geloof dat het product 'sport' veel baten oplevert. Het blijkt dus meer te gaan om de subjectieve baten dan om objectieve meetbare baten.

Het toepassen van de 'effectenarena' van Deuten (2007) in de vorm van een groepsgesprek door ontwikkelaars wordt als goede methode beschouwd om maatschappelijke en externe effecten benoemd te krijgen (Lepoutre, 2013). Deuten's definities blijken toepasbaar op de gevonden baten. Hiermee zou dan de eerste stap vervuld kunnen worden, namelijk het identificeren van mogelijke maatschappelijke effecten. Dan dient zich de kwantificering nog aan.

### 4.2.2 Tussen perspectieven op kosten en baten van BBP's

In het sportdomein is veel grijze literatuur gevonden. Dit duidt op een onontwikkeld wetenschappelijk domein, het sportperspectief noemt slechts enkele onderscheidende baten op participanten niveau. Wetenschappelijke literatuur lijkt zich voornamelijk te richten op effecten van fysieke activiteit op de individuele gezondheid. In de sportliteratuur is weinig kennis gevonden omtrent de ontwikkeling van sportprogramma's. Er wordt zeer gericht op kansen, motieven en belemmeringen van hoofdzakelijk individuen om wel of niet te sporten. Deze eigenlijke doelstellingen, komen ook terug in de empirie. Hier worden ook veel effecten geformuleerd als doelstellingen.

Gezien de onderverdeling van baten lijkt het theoretische onderscheid van de perspectieven sport, gezondheid en welzijn voornamelijk op te gaan voor baten op participanten niveau maar niet voor maatschappelijke effecten. Deze blijken zich veruit het meest in het welzijnsvlak te bevinden en het minst in het sportvlak. Effecten van BBP's op participanten betreffen hoofdzakelijk de gezondheid en het welzijn. Het welzijnspectief lijkt dominant te zijn, het sportperspectief noemt slechts enkele onderscheidende baten op participanten niveau.

Het gezondheidsperspectief biedt veel effecten op participanten niveau maar slechts weinig effecten op maatschappelijk niveau. Het welzijnspectief biedt zeer veel effecten die zich voor zouden doen bij de

participant en tevens effecten op maatschappelijk niveau. Hieruit kan worden gesteld dat sport, in het kader van BBP's, meer als middel gezien dient te worden om individuele gezondheid en welzijn te stimuleren en minder als doel aangezien het doel sport relatief weinig waarde kent in vergelijking met de vele baten die sport als middel oplevert. Sport creëert baten in gezondheid en welzijn.

Baten die toe komen aan betrokken organisaties zijn niet in te delen in de drie perspectieven en vormen een vierde perspectief genaamd 'organisatiebelangen'. Deze categorie blijkt tevens de grootste te zijn van alle categorieën, onder te verdelen in 'private baten voor organisaties' en 'intersectorale baten'. Kosten zijn niet toe te spitsen op theoretische perspectieven.

#### **4.2.3 Complicaties van BBP's**

Het bepalen van t0 is zeer lastig aangezien de BBP's worden verknoopt met bestaande beweeginitiatieven en deelnemers vaak dus al langere tijd sporten. Het medische interventie-denken op initiatieven als BBP's vraagt daarom heroverweging omdat het concept van 'de interventie' met duidelijk afgebakende start- en eindmomenten hier niet lijkt op te gaan. Daarnaast worden kosten gemaakt terwijl er, op basis van deze studie, op individueel niveau geen effecten aantoonbaar kunnen worden gemaakt. Deze bevinding sluit aan bij Shiell en Hawe (1996). Zij pleiten voor meer inzet op het meetbaar maken van groeps- en maatschappelijke baten.

Doelstellingen richten op een preventieve aanpak. Echter is het gevolg van preventief werken dat een symptoom zich niet voordoet. Het valt dan moeilijk te zeggen of dat symptoom zich wel had voorgedaan als er geen interventie was geweest. Hierdoor is de zichtbaarheid van resultaten in de gezondheidsbevordering lastig. Veel effecten blijken pas op lange termijn zichtbaar maar het langdurig volgen van deelnemers is vaak te duur en tijdrovend. Daarnaast kunnen andere activiteiten van deelnemers invloed hebben waardoor effecten niet meer moeiteloos terug te herleiden zijn naar het oorspronkelijke initiatief.

Subsidies zijn van tijdelijke aard. Hierdoor zijn BBP's dit ook. Hierdoor is er een kans op terugval naar het oude, inactieve gedrag. Doordat BBP's vaak als eerste aan bod komen bij bezuinigingen zijn ontwikkelaars verplicht creatieve financieringsoplossingen te verzinnen en spelen vrijwilligers een belangrijke rol.

Uit de literatuur en de interviews blijkt dat de lage betalingsbereidheid van deelnemers zowel om een echte financiële drempel te gaan (Jehoel-Gijsbers, 2004), als om een normbesef dat sporten goedkoop behoort te zijn. Doorstroom naar verenigingen is een veelgehoorde opvatting maar, op basis van resultaten uit deze studie, geen realistische gezien de zeer lage willingness to pay onder deelnemers (sociale drempels achterwege latend).

Onderzoek naar effectmeting wordt wel uitbesteed aan onderzoeksbureaus maar uitvoerende partijen worden ook wel geacht hun eigen meetinstrumenten te formuleren en effecten te rapporteren naar opdrachtgevers: de slager die zijn eigen vlees keurt.

Doelen worden door ontwikkelaars weggesneden om binnen de kaders van de subsidie-eisen te blijven. Zo worden zaken afwijkend van - de politiek interessante - sportstimulering uit de subsidieaanvraag gelaten en dus ook uit de geschreven doelstellingen. In de praktijk blijkt welzijn echter belangrijker. De focus vanuit de politiek op sportstimulering is begrijpelijk aangezien het meetbare resultaten biedt. Hierdoor verdwijnt echter de focus op sociaal gebied, kennis en recreatie, wat andere effecten met zich meebrengt.

Experimentele studies zouden de relatie tussen interventie en effect kunnen identificeren. Door kruisbestuiving (deelnemers stromen later in, doen met meerdere programma's mee) is het bepalen van controlegroepen zeer lastig aangezien er besmetting plaatsvindt. Onvoorziene factoren zorgen voor onsystematische variatie wat experimentele studies bij beweeginterventies zeer lastig maakt.

#### **4.2.4 Vervolgstudies**

De aangereikte methode biedt mogelijkheid om de kosteneffectiviteit van een BBP te bepalen. Deze methode kan tevens worden toegepast op andere BBP's in andere contexten. Echter, het sommeren van individuele effecten om te komen tot maatschappelijke effecten is ontoereikend (Shiell en Hawe, 1996). Verder onderzoek is nodig naar het identificeren en meten van maatschappelijke effecten van gezondheidspromotende initiatieven.

De toegepaste kosteneffectiviteitsberekening meet effecten op individueel niveau. Ondanks dat de gemeten effecten niet significant bleken kan niet gezegd worden dat het BBP geen significante effecten kent. Verder onderzoek is nodig naar effecten zoals bijvoorbeeld daling van zorgconsumptie en mogelijke significante effecten op groeps- en maatschappelijk niveau.

De relatief hoge scores op HRQoL en Life Satisfaction bij t0 betekenen dat de doelgroep van het BBP (laag subjectief welzijn, lage HRQoL) onvoldoende bereikt wordt terwijl het BBP juist effect zou hebben heeft bij deze mensen. De huidige deelnemers ervaren op t0 reeds een relatieve hoge HRQoL en Life Satisfaction, waardoor de marginale winst per effect daalt. Deze aanname zou echter onderzocht moeten worden.

Uit deze studie ontstaat een vraag naar een eenduidig perspectief dat gestandaardiseerde normen biedt voor een kosteneffectiviteitsbepaling. Met de huidige verschillen in definities en onduidelijkheid in kosten en baten blijft het bepalen van de kosteneffectiviteit van een BBP lastig. Dit bevestigt studies van Sallis et al. (1998), Marcus et al. (1998), King et al. (1998), Dunn et al. (1998), Wolfenstetter en Wenig (2010) en Wolfenstetter en Wenig (2011). Zij schrijven allen over de ondoorzichtigheid en diversiteit van kosten en baten waardoor het bepalen van kosteneffectiviteit door middel van het toepassen van een economische evaluatie op een BBP op basis van uitsluitend kwantitatieve, gemonetariseerde informatie zeer lastig is.

Ook is onderzoek nodig naar complexiteit van intersectorale samenwerking en mogelijke standaardisatie in rollen en functies rondom de ontwikkeling, uitvoering, continuïteit en evaluatie van BBP's, ter vergroting en inbedding van kostentransparantie en evaluatieonderzoek.

#### **4.2.5 Onderzoeksbepalingen**

Deze studie vormt een eerste verkenning van drie verschillende perspectieven op BBP's, die in de praktijk gehanteerd worden. Deze driedeling verklaart diverse complicaties die zich voordoen bij het meten van de kosteneffectiviteit van een BBP. Het welzijnsperspectief blijkt dominant in gebruik te zijn maar hierbij is het inzichtelijk maken van baten zeer lastig.

In deze studie is een methode van kosteneffectiviteitsbepaling vormgegeven door middel van kwalitatief onderzoek en vervolgens toegepast met behulp van kwantitatief onderzoek. Deze 'mixed methods' aanpak biedt een bredere kijk op gezondheidspromotende initiatieven en toegevoegde waarde ten opzichte van alleen kwantitatief of kwalitatief onderzoek (Creswell, 2007).

De relatief kleine sample (n=32) maakt de betrouwbaarheid van resultaten fragiel. Mogelijk heeft een meting op andere momenten (T1) of bij andere groepen binnen het BBP wel significante effecten. Ook lenen meerdere indicatoren lenen zich voor een KER berekening. De bepaling van T0 leverde problemen op. Hieruit blijkt dat het interventiedenken binnen gezondheidspromotie zijn haken en ogen heeft.

Rotterdam en Enschede waren als case sterk aanwezig in de interviewset. Dit heeft mogelijke consequenties voor de validiteit van de data. Zo kan een eenzijdig beeld zijn ontstaan van de rol van ontwikkelaars. Evaluatieonderzoeken van BBP's zijn schaars. Websites van betrokken organisaties bieden vaak publicaties van beleids- of ontwikkelplannen of evaluatierapporten, deze zijn in deze studie niet onderzocht.



*“Je kan het niet meten want ze zijn allemaal ongeorganiseerd aan het hardlopen maar vroeger was het gewoon ‘not done’, zag je gewoon geen allochtone vrouwen hardlopen rondom de plas met nike’s en nu wel, dus daar hebben we toch wat teweeggebracht door te zeggen van ‘het is oké, het is veilig, je hoeft je niet te schamen, je mag trots zijn, je mag bewegen, het is oké’. En die mensen gaan het uit zichzelf doen en dat is eigenlijk wat we willen. En dat is gewoon heel mooi. Het zou mooi zijn als je zoiets ook kan onderzoeken maar je kan dat nooit onderzoeken maar ga maar eens lopen rond de plas, je komt altijd allochtone vrouwen tegen die daar een rondje lopen of wandelen.”*

(Respondent 8, Amsterdam)

## Referenties

---

- Aittasalo, M., Miilunpalo, S., & Suni, J. (2004). The effectiveness of physical activity counseling in a work-site setting: A randomized, controlled trial. *Patient Education and Counseling, 55*(2), 193-202.
- Anderson, L. M., Quinn, T. A., Glanz, K., Ramirez, G., Kahwati, L. C., Johnson, D. B., et al. (2009). The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med, 37*(4), 340-357.
- Arnould, E. J., Price, L. L., & Malshe, A. (2006). Toward a cultural resource-based theory of the customer. *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate and directions, 320-333*.
- Arvidson, M., Lyon, F., McKay, S., & Moro, D. (2010). The ambitions and challenges of SROI.
- Asztalos, M., Wijndaele, K., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., Matton, L., Duvigneaud, N. (2012). Sport participation and stress among women and men. *Psychology of Sport and Exercise, 13*(4), 466-483.
- Asztalos, M., Wijndaele, K., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., Matton, L., Duvigneaud, N. (2009). Specific associations between types of physical activity and components of mental health. *Journal of Science and Medicine in Sport, 12*(4), 468-474.
- Attride-Stirling, J. (2001) Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research 1*, 385: 405.
- Baal, P. van, Heijink, R., Hoogenveen, R., & Polder, J. (2007). Zorgkosten van ongezond gedrag. Zorg voor euro's-3. *RIVM rapport 270751015, Zorg voor euro's-3*.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M., de. (1995). Basisboek methoden en technieken.: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek. *Educatieve partners Nederland: Houten*.
- Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Eval Program Plann, 5*(1), 69-79.
- Barber, B. L., Eccles, J. S., & Stone, M. R. (2001). Whatever happened to the jock, the brain, and the princess? Young adult pathways linked to adolescent activity involvement and social identity. *Journal of adolescent research, 16*(5), 429-455.
- Baron, S., & Harris, K. (2008). Consumers as resource integrators. *Journal of Marketing Management, 24*(1-2), 113-130.
- Bartko, W. T. (2005). The ABCs of engagement in out-of-school-time programs. *New Directions in Youth Development, 105*, 109-120.
- Blair, S. N., Haskell, W. L., Ho, P., Paffenbarger, R. S., Vranizan, K. M., Farquhar, J. W., et al. (1985). Assessment of habitual physical activity by a seven-day recall in a community survey and controlled experiments. *American Journal of Epidemiology, 122*(5), 794-804.
- Boeijs, H. R. (2005). Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen: *Boom onderwijs*, Den Haag.
- Bogdan, R.C. Biklen, S. (1982). Qualitative research for education. An introduction to theory and methods. Boston, Allyn and Bacon.
- Bonnefoy, M., Normand, S., Pachiardi, C., Lacour, J. R., Laville, M., & Kostka, T. (2001). Simultaneous validation of ten physical activity questionnaires in older men: a doubly labeled water study. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*(1), 28-35.
- Boyatzis, R. E. (1998). Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101.
- Breedveld, K. (2006). Verschillen in sportdeelname. In: K. Breedveld en A. Tiessen-Raaphorst (red.), *Rapportage Sport 2006* (p. 299-321). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. In: Tiessen-Raaphorst, A., Verbeek, D., Roest, A. (2010). Sport: een leven lang: rapportage sport 2010 (Vol. 1568): hoofdstuk 13. *Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau*.
- Breedveld, K., Hover, P., Kalmthout, J. van, Lindert, C. van, Veldhoven, N. van, Werff, H., van den, Wisse, E. (2010). Sport: een leven lang: rapportage sport 2010 (Vol. 1568): hoofdstuk 10. *Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau*.
- Brewer B.W., Van Raalte J., Linder D.E. (1993). Athletic identity: Hercules' muscles or achilles heal. *Int J Sport Psychol; 24*:237—54.
- Brewer, B. W., Van Raalte, J. L., Petitpas, A. J., Sklar, J. H., Pohlman, M. H., Krushell, R. J. (2000). Preliminary psychometric evaluation of a measure of adherence to clinic-based sport injury rehabilitation. *Physical Therapy in Sport, 1*(3), 68-74.
- Brown, D. R., Wang, Y., Ward, A., Ebbeling, C. B., Fortlage, L., Puleo, E. (1995). Chronic psychological effects of exercise and exercise plus cognitive strategies. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 27*(5), 765-775.
- Brunelle, J., Danish, S. J., & Forneris, T. (2007). The impact of a sport-based life skill program on adolescent prosocial values. *Appl Devel Sci, 11*, 43-55.

- Burke, V., Giangiulio, N., Gillam, H. F., Beilin, L. J., & Houghton, S. (2003). Physical activity and nutrition programs for couples: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Epidemiology*, *56*(5), 421-432.
- Busseri, M. A., Costain, K. A., Campbell, K. M., Rose-Krasnor, L., & Evans, J. (2011). Brief report: engagement in sport and identity status. *J Adolesc*, *34*(5), 1087-1091.
- Campbell, C., & Gillies, P. (2001). Conceptualizing 'social capital' for health promotion in small local communities: a micro-qualitative study. *Journal of community & applied social psychology*, *11*(5), 329-346.
- Campbell, M. K., Tessaro, I., DeVellis, B., Benedict, S., Kelsey, K., Belton, L., et al. (2002). Effects of a Tailored Health Promotion Program for Female Blue-Collar Workers: Health Works for Women. *Preventive medicine*, *34*(3), 313-323.
- Cantril H. The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1965.
- Carpiano, R. M., & Hystad, P. W. (2011). "Sense of community belonging" in health surveys: What social capital is it measuring? *Health & place*, *17*(2), 606-617.
- Carver, A., Timperio, A., & Crawford, D. (2008). Playing it safe: The influence of neighbourhood safety on children's physical activity—A review. *Health & place*, *14*(2), 217-227.
- Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Soc Sci Med*, *52*(10), 1501-1516.
- Chaskin, R. J., Goerge, R. M., Skyles, A., & Guiltinan, S. (2006). Measuring social capital: An exploration in community-research partnership. *Journal of Community Psychology*, *34*(4), 489-514.
- Chorus, A., Campen, C. van, Draak, M. den. (2010). Sport: een leven lang: rapportage sport 2010 (Vol. 1568): hoofdstuk 8. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Clark, W. (2008). Kids' sports. *Canadian Social Trends*, *85*, 54-61.
- Coleman, D., & Iso-Ahola, S. E. (1993). Leisure and health: The role of social support and self-determination. *Journal of leisure research*.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2007). Designing and conducting mixed methods research. Chapter 7: Analyzing data in mixed methods research.
- Danish, S. J., Forneris, T., & Wallace, I. (2005). Sport-base life skill programming in the schools. *J Appl Sc Psych*, *21*, 41-62.
- Danish, S. J. (2000). Youth and community development: How after-school programming can make a difference. *Developing competent youth and strong communities through after-school programming*, 2-14.
- Dekker, P., De Hart, J. (2010). *Sport: een leven lang: rapportage sport 2010* (Vol. 1568): hoofdstuk 4. Den Haag [etc.]: Sociaal en Cultureel Planbureau [etc.]
- Desarbo, W. S., Jedidi, K., & Sinha, I. (2001). Customer value analysis in a heterogeneous market. *Strategic management journal*, *22*(9), 845-857.
- Deuten, J. (2007). *Praktijkboek Maatschappelijk Rendement* (Vol. 1). Utrecht.
- Dishman, R. (1994). Biological psychology, exercise, and stress. *Quest*, *46*, 28e59.
- DoH. (2001). Making it happen: A guide to delivering mental health promotion. London: United Kingdom Department of Health. Retrieved November 17, 2009, from. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4007907](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007907).
- Dunn, A. L., Andersen, R. E., & Jakicic, J. M. (1998). Lifestyle physical activity interventions. History, short- and long-term effects, and recommendations. *Am J Prev Med*, *15*(4), 398-412.
- Eccles, J. S., Barber, B. L., Stone, M., & Hunt, J. (2003). Extracurricular activities and adolescent development. *Journal of social issues*, *59*(4), 865-889.
- Eiben, G., & Lissner, L. (2005). Health Hunters-an intervention to prevent overweight and obesity in young high-risk women. *Int J Obes*, *30*(4), 691-696.
- Elley, C. R., Kerse, N., Arroll, B., & Robinson, E. (2003). Effectiveness Of Counselling Patients On Physical Activity In General Practice: Cluster Randomised Controlled Trial. *BMJ: British Medical Journal*, *326*(7393), 793-796.
- Eng, E., & Parker, E. (1994). Measuring community competence in the Mississippi Delta: the interface between program evaluation and empowerment. *Health Educ Q*, *21*(2), 199-220.
- Engel, S. G., Adair, C. E., Las Hayas, C., & Abraham, S. (2009). Health-related quality of life and eating disorders: a review and update. *Int J Eat Disord*, *42*(2), 179-187.
- Engel, S. G., Wittrock, D. A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., & Kolotkin, R. L. (2006). Development and psychometric validation of an eating disorder-specific health-related quality of life instrument. *Int J Eat Disord*, *39*(1), 62-71.
- Eriksson, M. (2011). Social capital and health—implications for health promotion. *Global health action*, *4*.
- Evans, P. (1996). Government action, social capital and development: reviewing the evidence on synergy. *World development*, *24*(6), 1119-1132. In: Wakefield, S. E., & Poland, B. (2005). Family, friend or foe? Critical

- reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Social Science & Medicine*, 60(12), 2819-2832.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics with SPSS*. London: Sage, Last access: August, 27, 2012.
- Fleishman, J. A. (1984). Personality characteristics and coping patterns. *Journal of health and social behavior*, 229-244.
- Fontaine, K. R. (2000). Physical activity improves mental health. *The Physician and sportsmedicine*, 28(10), 83.
- Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public health nutrition*, 2(3a), 411-418.
- Fox, K. (2000). Physical activity and mental health promotion: the natural partnership. *Journal of Public Mental Health*, 2(1), 4-12.
- Gamma, A., & Angst, J. (2001). Concurrent psychiatric comorbidity and multimorbidity in a community study: gender differences and quality of life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251 Suppl 2, II43-46.
- Gill, D. L. (2001). Feminist sport psychology: A guide for our journey. *Sport Psychologist*, 15(4), 363-372.
- Gordon, A. (1985). Learned helplessness and community development: a case study. *Journal of Community Psychology*, 13(4), 327-337. In: Hawe, P., & Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med*, 51(6), 871-885.
- Gordon, N. F., English, C. D., Contractor, A. S., Salmon, R. D., Leighton, R. F., Franklin, B. A., et al. (2002). Effectiveness of three models for comprehensive cardiovascular disease risk reduction. *The American journal of cardiology*, 89(11), 1263-1268. In: Wolfenstetter, S. B., & Wenig, C. M. (2010). Economic evaluation and transferability of physical activity programmes in primary prevention: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 7(4), 1622-1648.
- Gordon-Larsen, P., McMurray, R. G., & Popkin, B. M. (2000). Determinants of adolescent physical activity and inactivity patterns. *Pediatrics*, 105(6), e83-e83.
- Gottlieb, B. H. (1987). Using social support to protect and promote health. *Journal of Primary Prevention*, 8(1-2), 49-70. In: Hawe, P., & Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med*, 51(6), 871-885.
- Grewal, D., Monroe, K. B., & Krishnan, R. (1998). The effects of price-comparison advertising on buyers' perceptions of acquisition value, transaction value, and behavioral intentions. *The Journal of Marketing*, 46-59. Geciteerd in: Gummerus (2013).
- Guillet, E., Sarrazin, P., Fontayne, P., & Brustad, R. J. (2006). Understanding Female Sport Attrition in a Stereotypical Male Sport Within the Framework of Eccles's Expectancy-Value Model. *Psychology of Women Quarterly*, 30(4), 358-368.
- Gummerus, J. (2013). Value creation processes and value outcomes in marketing theory Strangers or siblings? *Marketing Theory*, 13(1), 19-46.
- Gutman, J. (1982). A Means-End Chain Model Based on Consumer Categorization Processes. *Journal of Marketing*, 46(2), 60-72.
- Hamer, M., Stamatakis, E., & Steptoe, A. (2009). Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey. *British Journal of Sports Medicine*, 43(14), 1111-1114.
- Harris, E. Wise, M., Hawe, P., Finlay, P., & Nutbeam, D. (1995). *Working together: intersectoral action for health*: Australian Government Publishing Service. In: Hawe, P., & Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med*, 51(6), 871-885.
- Hawe, P., & Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med*, 51(6), 871-885.
- Hay, P. J., & Mond, J. (2005). How to 'count the cost' and measure burden? A review of health-related quality of life in people with eating disorders. *Journal of Mental Health*, 14(6), 539-552.
- Hax, A. C. (1996). *The Strategy Concept and Procces: A Pragmatic Approach*.
- Hedlund, D.P. (2014). Creating value through membership and participation in sport fan consumption communities. *European Sport Management Quarterly*, 14:1, 50-71.
- Herens, M. C., Wagemakers, A., Vaandrager, L., Ophem, J. A. C. v., & Koelen, M. (2013). Evaluation Design for Community-Based Physical Activity Programs for Socially Disadvantaged Groups: Communities on the Move. *JMIR Research Protocols*, 2(1). Hergert, M., & Morris, D. (1989). Accounting data for value chain analysis. *Strategic management journal*, 10(2), 175-188.
- Heskett, J. L., & Schlesinger, L. (1994). Putting the service-profit chain to work. *Harvard business review*, 72(2), 164-174.
- Hildebrandt, V., Chorus, A., Tiessen-Raaphorst, A. (2010a). Sport: een leven lang: rapportage sport 2010 (Vol. 1568): hoofdstuk 7. *Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau*.
- Hildebrandt, V. H., Ooijendijk, W. T. M., & van Leven, T. K. (2010b). *Trendrapport bewegen en gezondheid 2008/2009*: TNO, Kwaliteit van Leven, Bewegen en Gezondheid.
- Hillsdon, M., Thorogood, M., White, I., & Foster, C. (2002). Advising people to take more exercise is ineffective: a randomized controlled trial of physical activity promotion in primary care. *International Journal of Epidemiology*, 31(4), 808-815.



- Hoekman, R., Knol, F., Poel, H. van der. (2010). *Sport: een leven lang: rapportage sport 2010* (Vol. 1568): hoofdstuk 12. Den Haag [etc.]: Sociaal en Cultureel Planbureau [etc.]
- Holloway, F., Carson, J. (2002). Quality of life in severe mental illness. *International Review of Psychiatry*, 14(3), 175-184.
- Holloway, I., Todres, L. (2003). The status of method: flexibility, consistency and coherence. *Qualitative research*, 3(3), 345-357.
- Holstein, J. Gubrium, J. (2011). Animating interview narratives. In Silverman, D. (2006). *Qualitative Research*. Third Edition. London: Sage, 149-67.
- Holt, N. L. (Ed.). (2008). *Positive youth development through sport*. London: Routledge.
- Holt, N. L., Kingsley, B. C., Tink, L. N., & Scherer, J. (2011). Benefits and challenges associated with sport participation by children and parents from low-income families. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(5), 490-499.
- Homburg, C., Wieseke, J., & Hoyer, W. D. (2009). Social identity and the service-profit chain. *Journal of Marketing*, 73(2), 38-54.
- Horbel, C. (jaartal onbekend). Co-creation, identification and the service-profit chain-the case of sport events.
- Humbert, M. L., Chad, K. E., Spink, K. S., Muhajarine, N., Anderson, K. D., Bruner, M. W. (2006). Factors that influence physical activity participation among high-and low-SES youth. *Qualitative Health Research*, 16(4), 467-483.
- Hunt, S. D., & Morgan, R. M. (1996). The resource-advantage theory of competition: dynamics, path dependencies, and evolutionary dimensions. *The Journal of Marketing*, 107-114.
- Hunt, S. D., & Morgan, R. M. (1995). The comparative advantage theory of competition. *The Journal of Marketing*, 1-15.
- Israel, B. A. (1985). Social networks and social support: implications for natural helper and community level interventions. *Health Education & Behavior*, 12(1), 65-80. In: Hawe, P., & Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med*, 51(6), 871-885.
- Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Education & Behavior*, 21(2), 149-170. In: Shiell, A., & Hawe, P. (1996). Health promotion community development and the tyranny of individualism. *Health economics*, 5(3), 241-247.
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004). Sociale uitsluiting in Nederland. *Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau*. In: Tiessen-Raaphorst, A. (2010). *Sport: een leven lang: rapportage sport 2010* (Vol. 1568): Den Haag [etc.]: Sociaal en Cultureel Planbureau [etc.]
- Jehoel-Gijsbers, G. (2009). *Kunnen alle kinderen meedoen?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. In: Tiessen-Raaphorst, A., Verbeek, D., Roest, A. *Sport: een leven lang: rapportage sport 2010* (Vol. 1568): hoofdstuk 13. Den Haag [etc.]: Sociaal en Cultureel Planbureau [etc.]
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., & Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*, 31(1), 113-121.
- Jennings, M. K., & Stoker, L. (2004). Social trust and civic engagement across time and generations. *Acta politica*, 39(4), 342-379.
- Johnson, M. D., Herrmann, A., & Huber, F. (2006). The evolution of loyalty intentions. *Journal of Marketing*, 122-132. In: Gummerus, J. (2013). Value creation processes and value outcomes in marketing theory Strangers or siblings? *Marketing Theory*, 13(1), 19-46.
- Kahn, R. L., & Cannell, C. F. (1957). The dynamics of interviewing; theory, technique, and cases.
- Kahn, E. B., Ramsey, L. T., Brownson, R. C., Heath, G. W., Howze, E. H., Powell, K. E., et al. (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *Am J Prev Med*, 22(4 Suppl), 73-107.
- Kamphuis, C. en R. van den Dool (2008b). Sportdeelname. In: K. Breedveld, C. Kamphuis en A. Tiessen- Raaphorst (red.), *Rapportage sport 2008* (p. 74-101). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. In: Tiessen-Raaphorst, A., Verbeek, D., Roest, A. *Sport: een leven lang: rapportage sport 2010* (Vol. 1568): hoofdstuk 13. Den Haag [etc.]: Sociaal en Cultureel Planbureau [etc.]
- Karg, A., & McDonald, H. (2012). *Developing co-production in professional sports: managing ritualized spectator behaviour for new teams*. Paper presented at the NASSAM 2009: North American Society for Sport Management Conference.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American journal of public health*, 89(8), 1187-1193. In: Poortinga, W. (2006). Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital. *Social Science & Medicine*, 63(1), 255-270.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health*, 87(9), 1491-1498. In: Hawe, P., & Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med*, 51(6), 871-885.
- Kennedy, B. P., Kawachi, I., Glass, R., & Prothrow-Stith, D. (1998). Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. *Bmj*, 317(7163), 917-921.

- Kim, J. Y., Farmer, P., & Porter, M. E. (2013). Redefining global health-care delivery. *The Lancet*. Kleiber, D., & Kirshnit, C. E. (1991). Sport involvement and identity formation. *Mind-body maturity: Psychological approaches to sports, exercise, and fitness*, 193-211.
- King, A. C., Rejeski, W. J., & Buchner, D. M. (1998). Physical activity interventions targeting older adults. A critical review and recommendations. *Am J Prev Med*, 15(4), 316-333.
- Koelen, M. A., Vaandrager, L., & Wagemakers, A. (2012). The healthy alliances (HALL) framework: prerequisites for success. *Family practice*, 29(suppl 1), i132-i138.
- Kolotkin, R. L., Haaz, S., & Fontaine, K. R. (2009). Assessment of health-related quality of life in obesity and eating disorders. In D. B. Allison, & M. L. Baskin (Eds.), *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: Measures, theory, and research* (pp. 33-78), 2nd Ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lamont-Mills, A., & Christensen, S. A. (2006). Athletic identity and its relationship to sport participation levels. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 9(6), 472-478.
- Landers, D. M. (1997). *The influence of exercise on mental health*: President's Council on Physical Fitness and Sports.
- Lepoutre, N. (2013). *Economische evaluatie van een community based beweeginterventie, zoals Communities in Beweging op individueel- en programmaniveau*.
- Lochner, K., Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1999). Social capital: a guide to its measurement. *Health & place*, 5(4), 259-270.
- Lomas, J. (1998). Social capital and health: implications for public health and epidemiology. *Social Science & Medicine*, 47(9), 1181-1188.
- Lont, H. (2010). Het meten van waardecreatie; Social Return on Investment. *Context, International Cooperation*.
- Machi, L. A., & McEvoy, B. T. (2012). *The literature review: Six steps to success*. Sage: Corwin Press.
- Marcus, B. H., Owen, N., Forsyth, L. H., Cavill, N. A., & Fridinger, F. (1998). Physical activity interventions using mass media, print media, and information technology. *Am J Prev Med*, 15(4), 362-378.
- Marmot, M., & Feeney, A. (1997). General explanations for social inequalities in health. *IARC Sci Publ*(138), 207-228.
- McAlexander, J. H., Kim, S. K., & Roberts, S. D. (2003). Loyalty: the influences of satisfaction and brand community integration. *Journal of marketing Theory and Practice*, 1-11.
- McCarthy, P. J., Jones, M. V., & Carter-Clark, D. (2008). Understanding enjoyment in youth sport: a developmental perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 142-156.
- McGuire, J. K., & Gamble, W. C. (2006). Community service for youth: The value of psychological engagement over number of hours spent. *Journal of Adolescence*, 29(2), 289-298.
- Mentink, F.P.M. (1994). Sport is de belangrijkste bijzaak in het leven. *Thomas Rap, Amsterdam*.
- Messner, M. A. (1994). Power at Play Sports and the Problem of Masculinity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 26(3), 400.
- Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J., & Gupta, S. (2009). Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression. *Health Psychol*, 28(6), 690-701.
- Middleton, A., Murie, A., & Groves, R. (2005). Social capital and neighbourhoods that work. *Urban studies*, 42(10), 1711-1738. In: Stanley, J., Stanley, J., & Hensher, D. (2012). Mobility, social capital and sense of community: what value? *Urban studies*, 49(16), 3595-3609.
- Miller, P. M. (1996). Redefining success in eating disorders. *Addict Behav*, 21(6), 745-754.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. V. (2004). Relationships between exercise behaviour, eating-disordered behaviour and quality of life in a community sample of women: when is exercise 'excessive'? *European Eating Disorders Review*, 12(4), 265-272.
- Monroe, K. B., & Chapman, J. D. (1987). Framing effects on buyers' subjective product evaluations. *Advances in consumer research*, 14(1), 193-197. In: Gummerus, J. (2013). Value creation processes and value outcomes in marketing theory Strangers or siblings? *Marketing Theory*, 13(1), 19-46.
- Morgan, W. P. (1979). Negative addiction in runners. *Physician and Sports Medicine*, 7(2), 57-70.
- Morris, S., Devlin, N., Parkin, D., Spencer A. (2012). *Economic analysis in health care*: John Wiley & Sons.
- Murray, M., & Smith, J. A. (2003). Narrative psychology. *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*, 111-131.
- Müller-Riemenschneider, F., Reinhold, T., Nocon, M., & Willich, S. N. (2008). Long-term effectiveness of interventions promoting physical activity: a systematic review. *Preventive medicine*, 47(4), 354-368.
- Napolitano, M. A., Whiteley, J. A., Papandonatos, G., Dutton, G., Farrell, N. C., Albrecht, A., et al. (2006). Outcomes from the women's wellness project: A community-focused physical activity trial for women. *Preventive medicine*, 43(6), 447-453.
- National Research Council and Institute of Medicine. (2002). Community programs to promote youth development: Committee on community-level programs for youth. *Board of Children, Youth, and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education*. Washington, DC: National Academy Press.

- NISB. (2007). Doe mee. Beweeg mee. De eindbalans na vier jaar Communities in Beweging (2003-2006). *Nederlands Instituut voor Sport en Beweging*. Drukkerij Modern: Bennekom.
- Noaks, L., Wincup, E. (2004). *Criminological Research: Understanding qualitative methods*. London: Sage.
- NOC\*NSF. (2011). Boeien en binden: de invloed van sociale binding op sportparticipatie. *InSites Consulting: taking research forward*.
- Ooijendijk W, Wendel-Vos W, De Vries S. TNO Innovation for Life. Leiden: TNO Innovation for Life; 2007. Advies consensus vragenlijst sport en bewegen.
- Owen, N., Glanz, K., Sallis, J. F., & Kelder, S. H. (2006). Evidence-based approaches to dissemination and diffusion of physical activity interventions. *Am J Prev Med*, 31(4 Suppl), S35-44.
- Oster, G., Thompson, D., Edelsberg, J., Bird, A. P., & Colditz, G. A. (1999). Lifetime health and economic benefits of weight loss among obese persons. *Am J Public Health*, 89(10), 1536-1542. In: Anderson, L. M., Quinn, T. A., Glanz, K., Ramirez, G., Kahwati, L. C., Johnson, D. B., et al. (2009). The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med*, 37(4), 340-357.
- Papacharisis, V., Goudas, M., Danish, S. J., & Theodorakis, Y. (2005). The effectiveness of teaching a life skills program in a sport context. *Journal of Applied Sport Psychology*, 17, 247-254.
- Parasuraman, A., & Grewal, D. (2000). The impact of technology on the quality-value-loyalty chain: a research agenda. *Journal of the academy of marketing science*, 28(1), 168-174. In: Gummerus, J. (2013). Value creation processes and value outcomes in marketing theory Strangers or siblings? *Marketing Theory*, 13(1), 19-46.
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy*: Oxford University Press New York.
- Petrella, R. J., Koval, J. J., Cunningham, D. A., & Paterson, D. H. (2003). Can primary care doctors prescribe exercise to improve fitness?: The step test exercise prescription (STEP) project. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(4), 316-322.
- Poortinga, W. (2006). Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital. *Social Science & Medicine*, 63(1), 255-270.
- Porter, M. (1985). *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. Free Press, New York. In: Stabell, C. B., & Fjeldstad, Ø. D. (1998). Configuring value for competitive advantage: on chains, shops, and networks. *Strategic management journal*, 19(5), 413-437.
- Porter, M. E. (2008). *Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance*: SimonandSchuster. Com.
- Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *LESSER, Eric L. Knowledge and Social Capital*. Boston: Butterworth-Heinemann, 43-67. In: Hawe, P., & Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med*, 51(6), 871-885.
- Portes, A. (1995). *Economic Sociology of Immigration, The: Essays on Networks, Ethnicity, and Entrepreneurship*. New York: Russell Sage Foundation.
- Policy Research Cooperation. (2008). *De economische betekenis van sport in Nederland*. PCR: Rotterdam.
- Proper, K.I., Mechelen, W, van. (2008). Effectiveness and cost-effectiveness of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet. *World Health Organization: Background paper prepared for the WHO/WEF Joint Event on Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace (Dalian/ China, September 2007)*.
- Putnam, R. D. (1995). Tuning in, tuning out: The strange disappearance of social capital in America. *PS: Political Science & Politics*, 28(04), 664-683. In: Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Soc Sci Med*, 52(10), 1501-1516.
- Ravanera, Z. R., & Rajulton, F. (2010). Measuring social capital and its differentials by family structures. *Social Indicators Research*, 95(1), 63-89.
- Roest, A., A.M. Lokhorst en C. Vrooman. (2010). Sociale uitsluiting bij kinderen: Omvang en achtergronden. *Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau*. In: Tiessen-Raaphorst, A., Verbeek, D., Roest, A. Sport: een leven lang: rapportage sport 2010 (Vol. 1568): hoofdstuk 13. *Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau*.
- Rotolo, T. (2000). A time to join, a time to quit: The influence of life cycle transitions on voluntary association membership. *Social Forces*, 78(3), 1133-1161.
- Roux, L., Pratt, M., Tengs, T. O., Yore, M. M., Yanagawa, T. L., Van Den Bos, J., et al. (2008). Cost effectiveness of community-based physical activity interventions. *Am J Prev Med*, 35(6), 578-588.
- Sacks, H. (1992). *Lectures on conversation* (2 volumes). Edited by G. Jefferson, with an introduction by E. Schegloff: Oxford: Blackwell.
- Sallis, J., Bauman, A., & Pratt, M. (1998). Environmental and policy interventions to promote physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4), 379-397.
- Sanftner, J. L. (2011). Quality of life in relation to psychosocial risk variables for eating disorders in women and men. *Eat Behav*, 12(2), 136-142.
- Scholten, P. (2003). *Maatschappelijk rendement gemeten: social return on investment*: SWP.

- Scottish Development Centre for Mental Health Services (1999). Improvement. Gevonden 30 Maart 2009 van [http://www.sdcmh.org.uk/improvement/improvement\\_home.html](http://www.sdcmh.org.uk/improvement/improvement_home.html). In: Asztalos, M., Wijndaele, K., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., Matton, L., Duvigneaud, N. (2012). Sport participation and stress among women and men. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(4), 466-483.
- Seefeldt, V., Malina, R. M., & Clark, M. A. (2002). Factors affecting levels of physical activity in adults. *Sports Med*, 32(3), 143-168.
- Sharp, E. H., Coatsworth, J. D., Darling, N., Cumsille, P., & Ranieri, S. (2007). Gender differences in the self-defining activities and identity experiences of adolescents and emerging adults. *Journal of Adolescence*, 30, 251-269.
- Shephard, R. J., & Miller, H. S. (1998). *Exercise and the Heart in Health and Disease*: CRC Press.
- Shiell, A., & Hawe, P. (1996). Health promotion community development and the tyranny of individualism. *Health economics*, 5(3), 241-247.
- Silverman, D. (2011). *Interpreting Qualitative Data: A Guide to the Principles of Qualitative Research*. London: Sage.
- Sirven, N., & Debrand, T. (2012). Social capital and health of older Europeans: Causal pathways and health inequalities. *Social Science & Medicine*, 75(7), 1288-1295.
- Stabell, C. B., & Fjeldstad, Ø. D. (1998). Configuring value for competitive advantage: on chains, shops, and networks. *Strategic management journal*, 19(5), 413-437.
- Stanley, J., Stanley, J., & Hensher, D. (2012). Mobility, social capital and sense of community: what value? *Urban studies*, 49(16), 3595-3609.
- Stephens, T. (1988). Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four population surveys. *Preventive medicine*, 17(1), 35-47.
- Stewart, A. L., Mills, K. M., King, A. C., Haskell, W. L., Gillis, D., & Ritter, P. L. (2001a). CHAMPS physical activity questionnaire for older adults: outcomes for interventions. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(7), 1126-1141.
- Stewart, A. L., Verboncoeur, C. J., McLellan, B. Y., Gillis, D. E., Rush, S., Mills, K. M., et al. (2001b). Physical Activity Outcomes of CHAMPS II: A Physical Activity Promotion Program for Older Adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(8), M465-M470.
- Task Force of Community Services (TFCS). (2002). Recommendations to increase physical activity in communities. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4, Supplement 1), 67-72.
- Taylor, H. L., Jacobs Jr, D. R., Schucker, B., Knudsen, J., Leon, A. S., & Debacker, G. (1978). A questionnaire for the assessment of leisure time physical activities. *Journal of chronic diseases*, 31(12), 741-755.
- Taylor, G.W., Ussher, J.M. (2001). Making sense of S&M: a discourse analytic account. *Sexualities* 4, 293: 314.
- Taylor, A. W., Williams, C., Dal Grande, E., & Herriot, M. (2006). Measuring social capital in a known disadvantaged urban community—health policy implications. *Australia and New Zealand health policy*, 3(1), 2.
- Tiessen-Raaphorst, A. (2010). Sport: een leven lang: rapportage sport 2010 (Vol. 1568): hoofdstuk 1. *Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau*.
- Tiessen-Raaphorst, A., Verbeek, D., Roest, A. Sport: een leven lang: rapportage sport 2010 (Vol. 1568): hoofdstuk 13. *Den Haag [etc.]: Sociaal en Cultureel Planbureau [etc.]*
- Uhrich, S. (2014). Exploring customer-to-customer value co-creation platforms and practices in team sports. *European Sport Management Quarterly*, 14:1, 25-49
- US Department of Health and Human Services. Office of disease prevention and health promotion. *Healthy people 2010*. Washington, DC; 2000. Beschikbaar op: [www.health.gov/healthypeople](http://www.health.gov/healthypeople).
- Van Dongen, J. M., Proper, K. I., van Wier, M. F., van der Beek, A. J., Bongers, P. M., van Mechelen, W., et al. (2011). Systematic review on the financial return of worksite health promotion programmes aimed at improving nutrition and/or increasing physical activity. *Obes Rev*, 12(12), 1031-1049.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing*, 1-17.
- Verschuren, P., Doorewaard, H. (2005). Het ontwerpen van een onderzoek. *Lemma BV, Utrecht*.
- Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, J.-M., Hercberg, S. (2005). Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Preventive medicine*, 41(2), 562-569.
- Wakefield, S. E., & Poland, B. (2005). Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Social Science & Medicine*, 60(12), 2819-2832.
- Wall, E., Ferrazzi, G., & Schryer, F. (1998). Getting the Goods on Social Capital1. *Rural Sociology*, 63(2), 300-322. In: Hawe, P., & Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med*, 51(6), 871-885.
- Weiss, M. R., & Murphy, S. (1995). *Children in sport: an educational model*: Human Kinetics Publishers.
- Wendel, S., & Dellaert, B. G. (2005). Situation variation in consumers' media channel consideration. *Journal of the academy of marketing science*, 33(4), 575-584.

- Wendel-Vos, G., Dutman, A. E., Verschuren, W., Ronckers, E. T., Ament, A., van Assema, P., et al. (2009). Lifestyle factors of a five-year community-intervention program: the Hartslag Limburg intervention. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(1), 50-56.
- Western, J., Stimson, R., Baum, S., & Van Gellecum, Y. (2005). Measuring community strength and social capital. *Regional studies*, 39(8), 1095-1109.
- WHO. (2004). World Health Organization Global Strategy on Diet, physical activity and health. 57th World Health Assembly. Retrieved February 2, 2011, [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf). In: Asztalos, M., Wijndaele, K., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., Matton, L., Duvigneaud, N. (2009). Specific associations between types of physical activity and components of mental health. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12(4), 468-474.
- WHO. (2007). Mental health: Strengthening mental health promotion. Fact sheet no. 220. Retrieved November 17, 2009, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>. In: Asztalos, M., Wijndaele, K., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., Matton, L., Duvigneaud, N. (2009). Specific associations between types of physical activity and components of mental health. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12(4), 468-474.
- WHO. (2011). A comprehensive global monitoring framework and voluntary global targets for the prevention and control of NCDs. *Executive Summary of the WHO Discussion Paper (version dated 21 December 2011)*. [http://www.who.int/nmh/events/2011/consultation\\_dec\\_2011/Executive\\_Summary\\_FINAL.Pdf](http://www.who.int/nmh/events/2011/consultation_dec_2011/Executive_Summary_FINAL.Pdf).
- WHOQOL Work Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psych Med*, 28, 551-558.
- Wielinga, E., Zaalmink, W., Bergevoet, R., Geerling-Eiff, F., Holster, H., Hoogerwerf, L. (2008). Networks with Free Actors: Encouraging Sustainable Innovations in Animal Husbandry by Using the FAN Approach (Free Actors in Networks): Networking is Sensing Opportunities! Wageningen UR: Communication Services.
- Wijndaele, K., Matton, L., Duvigneaud, N., Lefevre, J., De Bourdeaudhuij, I., Duquet, W. (2007). Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: A cluster-analytical approach. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(4), 425-440.
- Wilkinson, R. G. (1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ: British Medical Journal*, 304(6820), 165.
- Wilkinson, S. (2000). Women with breast cancer talking causes: comparing content, biographical and discursive analyses. *Feminism & Psychology* 10, 431: 60.
- Wilkinson, S. (2011). Focus Group Research. In Silverman, D. *Qualitative Research*. Third Edition. London: Sage, p. 168-84.
- Wolfenstetter, S. B. (2011). Conceptual framework for standard economic evaluation of physical activity programs in primary prevention. *Prev Sci*, 12(4), 435-451.
- Wolfenstetter, S. B., Schweikert, B., John, J. (2012). Programme Costing of a Physical Activity Programme in Primary Prevention: Should the Costs of Health Asset Assessment and Participatory Programme Development Count? *Advances in Preventive Medicine*, vol. 2012, 601631.
- Wolfenstetter, S. B., & Wenig, C. M. (2011). Costing of physical activity programmes in primary prevention: a review of the literature. *Health economics review*, 1(1), 1-15.
- Wolfenstetter, S. B., & Wenig, C. M. (2010). Economic evaluation and transferability of physical activity programmes in primary prevention: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 7(4), 1622-1648.
- Woratschek, H., Horbel, C., Popp, B. (2014). The sport value framework – a new fundamental logic for analyses in sport management. *European Sport Management Quarterly*, 14:1, 6-24
- Woratschek, H., Horbel, C., Popp, B. (2012). *ESMQ 2014 Special Issue - Value Co-creation in Sport Management*. Paper presented at the The 20th EASM Conference.
- Young, D. R., Jee, S., & Appel, L. J. (2001). A comparison of the Yale Physical Activity Survey with other physical activity measures. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(6), 955-961.
-



