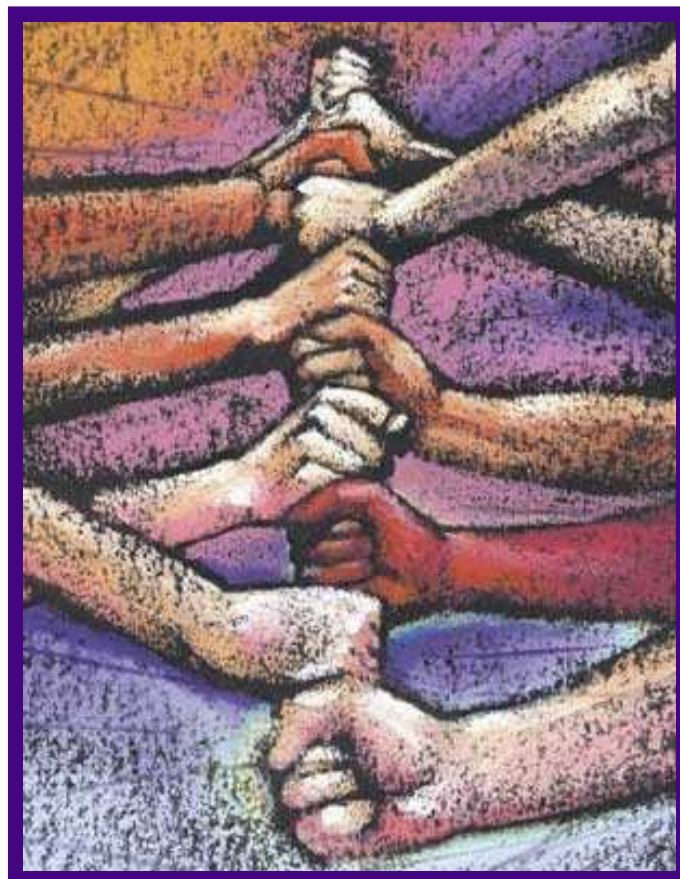




Sociaal draagvlak

Verslag van de uitwerking van 'sociaal draagvlak' voor het pilot project
Referentiekader Gezondheidsbevordering

Annemarie Wagemakers, Lenneke Vaandrager, Maria Koelen, Paula Dijkema & Renée Corstjens



Colofon



Dit verslag maakt onderdeel uit van het eindverslag van het project pilot Referentiekader Gezondheidsbevordering, uitgegeven door het NIGZ november 2007. De pilot Referentiekader Gezondheidsbevordering is gefinancierd door ZonMw.



© Gezondheid en Maatschappij, Universiteit Wageningen.
Wageningen, september 2007.

Sociaal draagvlak

Verslag van de uitwerking van 'sociaal draagvlak' voor het pilot project
Referentiekader Gezondheidsbevordering

Annemarie Wagemakers¹
Lenneke Vaandrager¹
Maria Koelen²
Paula Dijkema³
Renée Corstjens⁴

1. Wageningen Universiteit, Gezondheid en Maatschappij
2. Wageningen Universiteit, Communicatie en Innovatiestudies
3. GGD Eindhoven, Gezondheidsbevordering
4. GGD Amsterdam, Epidemiologie en gezondheidsbevordering



Voorwoord

Sociaal draagvlak is een concept met grote maatschappelijke relevantie. Het gaat over interacties tussen mensen, is dynamisch en is een cruciale factor voor gezondheidsbevordering. Zonder draagvlak zal er niets gebeuren. Eigenlijk is het vreemd dat er nu pas uitvoerig gekeken is hoe sociaal draagvlak gefaciliteerd en geëvalueerd kan worden. Vooral ook omdat sociaal draagvlak rechtstreeks bijdraagt aan gezondheid. Ook is sociaal draagvlak een middel voor gezondheidswinst. Dit rapport toont aan hoe de factor sociaal draagvlak in gezondheidsbevordering de aandacht kan krijgen die het verdient.

Het project is in het kader van het pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering uitgevoerd en is gefinancierd door ZonMw. Het is verrijkend en constructief om met zoveel verschillende mensen verder te bouwen aan het Referentiekader Gezondheidsbevordering. We willen graag Hans Saan en Willy de Haes bedanken voor hun initiatief. Zowel voor het bij elkaar brengen en houden van de mensen als de inhoudelijke afstemming waardoor het inzicht in en de kennis van gezondheidsbevordering gegroeid is.

Graag bedanken we ook de mensen werkzaam bij de GGD Eindhoven, de GGD Amsterdam en de GGD Gelre-IJssel. Zonder hun prettige samenwerking hadden we de meetinstrumenten niet kunnen ontwikkelen en zeker niet kunnen toetsten in de praktijk. In onze beleving is door dit project het draagvlak om met elkaar samen te werken nog groter geworden. Ook bedanken we de experts die eerdere versies van dit rapport hebben gelezen en ons suggesties hebben gedaan over hoe verder.

Annemarie Wagemakers, Lenneke Vaandrager en Maria Koelen.

Inhoud

Voorwoord	5
1. Inleiding	11
1.1. Aanleiding	11
1.2. Sociaal draagvlak	11
1.3. Referentiekader Gezondheidsbevordering	12
1.4. Uitgangspunten gezondheidsbevordering	14
1.5. Evaluatie gezondheidsbevordering	16
1.6. Methode van onderzoek	21
1.7. Dit rapport	22
2. Begrippen en definities	23
2.1. De verschillende begrippen	23
2.2. Sociaal draagvlak	25
2.3. Intersectorale samenwerking	26
2.4. Community participatie	29
2.5. Empowerment	32
2.6. Sociale cohesie en sociale steun	34
2.7. Sociaal kapitaal	34
2.8. Samenvatting	35
3. Variabelen voor samenwerken en participeren	37
3.1. Inleiding	37
3.2. Fasen van samenwerken en participeren	37
3.3. Dimensies van samenwerken	38
3.4. Mate van participatie en samenwerken	39
3.5. Kwalitatieve en kwantitatieve variabelen	40
3.6. Samenvatting	43
4. Meetinstrumenten en werkwijzen	45
4.1. Inleiding	45
4.2. Intersectorale samenwerking	46
4.3. Community participatie	47
4.4. Samenvatting	48
5. Ontwikkeling van de meetinstrumenten en toepassing	49
5.1. Ontwikkeling van meetinstrumenten	49
5.2. Checklist intersectorale samenwerking Eindhoven	58
5.3. Checklist intersectorale samenwerking AGORA	61
5.4. Vragenlijst doelgroep participatie Amsterdam	64
5.5. Vragenroute focusgroepgesprek Amsterdam	65
5.6. Samenvatting	66
6. Conclusies en aanbevelingen	67
6.1. Sociaal draagvlak in gezondheidsbevordering	67
6.2. Het begrip sociaal draagvlak	67
6.3. Het evalueren van sociaal draagvlak	68
6.4. En verder	70
6.5. Tot besluit	70
Eindnoten	71
Literatuur	72

Handleidingen

Handleiding 1. Checklist intersectorale samenwerking	81
Handleiding 2. Waarderend interviewen	86

Bijlagen

Bijlage 1. Samenstelling team	87
Bijlage 2. Geraadpleegde experts	88
Bijlage 3. De participatieladder van Pretty	89
Bijlage 4. Het participatie meetinstrument van Rifkin	90
Bijlage 5. Overzicht van meetinstrumenten intersectorale samenwerking.....	91
Bijlage 6. Overzicht van meetinstrumenten community participatie	97
Bijlage 7. Checklist intersectorale samenwerking Eindhoven.	102
Bijlage 8. Terugkoppeling checklist Eindhoven.	105
Bijlage 9. Checklist intersectorale samenwerking AGORA.	107
Bijlage 10. Vragenlijst doelgroep participatie Ghanese vrouwen	109
Bijlage 11. Vragenroute diabetespreventie	115

Figuren

Figuur 1. Referentiekader Gezondheidsbevordering	13
Figuur 2. Samenhang en raakvlakken begrippen sociaal draagvlak.....	23
Figuur 3. Sociaal draagvlak in het Referentiekader Gezondheidsbevordering.	25
Figuur 4. Sociaal draagvlak in organisaties en tussen organisaties	29
Figuur 5. Typologie van sociale verandering	32

Tabellen

Tabel 1. Dimensies van het samenwerken in verschillende fasen.	39
Tabel 2. Variabelen voor samenwerken en participeren.	42
Tabel 3. Meetinstrumenten intersectorale samenwerking naar fase.....	47
Tabel 4. Meetinstrumenten community participatie	48
Tabel 5. Probleemgerichte benadering en waarderend interviewen	50
Tabel 6. Overzicht gekozen meetinstrumenten.....	53
Tabel 7. Variabelen gemeten door de checklist intersectorale samenwerking Eindhoven	59
Tabel 8. Variabelen gemeten door de checklist intersectorale samenwerking AGORA.....	63

Meetinstrumenten

Meetinstrument 1. Checklist werkgroep 'Hart voor Lakerloper'	54
Meetinstrument 2. Vragenlijst doelgroep participatie.....	55
Meetinstrument 3. Vragenroute voor focusgroepgesprek	57

Boxen

Box 1.	Uitgangspunten in de praktijk.....	15
Box 2.	Meer principe dan praktijk	18
Box 3.	Systeemdenken	19
Box 4.	Participatief en actiebegeleidend onderzoek	20
Box 5.	Triangulatie	21
Box 6.	Salutogenese	21
Box 7.	Het effect van intersectorale samenwerking	27
Box 8.	Samenwerkingsstrategieën	28
Box 9.	Doelgroep Participatie.....	30
Box 10.	Wie zijn de community?	30
Box 11.	Participatie van allochtonen	31
Box 12.	Factoren van invloed op empowerment	33
Box 13.	Het opstarten van samenwerking.....	38
Box 14.	Validiteit indicatoren.....	40
Box 15.	Tools voor intersectorale samenwerking.....	45
Box 16.	Tools voor community participatie.....	46
Box 17.	Participatieladders	46
Box 18.	Appreciative Inquiry	50
Box 19.	Focusgroepgesprekken	52
Box 20.	Big!Move	52
Box 21.	Slotconferentie Referentiekader	65

1. Inleiding

1.1. Aanleiding

Het pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering heeft tot doel het toetsen en verder ontwikkelen van het Referentiekader Gezondheidsbevordering (Saan en De Haes, 2005). Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) heeft subsidie gekregen van ZonMw om een aantal factoren van het Referentiekader nader uit te werken en te toetsen in de praktijk. Sociaal draagvlak is er één van.

Sociaal draagvlak is tot op heden niet eenduidig geoperationaliseerd. Het gevolg is dat het meten en evalueren van sociaal draagvlak in de praktijk van gezondheidsbevordering nog nauwelijks aan de orde is.

Sociaal draagvlak staat midden in het Referentiekader Gezondheidsbevordering: middelste kolom, middelste factor (zie figuur 1). En dat is waarschijnlijk niet voor niets. Sociaal draagvlak is belangrijk voor het welslagen van programma's ter bevordering van gezondheid. Dit geldt voor allen die betrokken zijn bij gezondheidsbevordering: beleidsmakers, professionals en de doelgroep.

Wageningen Universiteit heeft het begrip sociaal draagvlak uitgewerkt samen met de GGD Eindhoven, de GGD Amsterdam en de GGD Gelre-IJssel (bijlage 1). Dit rapport is het verslag van de uitwerking van het begrip sociaal draagvlak in verschillende stappen: het definiëren en operationaliseren van sociaal draagvlak, het in kaart brengen van de werkwijzen en meetinstrumenten om sociaal draagvlak te meten en te evalueren, het (verder) ontwikkelen van een aantal meetinstrumenten en het toetsen van deze meetinstrumenten in de praktijk.

1.2. Sociaal draagvlak

Sociaal draagvlak is uitgewerkt aan de hand van de begrippen participatie en samenwerken. Immers, door participatie en door samenwerking ontstaat sociaal draagvlak. Dit is een belangrijke reden dat in zogeheten community-based programma's op het terrein van gezondheidsbevordering zowel participatie als samenwerken als essentiële elementen opgenomen worden. Als het gaat om instellingen en organisaties wordt gesproken over intersectorale samenwerking. Gaat het om participatie van de doelgroep, dan wordt de term doelgroep participatie of community participatie vaak gebruikt. Participatie is één van de zeven principes van het Referentiekader Gezondheidsbevordering (Saan en De Haes, 2007).

Doorgaans worden participatie en samenwerking gezien als middel om de resultaten van een community-based programma te verbeteren met als uiteindelijk doel meer gezondheid. Echter, participatie en samenwerken zijn meer dan alleen een middel en kunnen ook gezien worden als een doel op zichzelf, zoals onderstaande punten laten zien:

- Participatie draagt op zichzelf direct bij aan gezondheid doordat het mensen uitnodigt samen aan hun gezondheid te werken, waardoor zij meer greep krijgen en ook nemen op hun gezondheid. Door samen te werken ontstaat sociaal draagvlak en ook

onderlinge steun of sociale cohesie hetgeen de gezondheid van mensen positief beïnvloedt (Saan en De Haes, 2007).

- Samenwerking draagt eraan bij dat schotten tussen sectoren en tussen lagen doorbroken worden. Doordat burgers, professionals en politici gezamenlijk aan tafel zitten om gezondheid te bevorderen wordt de kans op tegenwerking verkleind (Saan en De Haes, 2007).
- Wanneer er wordt geparticipeerd en samengewerkt, er dus sociaal draagvlak is, is er tevens een basis gelegd voor nieuwe activiteiten. Deze zogeheten 'spin-off' kan bijvoorbeeld ontstaan doordat professionals die eerder met elkaar samengewerkt hebben elkaar weten te vinden voor nieuwe initiatieven. Ook kan het zijn dat de doelgroep zelf vraagt om nieuwe activiteiten.

Een voorbeeld van het laatste punt, spin-off, komt uit Westerpark, Amsterdam. GGD Amsterdam heeft daar activiteiten opgezet en uitgevoerd voor allochtone vrouwen. Allochtone mannen hebben vervolgens gevraagd of er voor hen ook zorgelijke activiteiten opgezet kunnen worden (Verslag Werkbezoek II Refka Amsterdam, 2007).

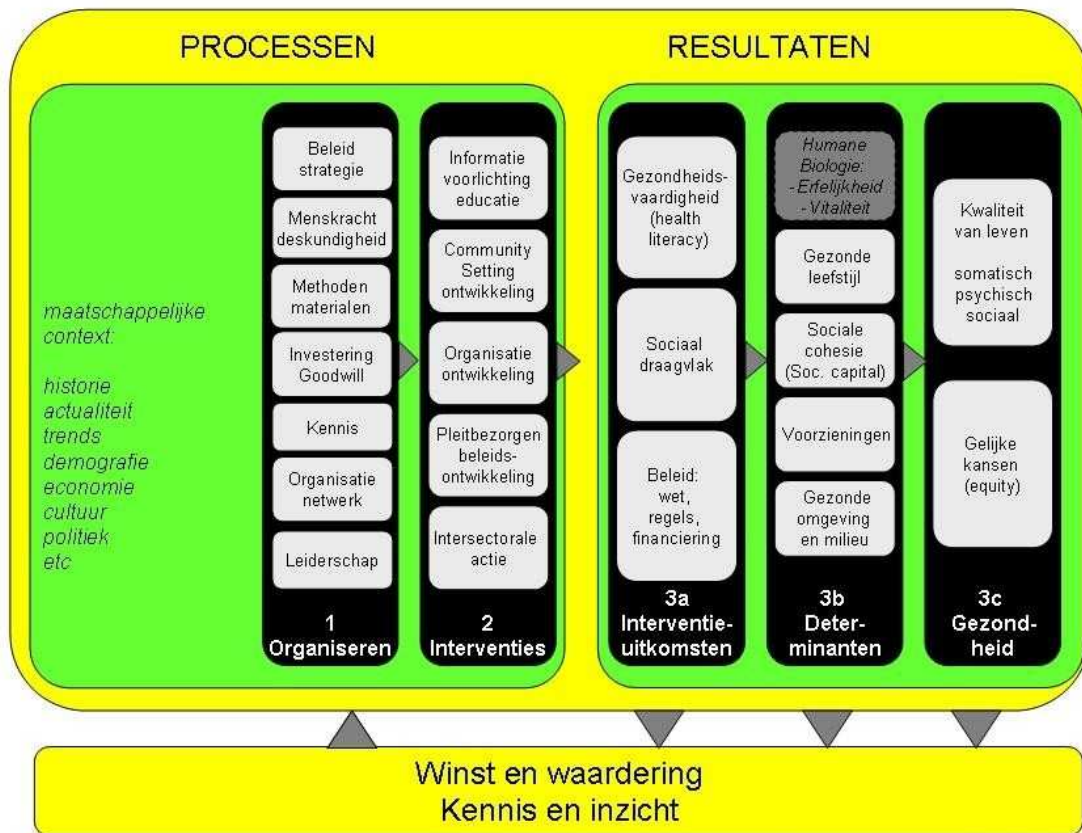
Om aan te tonen dat sociaal draagvlak ontstaat, aanwezig is en groeit, moeten de sociale processen in en rondom een project in kaart gebracht worden en geëvalueerd worden. Tot op heden gebeurt dit slechts beperkt. De begrippen zijn vaak niet helder gedefinieerd en worden door onderzoekers verschillend geoperationaliseerd. Dientengevolge zijn algemeen geaccepteerde methoden en meetinstrumenten nog niet voorhanden of is niet duidelijk waarvoor en wanneer ze ingezet kunnen worden.

De aandacht voor de factor sociaal draagvlak op het terrein van gezondheidsbevordering is betrekkelijk recent. Saan en De Haes (2005) schrijven dat het onderzoek geleidelijk op gang komt. Werken aan sociaal draagvlak is in veel projecten op het terrein van gezondheidsbevordering niet als expliciet doel opgenomen of wordt 'slechts' gezien als drager of stimulans voor individueel gerichte GVO activiteiten. Het gevolg is dat geboekte successen, zoals samenwerking tussen organisaties en participatie door de doelgroep, niet terugkomen in de evaluatie en documentatie van projecten. Dit komt enerzijds doordat de focus vooral uit gaat naar gezondheid en individuele gedragsverandering op het gebied van de leefstijlfactoren en anderzijds doordat het de praktijk ontbeert aan de werkwijzen en instrumenten om sociaal draagvlak te stimuleren en te evalueren.

1.3. Referentiekader Gezondheidsbevordering

Het Referentiekader Gezondheidsbevordering is in 2003 ontwikkeld door Hans Saan en Willy de Haes in samenwerking met professionals. De basis vormde de vier conferenties 'New Health Promotion', over het ontwikkelen, delen en gebruiken van kennis voor gezondheidsbevordering. Het Referentiekader komt tegemoet aan de behoefte vanuit het veld. De uitgangspunten van gezondheidsbevordering staan duidelijk weergegeven en de begrippen zijn helder en eenduidig in kaart gebracht. Het Referentiekader is bedoeld als hulpmiddel voor gezondheidsbevordering voor zowel beleid, onderzoek als praktijk (Saan en De Haes, 2005, p 55). Beleid, onderzoek en praktijk hebben een gelijkwaardige rol en zijn afhankelijk van elkaar.

REFERENTIEKADER GEZONDHEIDSBEVORDERING



Hans Saan, NIGZ en Willy de Haes, GGD Rotterdam, 2005

Figuur 1. Referentiekader Gezondheidsbevordering (Saan en De Haes, 2005).

Gezondheidsbevordering is complex. Het Referentiekader laat zien dat veel factoren een rol hebben in en van invloed zijn op het bevordering van gezondheid en gezond gedrag en dat deze factoren met elkaar samenhangen. Het tot stand brengen van sociaal draagvlak is in het Referentiekader enerzijds een interventie uitkomst, anderzijds een voorwaarde voor volgende resultaten. Ook hebben interventies een effect op sociaal draagvlak en dus op de waardering bij publiek, professionals, onderzoekers en beleidsmakers. Dit is onderdeel van capacity building, één van de zeven onderliggende principes van het Referentiekader Gezondheidsbevordering, zoals in mei 2007 door Saan en De Haes (2007) toegelicht. De principes zijn uitgewerkt naar aanleiding van het gebruik van het Referentiekader in de praktijk. Daarin is duidelijk geworden dat het model voldoende complex is om tegemoet te komen aan de realiteit van de praktijk, maar dat onderliggende principes benadrukt moeten worden. Ook complexiteit wordt toegelicht, en als uitdaging opgepakt. De zeven onderliggende principes van het Referentiekader zijn (Saan en De Haes, 2007):

1. Participatie als hoeksteen
2. Integrale gezondheid
3. Equity check (gelijke kansen op gezondheid) noodzaak
4. Determinanten belemmeren of bevorderen
5. Capacity building
6. Projecten als bouwsteen
7. Complexiteit als uitdaging.

Met name 'participatie als hoeksteen' komt bij de uitwerking van sociaal draagvlak tot zijn recht. Bij de verdere uitwerking is oog gehouden voor de plaats van sociaal draagvlak binnen het Referentiekader en de relatie met de andere begrippen. De twee belangrijkste begrippen zijn samenwerken en participeren. Zowel samenwerking tussen organisaties (intersectorale samenwerking) als participatie van de doelgroep zijn belangrijke hoekstenen voor gezondheidsbevordering (WHO, 1986; WHO, 2005; Saan en De Haes, 2005 en 2007).

1.4. Uitgangspunten gezondheidsbevordering

Binnen de gezondheidsbevordering wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van zogenaamde wijkgerichte of community projecten om gezondheid te bevorderen. Hierbij zijn intersectorale samenwerking en participatie van de community of doelgroep bij de ontwikkeling en uitvoering van projecten sleutelbegrippen. Deze uitgangspunten komen ook terug in belangrijke handvesten zoals het 'Ottawa Charter on Health Promotion' (1986) en het 'Bangkok Charter on Health Promotion' (2005). Volgens de WHO Working Group on Health Promotion Evaluation (Rootman, 2001) zijn de principes van gezondheidsbevordering:

- empowerment van individuen en community;
- participatie in alle stadia en processen;
- holistisch, dat wil zeggen zowel de fysieke, mentale, sociale als spirituele gezondheid;
- intersectoraal;
- gericht op gelijkheid en sociale rechtvaardigheid;
- duurzaamheid en
- het gebruik van verschillende strategieën en combineren van verschillende strategieën voor gezondheidsbevordering.

De principes van gezondheidsbevordering overlappen ten dele met de zeven principes van Saan en De Haes (2007), zoals beschreven in de vorige paragraaf. Meer over het toepassen van de principes in de praktijk is te lezen in box 1.

Box 1. Uitgangspunten in de praktijk

Het toepassen van de uitgangspunten van gezondheidsbevordering in de praktijk vraagt om een gedegen voorbereiding: tijd en inzet is vereist om samenwerkingspartners te betrekken en betrokken te houden. Een voorbeeld is een project in Eindhoven. De GGD Eindhoven is in 1998 gestart met het project Wijkgezondheidswerk in twee zogeheten impulsbuurten. De bereidheid tot samenwerken was aanwezig, maar door de lange tijd voordat het project werkelijk van start kon gaan, ruim een jaar later, was het project in een impasse geraakt en moest min of meer opnieuw gestart worden met de invulling van het project en de taak en rolverdeling van de verschillende samenwerkingspartners (Wagemakers e.a., 2007).

Een andere illustratie is Hartslag Limburg, waar gedurende drieëneenhalf jaar gebouwd is aan een infrastructuur waarin werd voorzien in een uitgebreide samenwerking tussen praktijk, onderzoek en beleid (Ruland e.a., 2006). De kenmerken uit het Ottawa Charter, participatie van lokale gemeenschappen, de realisatie van een gezondheidsbevorderende omgeving, pleitbezorging voor gezond beleid en een heroriëntatie van curatie naar preventie, kregen in deze structuur een plaats.

In community based projecten voor gezondheidsbevordering worden intersectorale samenwerking en doelgroep participatie beiden nagestreefd (Harting en Van Assema, 2007). Intersectorale samenwerking is van belang omdat organisaties gezamenlijk meer bereiken kunnen dan één organisatie dat kan (Koelen en Van den Ban, 2004). Intersectorale samenwerking versterkt de ontwikkeling van de interventie, vergemakkelijkt de implementatie en vergroot het bereik van de interventie. In de meeste community-based projecten in Nederland wordt intersectorale samenwerking op deze functionele wijze beschreven (Harting en Van Assema, 2007, p. 41).

Een belangrijke reden voor het betrekken van de doelgroep is dat organisaties beter kunnen aansluiten op en bij de behoeften die er zijn. Programma's zullen tot betere resultaten leiden wanneer deze ontwikkeld en uitgevoerd worden in samenspraak met de doelgroep. De doelgroep zal zich meer verantwoordelijk voelen (ownership) doordat zij betrokken zijn bij het programma en de activiteiten (Koelen en Van den Ban, 2004; South e.a, 2005). Participatie wordt dus ook in functionele termen omschreven.

Uit de principes van gezondheidsbevordering blijkt dat het niet alleen om gezond gedrag en vaardigheden op individueel niveau gaat. Er wordt expliciet aandacht besteed aan veranderingen in de sociale en fysieke leefomgeving (Kickbush, 1986; WHO, 1986; Rootman, 2001) en dat mensen grip krijgen op de determinanten van gezondheid. Aandacht voor de sociale en fysieke omgeving heeft een positief effect op gedragsverandering (Barras e.a, 1996; Mechanic, 1999) zonder dat er sprake is van 'blaming the victim' (Bracht, 1990; Green en Kreuter, 1991).

Ook in Nederland wordt het belang van deze benadering gezien. In de voorlaatste kabinetsnota, 'Kiezen voor Gezond Leven' wordt de wijk als setting genoemd (Ministerie VWS, 2003). In de VTV van het RIVM wordt aangegeven dat wijkgerichte interventies, waarmee eveneens de community benadering bedoeld wordt, logisch zijn, gezien het feit dat ongezond gedrag en ongezondheid niet op zichzelf staat, maar een sterke samenhang vertoont met de sociale en fysieke omgeving van mensen (Hollander e.a., 2006, p. 15).

1.5. Evaluatie gezondheidsbevordering

Het toepassen van de principes van gezondheidsbevordering leidt ertoe dat veranderingen beoogd worden op diverse sociale niveaus, en dat de effecten ervan ook op meerdere sociale niveaus gemeten dienen te worden (Goodman, 1998).

Op grond hiervan dient de evaluatie van gezondheidsbevordering gebaseerd te zijn op vier basisprincipes (Rootman, 2001, p. 5):

- Participatie van betrokkenen in de verschillende fasen van een interventie op een passende wijze. Het gaat hierbij om beleidsmakers, mensen uit een community, organisaties, professionals en lokale en nationale gezondheidsorganisaties;
- Gebruik maken van een variatie aan disciplines en op verschillende wijzen gegevens verzamelen;
- Bijdragen aan het vermogen/competentie van individuen, communities, organisaties en beleid om te werken aan gezondheidsbevordering;
- Evaluatie moet passend zijn bij de complexe aard van projecten ter bevordering van gezondheid, de projecten faciliteren en bijdragen aan de duurzaamheid ervan.

Hoewel de community benadering door velen als veelbelovend wordt afgeschilderd (zie o.a. Harting en Van Assema, 2007), is evaluatie ervan niet gemakkelijk en is er nog te weinig bekend over de effectiviteit (Israel e.a. 1995; Tones 1999; Nutbeam, 1999; Nutbeam, 2006; Coombes, 2000; Rimer, 2001; Rootman e.a., 2001; Alting e.a., 2003a; Alting e.a., 2003b; Merzel en D'Afflitti, 2003; Granner en Sharpe, 2004; Saan en De Haes 2005). De contextafhankelijkheid en de inbreng van relevante stakeholders zijn van invloed op de keuze van doelen en interventies en op de vaststelling van onderzoeks- en evaluatievragen en daarmee ook op de bepaling van geschikte onderzoeksmethoden (Coombes, 2000; Koelen en Van den Ban, 2004; Koelen e.a., 2001; Alting e.a., 2003a; Saan en De Haes, 2005). Onderzoek op basis van de principes zoals aangegeven door Rootman (2001) betekent dat in alle stadia ruimte is voor participatie en samenwerken. Een onderzoeksopzet, waarin zorgvuldig wordt gekeken welke indicatoren worden gemeten en op welke wijze en wie daarin betrokken zijn, zit uitdrukkelijk in deze visie verweven, hetgeen tijd kost. Het kost tijd omdat het om een proces gaat waarbij betrokkenen samen bepalen hoe het onderzoek in de gegeven omstandigheden en fase van het project eruit moet zien. Dit is een geheel andere onderzoekswijze dan bijvoorbeeld een Randomized Controlled Trial (RCT), waarbij van buitenaf wordt bepaald wat er gemeten wordt en wanneer, namelijk voor- en nadat de interventie plaatsvindt.

Deze paragraaf is een uitleg van waarom community-based programma's moeilijk evalueerbaar zijn en de RCT niet geschikt is. Vervolgens zijn mogelijke benaderingen en methoden om community-based programma's te faciliteren en evalueren beschreven.

De behoefte om zekerheid te krijgen over de betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid van de uitkomsten van gezondheidsbevordering heeft in eerste instantie geleid tot het gebruik van de Randomised Controlled Trial (RCT) (Saan en De Haes, 2005). Echter, deze RCT's laten tot op heden geen of weinig effecten zien van community-based projecten ter bevordering van gezondheid. Hiervoor zijn een aantal redenen aan te voeren (zie o.a. Roussos en Fawcett, 2000; Verheijden en Kok, 2005; Wagemakers e.a., 2007).

- Vaak wordt op populatieniveau gemeten terwijl de activiteiten maar op een deel van de populatie gericht zijn, waardoor maar een beperkt deel van de populatie deel heeft genomen aan activiteiten. Het systematisch in kaart brengen van de individuele blootselling aan de verschillende interventies wordt meestal niet geprobeerd.
- Voornamelijk wordt gekeken naar uitkomsten op gezondheidsgedrag of gezondheid. Andere uitkomstmaten, zoals sociaal draagvlak of participatie, worden niet meegenomen in de metingen.
- De tijdsspanne waarover gemeten wordt is doorgaans te kort. Meestal is dit vier jaar, in sommige gevallen zelfs maar twee jaar.
- Door onderzoekers wordt vaak veel aandacht besteed aan een voormeting, een nameting, een controle groep en weinig aandacht aan de kwaliteit van het veranderingstraject.

Aansluitend bij de laatst genoemde redenen voor het vinden van geen of weinig effect speelt dat onvoldoende duidelijk is hoe te meten wat wél gemeten moet worden. Voor sociaal draagvlak geldt dat de variabelen nog niet eenduidig in kaart zijn gebracht. De begrippen worden door verschillende onderzoekers anders geoperationaliseerd (South e.a, 2005; Zakocs en Edwards, 2006) en meetinstrumenten worden zelden gebruikt (Roussos en Fawcet, 2000), waardoor de resultaten niet vergelijkbaar zijn. Ook Nederlandse ervaringen in Eindhoven en Amsterdam laten zien dat veranderingen op het terrein van sociaal draagvlak en beleid niet systematisch bijgehouden worden en ook niet onderzocht zijn (Verslag Werkbezoek Refka Eindhoven, 2006; Verslag Werkbezoek II Refka Eindhoven, 2007; Verslag Werkbezoek Refka Amsterdam 2006; Verslag Werkbezoek II Refka Amsterdam, 2007; Verslag Werkbezoek Refka GGD Gelre-IJssel, 2006; zie ook box 2). Hierdoor blijven de geboekte resultaten onzichtbaar. Het is dus noodzakelijk dat er indicatoren ontwikkeld worden waarmee de effectiviteit en kwaliteit van community programma's gemeten kan worden.

Uit de principes van gezondheidsbevordering en bovenstaande gegevens wordt duidelijk dat gezondheidsbevordering een proces is. Het op gang brengen van processen ter bevordering van gezondheid is belangrijk. In evaluatie van gezondheidsbevordering dient dit terug te komen: wanneer er een proces in gang gezet is, is er reeds een eerste effect geboekt. Vanuit de praktijk is er een toenemende vraag naar instrumenten en werkwijzen die processen evalueren en ook faciliteren opdat de opbrengsten van community-based projecten zichtbaar gemaakt worden. Volgens Hollander e.a. (2006, p. 16) ontbreekt het aan meetinstrumenten waardoor gezondheidsbevordering onvoldoende geëvalueerd wordt. Dit rapport komt (ten dele) tegemoet aan de vraag naar meetinstrumenten.

Box 2. Meer principe dan praktijk

In het kader van het pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering hebben vijf werkbezoeken plaats gehad: twee bij de GGD in Eindhoven, twee bij de GGD in Amsterdam en één bij de GGD Gelre-IJssel (Verslag Werkbezoek Refka Eindhoven, 2006; Verslag Werkbezoek II Refka Eindhoven, 2007; Verslag Werkbezoek Refka Amsterdam, 2006; Verslag Werkbezoek II Refka Amsterdam; Verslag Werkbezoek Refka Gelre-IJssel, 2006).

De werkbezoeken in juni 2006 en februari 2007 bij de GGD Eindhoven gingen over het project 'Gezond in de Buurt'. In de jaren 1999-2002 heeft dit project in twee buurten gewerkt aan gezondheidsbevordering door middel van intersectorale samenwerking en doelgroep participatie (Wagemakers e.a., 2007). In de tweede fase is het project uitgebreid naar zes buurten.

In Amsterdam is gedurende het eerste werkbezoek, in juni 2006, het project 'Gezonde leefgewoonten Westerpark, een kwalitatief interventieonderzoek naar overgewicht bij Turkse en Marokkaanse vrouwen' (Van 't Riet e.a., 2005; Van 't Riet e.a., 2006) besproken. Ook in dit project waren intersectorale samenwerking en doelgroep participatie de kernelementen. Het tweede werkbezoek vond plaats in februari 2007 en stond in het teken van nieuwe programma's, waarin de ingrediënten van het project in Westerpark de basis vormden. Bij de GGD Gelre-IJssel ging het werkbezoek in november 2006 over het project 'Alcoholmatiging jeugd in de Achterhoek'.

Uit de werkbezoeken komt naar voren dat sociaal draagvlak van doorslaggevend belang is, maar dat het onvoldoende aandacht krijgt als het gaat om planning, capaciteit en zichtbaarheid. Er wordt vaak enthousiast gestart met de uitgangspunten van gezondheidsbevordering, maar tijdens de rit en vooral tijdens de evaluatie raken de uitgangspunten uit het zicht. Het gevolg is dat sociaal draagvlak niet gemeten wordt en dus niet gerapporteerd. Met name de informele momenten van samenwerken en participatie zijn niet in kaart gebracht. Verder kwam telkens naar voren dat intersectorale samenwerking voortdurend 'onderhoud' behoeft. De benodigde capaciteit hiervoor wordt vaak onderschat en niet ingecalculeerd. Participatie van de doelgroep komt minder goed van de grond dan voorzien en blijft voor de verschillende projecten een aandachtspunt dat veel tijd en energie vraagt. Ook hier geldt dat capaciteit wordt onderschat.

De ervaringen in zowel Eindhoven, Amsterdam als de Achterhoek laten zien dat het Referentiekader een goed hulpmiddel is om zaken adequaat en voortvarend door te lichten.

Gezondheidsbevordering heeft te maken met complexiteit en met sociale processen die zich niet laten vangen binnen de traditionele methoden van onderzoek om effectiviteit aan te tonen. Een standaard model voor evaluatie is niet mogelijk omdat onderzoek moet passen bij het soort programma en de fase waarin het programma verkeert (Judd e.a., 2001). Dit betekent dat één methode of instrument vaak niet voldoende is en een variatie aan methoden en instrumenten ingezet moet worden. Creatieve en gevarieerde methoden zijn belangrijk om zowel professionals als mensen uit de doelgroep te betrekken bij gezondheid. Ook is het van belang dat er voldoende momenten zijn waarop participatie zinvol is (Anderson, 2006; Judd, 2007; Baugh Littlejohns en Smith, 2007).

Vanuit de praktijk is er de vraag naar en behoefte aan methoden en instrumenten die gezondheidsbevordering zowel faciliteren als evalueren.

Vanwege de complexiteit van gezondheidsbevordering en de sociale processen is systeemdenken een bruikbare theorie. Systeemdenken (zie box 3) gaat uit van het geheel en van gezondheid. Dit houdt in dat naar het gehele systeem wordt gekeken in plaats naar alleen onderdelen daarvan. Met andere woorden, weg van het reductionisme (zie o.a. McQueen, 2007). Dit past beter bij de wijze waarop Hargreaves (2007) publieke gezondheid heeft gedefinieerd: 'een complex netwerk van individuen en organisaties die de potentie hebben bij te dragen aan de voorwaarden tot gezondheid'.

Box 3. Systeemdenken

Het systeemdenken is een integrale theorie waarbinnen de complexiteit en de processen van gezondheidsbevordering geplaatst kunnen worden. Het systeemdenken is een perspectief voor de praktijk van gezondheidsbevordering. Naaldenberg e.a. (2007) illustreren dat het systeemdenken een perspectief is dat tegemoet komt aan de complexe praktijk van gezondheidsbevordering en de sociale processen die daarin een rol hebben.

In tegenstelling tot het reductionisme, waarin het geheel wordt opgedeeld in hapbare brokken, gaat systeemdenken uit van het (complexe) geheel, een holistische benadering die recht doet aan de complexiteit van gezondheidsbevordering en aan de voortdurende interactie van de verschillende factoren die daarin een rol hebben (zie o.a. Checkland, 1981; Albrecht e.a., 1998; Van Raak en Paulus, 2001; Best e.a., 2003; Naaldenberg e.a., 2007). Gezondheidsbevordering kan gezien worden als een sociaal systeem waarin intersectorale samenwerking en community participatie een belangrijke plaats innemen. Dit zijn vaak (deels) onzichtbare structuren of netwerken waarin mensen met elkaar samenwerken, waar betrokken actoren ieder vanuit hun eigen percepties, visies, waarden, doelen etc. gezamenlijk werken. Voor de samenwerking is het belangrijk dat deze percepties, visies etc. expliciet gemaakt worden. Dit kan bijvoorbeeld door platforms voor debat te organiseren. Zodoende kan er een gezamenlijk leerproces ontstaan en het systeem verschuift in de gewenste richting (transitie).

Green (2006) schrijft dat het systeemperspectief van belang is omdat onderzoek tot nu toe onvoldoende berust op de realiteit van de praktijk. In tegenstelling tot de RCT, waarin de variabelen gecontroleerd worden door ze 'op constant' te zetten, wordt in het systeemdenken de veranderlijkheid van de variabelen gebruikt voor nadere analyse. Het systeemdenken helpt om om te gaan met diverse factoren die een rol spelen in plaats van deze factoren te beheersen, aldus Green (2006).

Bij het systeemdenken past actiebegeleidend onderzoek. Actiebegeleidend onderzoek (zie box 4) is een methode van onderzoek die, evenals triangulatie (zie box 5), gebruik maakt van 'mixed methodology'. Door het gebruik van meerdere methoden en werkwijzen worden meer en betere gegevens verzameld. Participatief actiebegeleidend onderzoek gebeurt in en met de praktijk zodat de afstemming van onderzoek op en met de praktijk optimaal is.

Als laatste aanknopingspunt voor het op een andere wijze evalueren van gezondheidsbevordering is salutogene interessant. Salutogenese kijkt waarom mensen gezond zijn en blijven (zie box 6).

Een probleem is wel, dat de informatie die vanuit deze andere wijzen van evalueren vergaart wordt, niet vanzelfsprekend als overtuigend bewijs wordt gezien door beleidsmakers, subsidiegevers en ook de wetenschap. Enerzijds is dit toe te schrijven aan het gebrek aan praktijkgericht onderzoek (dit wordt doorgaans niet gefinancierd omdat het onvoldoende wetenschappelijk is), anderzijds aan de waardering die er is voor verschillende soorten onderzoek, waarbij vooral met het werken met cijfers en lineaire verbanden meer ervaring is opgedaan.

Box 4. Participatief en actiebegeleidend onderzoek

Actiebegeleidend onderzoek is een onderzoeksmethode die aansluit bij de uitgangspunten van gezondheidsbevordering (Springett, 2001; Springett, 2003). In participatief en actiebegeleidend onderzoek wordt de community betrokken in het formuleren van de onderzoeksvragen en het toepassen van de resultaten ervan (Green en Mercer, 2001). Participatief actiebegeleidend onderzoek is feitelijk een speciale vorm van actiebegeleidend onderzoek. In actiebegeleidend onderzoek worden de resultaten van het onderzoek gebruikt voor verdere actie. In participatief onderzoek maakt de onderzoeker deel uit van het geheel door samen te werken met andere betrokkenen (Koelen en Van den Ban, 2004, p. 186 en 187).

Kenmerkend voor actiebegeleidend onderzoek is dat de resultaten van onderzoek voortdurend worden teruggekoppeld naar de praktijk opdat op basis daarvan beslissingen kunnen worden genomen voor 'hoe nu verder' (Koelen en Vaandrager, 1999). De actiebegeleidend onderzoeker heeft hierin een cruciale rol: zij of hij verzamelt relevante informatie en koppelt deze terug, inventariseert knelpunten, kansen en oplossingen, werkt met alle betrokkenen samen en staat zowel voor de verschillende individuele belangen als voor het gezamenlijk belang: het wijkgezondheidswerk. Actiebegeleidend onderzoek heeft twee functies: een evaluatiefunctie en een actiefunctie. De evaluatiefunctie bestaat uit het in kaart brengen van de kwaliteit en omvang van zowel de samenwerking als de bewonersparticipatie, alsmede van de knelpunten, wensen en behoeften van betrokkenen. De actiefunctie is gekoppeld aan de feedback en geeft richting aan de voortgang: wanneer zich kansen voordoen worden deze opgepakt en wanneer problemen ontstaan worden deze snel opgelost (Koelen e.a., 2001). Deze feedback draagt bij aan het betrekken en motiveren van mensen (DiClemente e.a., 2001) en stimuleert tegelijkertijd de samenwerking tussen praktijkmensen en onderzoekers (Health Development agency, 2000; De Koning en Martin, 1996). Op basis van feedback kan actie ondernomen worden. Dit kan gelden voor het programma maar ook voor het onderzoek. Voorbeelden waarin het onderzoek bijgesteld werd naar aanleiding van actiebegeleidend onderzoek zijn het wijkgerichte gezondheidswerk in Eindhoven (Wagemakers, 2000; Wagemakers en Koelen, 2001) en het 'heart health project' in Canada (Naylor e.a., 2002). In beide projecten is op basis van feedback van de participanten de focus van het onderzoek verschoven van kwantitatief naar meer kwalitatief onderzoek.

Participatief onderzoek wordt gedefinieerd als systematisch onderzoek, in samenwerking met degenen waarop het onderwerp van studie betrekking heeft, met het doel te leren van elkaar en actie te ondernemen om effectieve veranderingen tot stand te brengen (Green, 2007).

De kracht van participatieve methoden ligt in de bijdrage aan empowerment en sociale verandering, de belangrijkste principes van gezondheidsbevordering. Met andere woorden: participatieve evaluatie is een strategie van gezondheidsbevordering (Springett, 2001). Participatief onderzoek is een vorm van empowerment omdat het mensen helpt te leren door en van het onderzoeken. In iedere fase van een programma of project zijn actoren betrokken waardoor de mensen meer greep krijgen op hun situatie (Saan en De Haes, 2005, p. 196 en 197). In participatief en actiebegeleidend onderzoek kunnen, evenals bij procesevaluatie (Kloek, 2004; Kloek e.a., 2006; Ronda e.a., 2004; Schulz e.a., 2005; Assema e.a. 2006; Butterfoss, 2006) verschillende methoden en instrumenten ingezet worden, zoals documentanalyse, vragenlijsten, checklisten, interviews, focusgroepen, logboek, feedback etc.

Criteria voor participatief onderzoek zijn opgesteld door Green en te vinden op zijn site:

<http://lgreen.net/guidelines.html> (zie ook Mercer, 2007). De criteria bestaan uit vragen over onder andere de participanten en hun betrokkenheid, het doel van het onderzoek en de aard van de uitkomsten, processen en methodologische gevolgen. De criteria kunnen zowel gebruikt worden door onderzoekers op het terrein van gezondheidsbevordering om participatief onderzoek te begeleiden of om projecten te beoordelen op de mate van 'participatief' zijn door bijvoorbeeld subsidieverstrekkers.

Het faciliteren van participatieve processen is een belangrijke taak van professionals in participatief en actiebegeleidend onderzoek. Het kritisch reflecteren op de eigen belangen, percepties, waarden en handelen is een belangrijke uitdaging (zie o.a. Groot, 2003).

Box 5. Triangulatie

Triangulatie betekent het gebruik van meer dan één benadering om een bepaalde vraag te beantwoorden. Door meerdere bronnen, meerdere methoden en meerdere onderzoekers in te zetten kan informatie 'gecross-checkt' worden (Koelen en Van den Ban, 2004, p. 201). Het inzetten van verschillende meetinstrumenten verhoogt de kwaliteit van de conclusies. Door triangulatie is het mogelijk om de bias inherent aan de ene methodologie te vermijden, opdat de validiteit zo groot mogelijk is. Dit betekent dat evaluatie onderzoek continu plaats moet hebben evenals feedback en reflectie (Roussos en Fawcett, 2000). Het gebruik van zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens wordt aanbevolen om een zo compleet mogelijke meting te krijgen en inzicht op te doen in de ontwikkeling, het functioneren en de impact van samenwerkingsverbanden (Goodman e.a., 1995; Goodman e.a., 1998; Israel e.a., 1998). Echter, in welke mix is nog onontgonnen terrein. Tones (1999) beschrijft vijf manieren van triangulatie: van gegevens, van onderzoekers, van theorie, interdisciplinair en methodisch. Het trianguleren van methoden is betrekkelijk nieuw op het terrein van gezondheidsbevordering (zie Greene e.a., 2001 en Saan en De Haes, 2005).

Box 6. Salutogenese

Het begrip salutogenese is ruim twintig jaar geleden geïntroduceerd door Antonovsky (1979; 1987; Lindström en Eriksson, 2006). De fundamentele vraag waar het om gaat in de salutogenese is 'wat houdt mensen gezond' (ondanks alles). Deze vraag staat tegenover de gangbare benadering om te zoeken naar de oorzaken van ziekten. In de theorie van salutogenese speelt het begrip 'sense of coherence' een belangrijke rol, in de zin dat de manier waarop mensen naar hun eigen leven kijken een positieve invloed heeft op gezondheid.

1.6. Methode van onderzoek

Wageningen Universiteit werkt samen met de GGD Eindhoven, de GGD Amsterdam en GGD Gelre-IJssel aan de factor 'sociaal draagvlak' in de context van gezondheidsbevordering. Met de GGD Eindhoven wordt al sinds 1998 samengewerkt. Vanuit Wageningen is participatief actiebegeleidend onderzoek uitgevoerd in het project 'Wijkgezondheidswerk' van 1999 tot 2002. Na afloop is Wageningen betrokken gebleven bij het vervolg van dit project onder de nieuwe naam 'Gezond in de buurt'. Met de GGD in Amsterdam bestaat eveneens een lange samenwerkingsrelatie sinds 1999, onder andere in het project 'Gezonde Leefgewoonten Westerpark'. Daarnaast neemt Wageningen Universiteit deel aan de Academische Werkplaats AGORA, samen met de GGD Gelre-IJssel.

Het uitwerken van de factor sociaal draagvlak is in vier stappen gedaan:

1. Het definiëren en operationaliseren van het concept sociaal draagvlak en aanverwante begrippen.
2. Het inventariseren van bestaande werkwijzen en meetinstrumenten en de ervaringen ermee.
3. Het verder ontwikkelen van bestaande instrumenten of het ontwikkelen van nieuwe instrumenten.
4. Het toetsen van deze instrumenten in de praktijk van de drie GGD'en.

Voor het uitwerken van de eerste stap is in de literatuur op het terrein van gezondheidsbevordering gezocht naar artikelen en boeken waarin de begrippen sociaal draagvlak, intersectorale samenwerking en community participatie en ook aanverwante begrippen beschreven zijn. Ook de bevindingen vanuit de verschillende werkbezoeken vanuit

het pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering zijn hierin verwerkt (zie box 2). De begrippen zijn gedefinieerd en beschreven en dit stuk (een eerdere versie van hoofdstuk 2) is voorgelegd aan experts (bijlage 2).

De input voor stap 2, de inventarisatie van bestaande werkwijzen en instrumenten, bestond uit de suggesties van de experts, de al eerder gevonden literatuur en een zoektocht in 'Scopus' en 'Scirus' op (combinaties van) trefwoorden ('tools', 'participation', 'collaboration', 'evaluation' and 'health promotion').

Voor stap drie en vier is de praktijk van de GGD'en bepalend geweest en zijn de meetinstrumenten en werkwijzen daarvoor ontwikkeld, aangepast en getoetst. Stap vier is gedeeltelijk gerealiseerd. In Eindhoven is in het kader van het actiebegeleidend onderzoek in Lakerlopen (Dijkema, 2007a) een instrument voor het faciliteren en evalueren van intersectorale samenwerking aangepast en getoetst. Hetzelfde instrument, met enige aanpassingen, is gebruikt binnen de Academische Werkplaats AGORA. Samen met de GGD Amsterdam zijn verschillende instrumenten ontwikkeld in het kader van diabetespreventie. Voor Ghanese vrouwen is een vragenlijst ontwikkeld met vragen voor sleutelinformanten en vragen voor Ghanese vrouwen. Voor mensen die al in een beweeginterventie zitten – dit zijn voornamelijk Hindoestanen - is een vragenroute voor een focusgroepgesprek gemaakt.

De ontwikkelde instrumenten zijn gepresenteerd in twee workshops op de slotconferentie 'Het Referentiekader Gezondheidsbevordering verder uitgediept' gehouden op 16 mei 2007 in Rotterdam. De bevindingen uit de discussies zijn meegenomen in de resultaten. Een conceptversie van dit rapport is opnieuw voorgelegd aan een aantal van de experts (bijlage 2). Ten dele zijn dit dezelfde experts als in de eerste ronde. Een aantal nieuwe experts is toegevoegd vanwege hun expertise en/of betrokkenheid. Op grond van het commentaar van de experts is dit rapport definitief gemaakt.

1.7. Dit rapport

Sociaal draagvlak is gerelateerd aan verschillende begrippen, waaronder intersectorale samenwerking en community participatie. Dit rapport beoogt de gemeenschappelijke basis die onder de verschillende begrippen ligt op één lijn te krijgen.

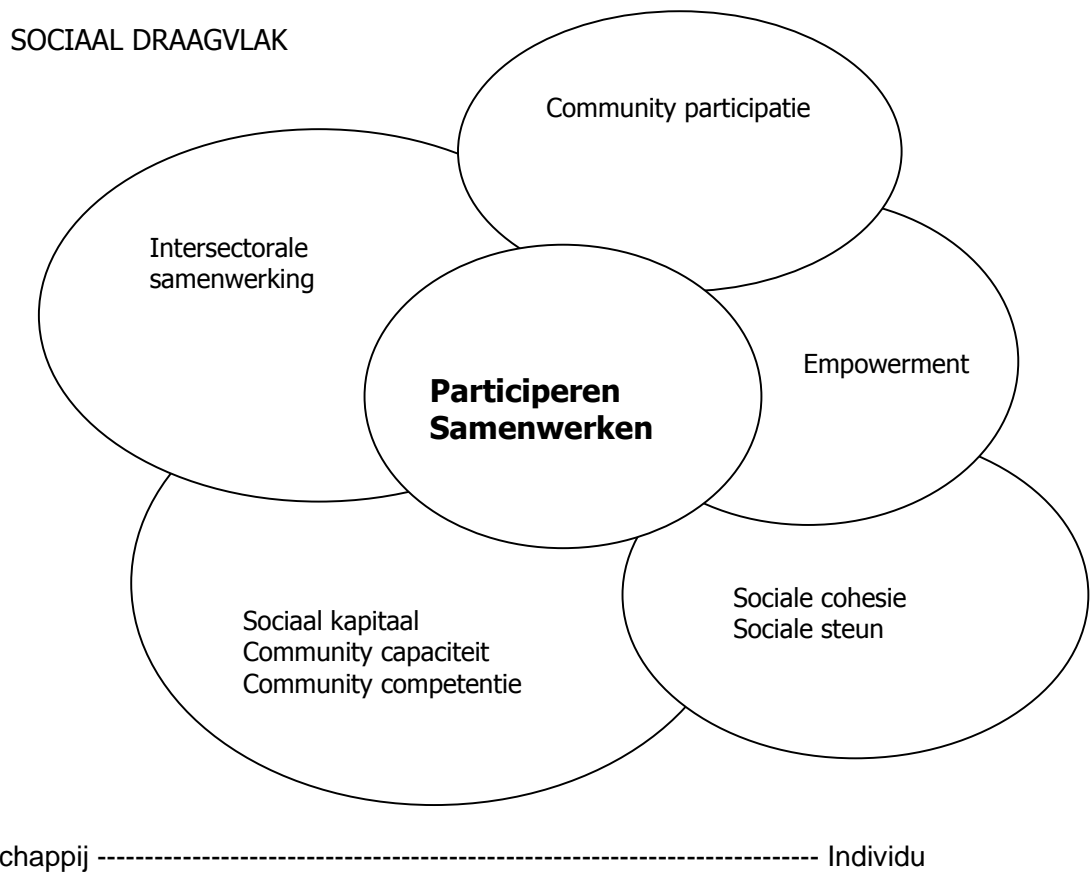
In het volgende hoofdstuk worden de begrippen sociaal draagvlak, intersectorale samenwerking en community participatie gedefinieerd en toegelicht. Ook aanverwante begrippen, zoals empowerment, sociale cohesie, sociale steun en sociaal kapitaal worden gedefinieerd, met het doel helderheid te scheppen in de betekenis van de verschillende begrippen en zicht te krijgen op het kader waarbinnen deze begrippen gebruikt worden. Op basis van de definities en omschrijvingen is operationalisering van de begrippen in variabelen en indicatoren mogelijk, hetgeen in het derde hoofdstuk beschreven is.

Hoofdstuk vier beschrijft de gevonden meetinstrumenten en de bijbehorende werkwijzen voor zowel intersectorale samenwerking als community participatie. Vervolgens wordt in het vijfde hoofdstuk de keuze voor de selectie van de meetinstrumenten uitgelegd en is beschreven hoe de meetinstrumenten ontwikkeld zijn en toegepast zijn in de praktijk. Het rapport besluit met conclusies en geeft handreikingen voor vervolg in de vorm van aanbevelingen.

2. Begrippen en definities

2.1. De verschillende begrippen

Sociaal draagvlak is binnen het Referentiekader een uitkomstmaat op mesoniveau. Sociaal draagvlak kan zowel gezien worden als voorwaarde, als proces en als uitkomst. Om sociaal draagvlak ten behoeve van een doel te vergroten, zowel op individueel niveau als op maatschappelijk niveau, wordt via de interventies gewerkt aan intersectorale samenwerking en community participatie. Dan zijn intersectorale samenwerking en community participatie middel, maar intersectorale samenwerking en community participatie kunnen ook het doel zijn. De doelen kunnen ook in termen van empowerment, sociaal kapitaal, gezond gedrag of gezondheid beschreven worden.



Figuur 2. Samenhang en raakvlakken begrippen sociaal draagvlak

Samenwerking en participatie dragen bij aan het tot stand komen van draagvlak. Participatie wordt vaak in verband gebracht met empowerment, reden om ook dit begrip toe te lichten. Voorts zijn ook de begrippen 'sociale cohesie', 'sociale steun' en 'sociaal kapitaal' van belang. In dit hoofdstuk zijn de verschillende begrippen gedefinieerd. In figuur 2 is weergegeven hoe de begrippen onderling met elkaar samenhangen en elkaar ook overlappen. Helderheid in de begrippen is nodig om duidelijk te hebben waar het over gaat en wat er geoperationaliseerd en vervolgens gemeten kan worden.

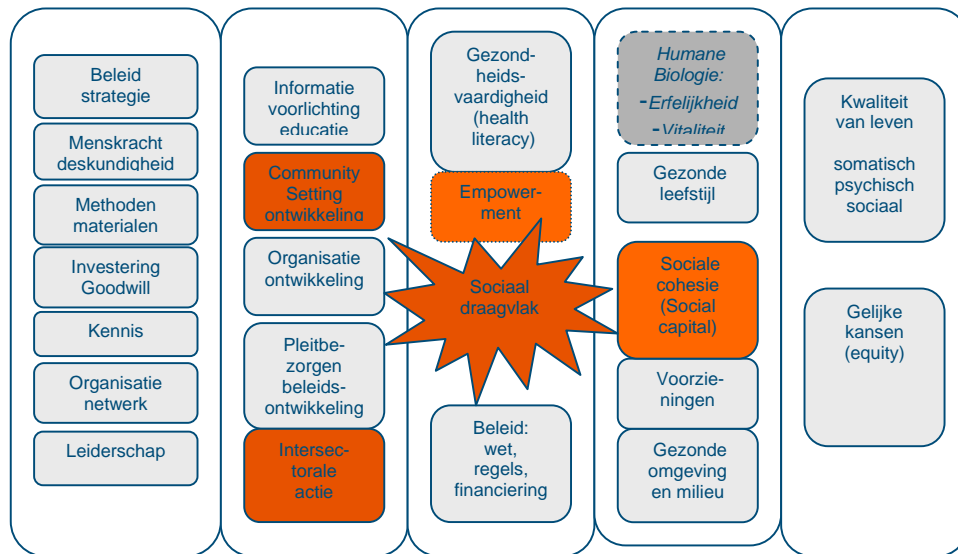
Sociaal draagvlak heeft te maken met participeren en samenwerken, de twee centraal gestelde werkwoorden in deze figuur. Het idee hierachter is dat wanneer wordt samengewerkt en geparticipeerd, er veranderingen optreden op het niveau van het individu en op het niveau van de maatschappij.

Samenwerken en participeren zijn werkwoorden, dat betekent 'actief zijn'. De beide begrippen overlappen elkaar. Participeren gaat gepaard met samenwerken. Samenwerken kan niet zonder te participeren (aan een project, een programma, etc.). De overlap van beide begrippen heeft ook gevolgen voor de operationalisatie van de begrippen omdat dezelfde variabelen van toepassing zijn.

Meetinstrumenten worden vaak op individueel niveau toegepast. Door de gegevens verkregen op individueel niveau samen te voegen (accumuleren) komt er informatie over de samenleving, immers individuen zijn samen de samenleving. Er bestaan ook werkwijzen om op 'samenlevingsniveau' te meten, bijvoorbeeld door observatie, netwerken in kaart brengen en focusgroep gesprekken.

De lijn onder de figuur: 'Maatschappij – Individu' is bedoeld om het verschil tussen beiden aan te geven, zoald dat ook terug komt in de begrippen. Bijvoorbeeld geldt voor empowerment dat er onderscheid gemaakt wordt tussen individuele empowerment en community empowerment. Community participatie komt tot stand door participatie van individuen uit een community, terwijl sociale cohesie en sociale steun gezien worden als attributen van individuen. Bijvoorbeeld doordat een individu een ander individu helpt of steunt. Dit is van invloed op de samenleving: het beïnvloedt de sociale structuur. Dit zijn allemaal aspecten van sociaal draagvlak.

Sociaal draagvlak en de relatie met de andere begrippen is ook binnen het Referentiekader uit te beelden. De lijn individu – maatschappij is ook in het Referentiekader aangebracht, maar dan van boven naar beneden. In figuur 3 is een deel van het Referentiekader te zien, sociaal draagvlak en de relaties met de andere begrippen. In het Referentiekader zijn de begrippen als dakpannen te zien, die ten dele over elkaar heen liggen. In de praktijk bestaan de begrippen vaak naast elkaar, met elk een eigen 'onderzoekstraditie'. Dit hoofdstuk laat zien hoe de begrippen met elkaar verbonden zijn.



Figuur 3. Sociaal draagvlak in het Referentiekader Gezondheidsbevordering.

2.2. Sociaal draagvlak

Draagvlak betekent in het algemene taalgebruik: ondersteuning, goedkeuring door de gemeenschap. Sociaal draagvlak kan betrekking hebben op 1. individuele beslissingen en 2. op maatschappelijke veranderingen (Saan en De Haes, 2005, p. 111).

1. Het sociaal draagvlak voor gezond gedrag of gezondheid op individueel niveau kan vanuit een breder sociologisch perspectief en een sociaal-psychologisch perspectief benaderd worden. Deze liggen in elkaars verlengde. Het breder sociologisch perspectief gaat uit van sociale netwerken. Sociale netwerken zijn een determinant voor gezondheid. Sociale netwerken beïnvloeden normen en gewoontes rond gezondheid, zoals bijvoorbeeld roken, alcoholconsumptie, voedingsgewoonten etcetera (Berkman e.a., 2000). In het sociaal-psychologisch perspectief speelt de nabije sociale omgeving, het sociale netwerk van familie, vrienden en collega's een rol bij de meningsvorming en gedragskeuzen van het individu. Er is 'sociale steun' indien de invloed overeenkomt met de wensen van de ontvanger. Sociale druk ontstaat wanneer dit niet het geval is. Sociale weerbaarheid of assertiviteit helpt om om te gaan met die druk. De sociale omgeving kan betrokken worden ten behoeve van het te bereiken doel: bijvoorbeeld ouders op een school betrekken of sleutelfiguren uit de politiek betrekken (Saan en De Haes, 2005, p. 124).
2. Maatschappelijk draagvlak is vaak een mengeling van politieke bereidheid, steun uit instellingen en geledingen, een goede pers en steun in de publieke opinie (Saan en De Haes, 2005, p. 111). In de praktijk wordt maatschappelijk draagvlak veelal situatiespecifiek ingevuld. Draagvlak is afhankelijk van verschillende factoren, bijvoorbeeld van de mate waarin de overlegpartners representatief zijn voor de organisatie. Voorts is draagvlak variabel in tijd, in plaats en in betrokkenheid van de samenwerkingspartners.

De omschrijving van sociaal draagvlak, o.a. door Saan en De Haes (2005, p. 111), is veelal in passief geformuleerd, in de zin dat het gaat om goedkeuring, om acceptatie. Bijvoorbeeld acceptatie van beleid. Onterecht wordt hiermee de indruk gewekt dat sociaal draagvlak een passief gebeuren is: het beleid is er en daarna moet er draagvlak voor komen. In community-based projecten gaat het om een actieve invulling: mensen zijn betrokken en ook mede verantwoordelijk voor het creëren van de (voorwaarden tot) gezond gedrag en gezondheid van mensen.

Het gaat dus niet zozeer om acceptatie als wel om daadwerkelijke gedrag waarmee mensen betrokkenheid bij gezondheidsbevordering tot uitdrukking brengen, in de vorm van samenwerking en participatie. Ook volgens Ten Dam (1997, p. 94) betekent participatie iets doen, een actieve betrokkenheid. Dit is iets anders dan 'draagvlak creëren': anderen meekrijgen voor bepaalde ideeën. Een kanttekening is dat niet alle mensen (meteen) mee zullen doen. Doorgaans zal de voorhoede ('innovators' en 'early adopters') in eerste instantie actief zijn, terwijl de meerderheid ('early' en 'late majority') in eerste instantie passief zijn en mogelijk pas later volgen en de 'laggards' nog later of niet, zoals is beschreven door Rogers (1995) in zijn theorie over diffusie van innovaties.

In dit rapport wordt met sociaal draagvlak bedoeld dat mensen betrokken zijn en actief. Met betrekking tot bovenstaand voorbeeld betekent dit dat mensen betrokken zijn en actief zijn in ideevorming rondom nieuw beleid, de agendasetting ervan etc. Het gaat hierbij ook om de beleving van de interventie door de betrokkenen, en dat deze anders kan zijn dan de geformuleerde doelen van een interventie (Kooiker en Van der Velden, 2007, p. 16). Zo kan het zijn dat mensen mee doen aan een programma vanwege sociale redenen (het is leuk en gezellig). Gezondheidsredenen spelen dan nauwelijks een rol (zie ook Horstman en Houtepen, 2005).

2.3. Intersectorale samenwerking

Intersectorale samenwerking wordt gedefinieerd als *een formele samenwerking tussen (delen) van verschillende sectoren in de maatschappij met het doel om gezondheidswinst te boeken op een thema op een efficiëntere, effectievere en langduriger wijze dan wanneer de gezondheidsector alleen zou werken* (Koelen en Van den Ban, 2004, p. 139). Het idee achter intersectorale samenwerking is dat de gezondheidssector moet samenwerken met andere sectoren die bijdragen aan gezondheid of deze beïnvloeden (Koelen en Van den Ban, 2004, p. 139). Of dit inderdaad effectief is, is het onderwerp van de review uitgevoerd door Roussos en Fawcett (2000; zie box 7).

Box 7. Het effect van intersectorale samenwerking

Het gegeven dat in literatuur weinig te vinden is over de effectiviteit van intersectorale samenwerking was voor Roussos en Fawcett (2000) aanleiding een review uit te voeren. Roussos en Fawcett hebben gekeken naar de effectiviteit van intersectorale samenwerking op individueel niveau (veranderingen in gezondheid en gezondheidsgedrag in de populatie) en op omgevingsniveau. De review omvat 34 studies die gezamenlijk het effect van 252 samenwerkingsverbanden beschrijven.

Tien van de studies in de reviews presenteerden verbeteringen in gezondheid op populatieniveau die potentieel toegeschreven kunnen worden aan het samenwerkingsverband. Het gaat hierbij onder andere om afname van loodvergiftiging bij kinderen (New York), een daling in de sterfte onder kinderen bij Amerikanen van Afrikaanse afkomst (Boston), afname van het aantal tienerzwangerschappen (South Carolina en Kansas) en een vermindering van het aantal verkeersongelukken ten gevolge van alcoholgebruik. Deze bevindingen zijn, aldus de auteurs, niet voldoende om te concluderen dat partnerships effecten hebben op populatieniveau, maar wel dat, onder sommige omstandigheden, dit kan.

Vijftien studies rapporteren het effect van het samenwerkingsverband op gezondheidsgedrag. Het gaat hierbij om het gebruik van tabak, alcohol en drugs en ook om beweging en sexueelgedrag. De auteurs stellen vast dat de samenwerkingsverbanden wel bijdragen aan gedragsverandering, maar de grootte van het effect meestal minder is als het gestelde doel.

Op omgevingsniveau rapporteren alle 34 studies resultaten. In alle projecten zijn er nieuwe, door het samenwerkingsverband gefaciliteerde, programma's en diensten tot stand gekomen. Bijvoorbeeld is gezondheidsinformatie gegeven op scholen, op het werk en in de media, zijn er preventieve gezondheidsdiensten opgezet zoals screening op cholesterol en vaccinatieprogramma's, zijn er veranderingen in de menu's op scholen doorgevoerd en zijn er wandelpaden aangelegd. Ook hebben een aantal samenwerkingsverbanden veranderingen in het beleid gerealiseerd. Voorbeelden zijn er op het gebied van alcohol en tabak en het aantal uren gymnastiekles op scholen.

De auteurs concluderen dat samenwerkingsverbanden bijdragen aan veranderingen op omgevingsniveau, maar dat het lastig is om de mate waarin dit gebeurt vast te stellen. Ook andere factoren kunnen van invloed zijn geweest op de geconstateerde veranderingen op omgevingsniveau. De gebruikte evaluatiemethoden zijn niet voldoende toereikend om dit uit te filteren.

Een andere vraag is of de veranderingen op omgevingsniveau uiteindelijk ook leiden tot veranderingen in gezondheid en gezondheidsgedrag. De hypothese is dat dit afhangt van: de hoeveelheid veranderingen die op omgevingsniveau tot stand gebracht worden; de duur van de verandering en de blootstelling aan de verandering.

Een punt van aandacht bij intersectorale samenwerking is dat er overeenstemming is tussen de betrokken partijen over de doelen, werkwijze en over de taak- en rolverdeling binnen gezondheidsprojecten (Bracht, 1990; Milio, 1997; Koelen, 2000; Rifkin e.a., 2000; Wallerstein, 2000; Haes e.a., 2002; Voorham e.a., 2002). Bij de ontwikkeling van bijvoorbeeld een project worden samenwerkingspartners uit verschillende sectoren betrokken om consensus te bereiken over een gezamenlijk probleem waarin iedereen een rol heeft en te komen tot intersectorale samenwerking. Wanneer consensus ontstaat over een situatie of probleem, is er sprake van maatschappelijk draagvlak. Het kan zijn dat vervolgens besloten wordt het probleem gezamenlijk op te pakken. Ook kan het zijn dat gezamenlijk wordt besloten het probleem niet aan te pakken: 'agree to disagree'.

De ervaringen in Eindhoven, vanuit het project 'Wijkgezondheidswerk', is, dat de definitie van Koelen en Van den Ban (2004), voorbij gaat aan de samenwerking met organisaties die niet structureel bijdragen aan de interventie, maar wel een belangrijke invloed hebben. Het gevolg is dat in Eindhoven intersectorale samenwerking alleen binnen de projectgroep is gemeten. Informele vormen van samenwerking, zoals bijvoorbeeld met een school die een bijdrage levert aan één van de activiteiten in het project, wordt niet gerapporteerd. De school is wel degelijk participant in het project, maar wordt niet zo gezien omdat de school geen formele

overlegpartner is, en de bijdrage van korte duur is (zie ook box 2). Om deze vorm van samenwerking ook mee te nemen in evaluatie-onderzoek, is een aanvullende of andere evaluatievorm nodig dan die bij langdurige en formele samenwerking, zoals Koelen en Van den Ban (2004) definiëren.

Intersectorale samenwerking gebeurt veelal in de vorm van projectgroepen, zoals in Eindhoven en ook in Amsterdam het geval is. In de literatuur zijn veel voorkomende termen 'partnerships' en 'coalitions' en 'collaboratives' (box 8). Belgische auteurs in het veld van het opbouwwerk (Suijs, 1999; Van Laeken en Verbeke, 1999) schrijven over het begrip netwerken. Bij de brede definitie gaat het om afhankelijkheidsrelaties tussen mensen en organisaties. De engere definitie sluit aan bij intersectorale samenwerking zoals bedoeld in dit rapport: de deelnemende actoren op basis van vrijwilligheid besluiten tot gezamenlijke activiteiten om bepaalde voordelen te bereiken of bepaalde nadelen te vermijden (Suijs, 1999, p. 17).

Om deel te nemen aan een (intersectoraal) samenwerkingsverband, in welke vorm dan ook, zullen deelnemende partners daartoe tijd en middelen ter beschikking moeten hebben. Dit betekent dat de partners vanuit hun eigen organisatie ondersteund moeten worden. Met andere woorden, binnen organisaties moet draagvlak aanwezig zijn om te participeren aan een samenwerkingsverband.

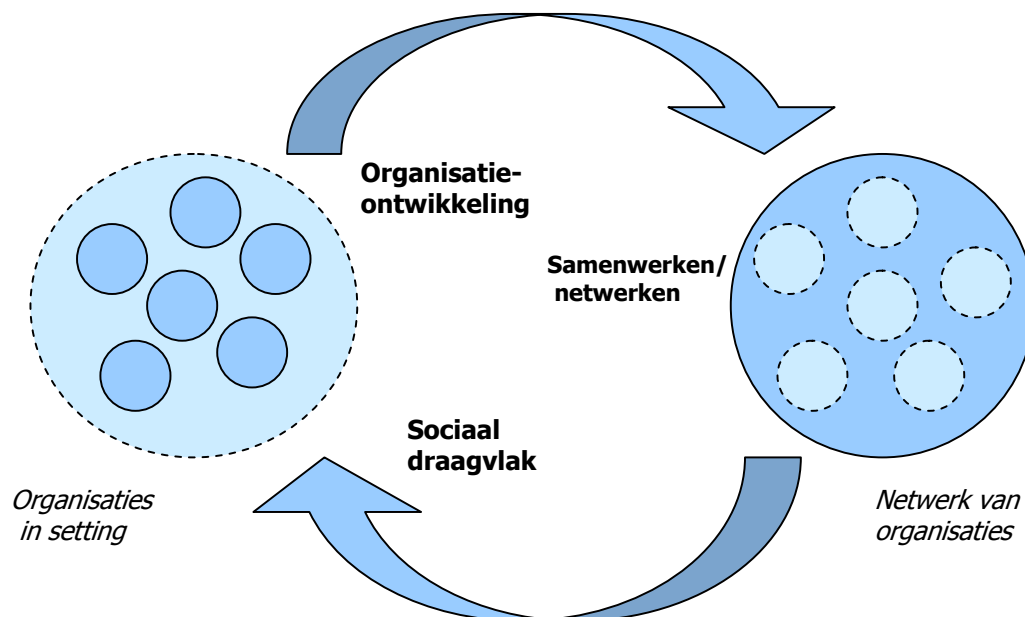
Box 8. Samenwerkingsstrategieën

Himmelman (2000) definieert vier strategieën die ingezet worden voor samenwerking. Dit zijn 'networking', 'coordinating', 'cooperating' en 'collaborating'. Hoewel deze termen in de praktijk door elkaar gebruikt worden zijn er verschillen die te maken hebben met de intensiteit van samenwerken, tijd, vertrouwen, delen van middelen, verantwoordelijkheden en toetreden tot elkaars domein.

Zo bestaat 'networking' voornamelijk uit het uitwisselen van informatie, is de relatie die partners met elkaar hebben informeel en de investering in tijd en middelen minimaal. Coordinating gaat een stapje verder, er is dan sprake van een formeel samenwerkingsverband. Behalve het uitwisselen van informatie worden ook activiteiten ondernomen met een gezamenlijk doel. De hoeveelheid tijd benodigd voor de partners is matig en ook behoeft men elkaars domein niet te betreden: de basis is vriendelijkheid. Bij 'cooperating' en in nog hogere mate bij 'collaborating' worden ten behoeve van het gezamenlijk uitvoeren van activiteiten ook bronnen gedeeld en is de tijdsinvestering veel groter. De mate van vertrouwen moet hoog zijn en ook behoort het delen van bronnen en het nemen van risico's tot deze vormen van samenwerken.

De projectgroepen in Eindhoven en Amsterdam, en waarschijnlijk ook de meeste projectgroepen in andere community-based programma's, voldoen het meest aan 'coordinating' zoals Himmelman het beschreven heeft.

Om draagvlak binnen organisaties te ondersteunen en te meten hebben Leibbrand e.a. (2007) onderzoek gedaan, eveneens in het kader van het pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering. Zij hebben gekeken naar organisaties en netwerken en een meetinstrument ontwikkeld dat het draagvlak van de participanten vanuit de formele positie en structuur van de organisatie bezien meet. Uit figuur 4 blijkt hoe sociaal draagvlak binnen organisaties bijdraagt aan organisatieontwikkeling en daarmee aan samenwerken en netwerken.



Figuur 4. Sociaal draagvlak in organisaties en tussen organisaties (Leibbrand e.a., 2007).

Uit de figuur blijkt dat de begrippen samenwerken/netwerken, sociaal draagvlak en organisatieontwikkeling onderling samenhangen. Voor het opbouwen en onderhouden van samenwerkingsverbanden of netwerken is het nodig dat binnen de (eigen) organisatie(s) sociaal draagvlak is. Op basis van sociaal draagvlak binnen een organisatie kan organisatieontwikkeling plaatsvinden waardoor ruimte ontstaat voor de vorming van netwerken waarbinnen wordt samengewerkt. Door positieve ervaringen op het gebied van samenwerking binnen het netwerk ontstaat (sociaal) draagvlak voor netwerkontwikkeling.

2. 4. Community participatie

Participatie van een community wordt gedefinieerd als *een proces waarbij mensen als individu en burger uit een community betrokken zijn bij het identificeren van hun behoeften, het aangeven van doelstellingen, het identificeren en verkrijgen van middelen om de doelstellingen te halen, alsook de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van de inzet van de middelen en de resultaten* (Koelen en Van den Ban, 2004, p.138).

Community participatie vindt ook plaats bij aanvang van een programma. Het kan zijn dat op dat moment nog niet helder is om welke community het gaat en wie daartoe behoren. Bovendien is er alleen sprake van een community als de leden zelf ook ervaren dat ze deel uit maken van een community. Mensen voelen zich behorend bij een wijk of een buurt, bij een familie, bij een school en bij het werk. Communities zijn dynamisch en veranderen steeds van samenstelling (Koelen en Van den Ban, 2004). Hierin verschilt community participatie van doelgroep participatie (box 9.).

Box 9. Doelgroep participatie

De woorden community en doelgroep worden vaak door elkaar gebruikt, maar zijn niet precies hetzelfde. Een doelgroep bestaat uit mensen die de beoogde begunstigen zijn van de gezondheidsbevorderende interventie. Hierbij staat al min of meer vast wie deze groep mensen precies zijn, en is dit meestal door de professionals vastgesteld. Wie tot een groep behord is door de professional bepaald. Voor een community is het dus wat minder eenduidig wie zich ertoe willen rekenen. De samenstelling kan dan ook naar gelang van de tijd en de activiteiten veranderen.

Een community bestaat op basis van relaties tussen mensen op basis van buurt, verwantschap, vriendschap, institutionele verbondenheid of andere kenmerken (Berkman e.a., 2000, zie ook box 10 en 11). Volgens Laverack en Labonte (2000) kan alleen uitgegaan worden van een community als er sprake is van een georganiseerde groep waarmee individuen zich identificeren. Ook geldt dat individuen een gemeenschappelijk doel hebben (Koelen en Van den Ban, 2004). De ervaring is dat het betrekken van mensen uit de community, bijvoorbeeld wijkbewoners, in de opzet en uitvoering van activiteiten, gebaseerd op de wensen en behoeften van bewoners een leerproces is voor zowel professionals als bewoners, en dat het tijd kost (Steenbakkers e.a., 2005, Wagemakers e.a., 2007).

Evenals bij intersectorale samenwerking moet ook hier de vraag gesteld worden of deze invulling van de definitie in de praktijk voldoende toereikend is. De definitie van Koelen en Van den Ban (2004, p. 138) stelt hoge eisen aan community participatie: er moet aan veel aspecten voldaan zijn wil er sprake van community participatie zijn. Participatie op een informeel moment, participatie door individuen en organisaties die zich niet tot de community rekenen vallen buiten de definitie. Het gevolg is dat deze 'informele' vormen van participatie niet gemeten worden en niet meegenomen in de evaluatie en rapportage.

Eigenlijk worden bewoners volgens deze defintie als een 'professionele instelling' beschouwd, terwijl bewoners vaak 'ongeorganiseerd' zijn. Community participatie kan ook informeel plaats hebben. Ook organisaties en mensen die niet officieel tot de projectgroep behoren 'participeren'. Bovendien kan participatie eenmalig zijn. Bijvoorbeeld rondom het organiseren van een activiteit. Op zo'n moment is er sprake van community participatie.

Dit sluit aan bij de visie van Mittelmark (2001). Hij stelt dat er pas sprake is van een community wanneer mensen uit een buurt gezamenlijk een activiteit ondernemen. Het participeren in een activiteit leidt immers tot een gemeenschapsgevoel. Dat gevoel is er zolang de activiteit duurt. Daarna kan het weer weg zijn.

Box 10. Wie zijn de community?

Community-based programma's veronderstellen dat er een community is, maar de vraag is of dat werkelijk zo is (Baum e.a., 1997; Butterfoss, 2006; Haes e.a., 2002; Guldán, 1996; Mittelmark, 2001; Rifkin, 2000; Voorham e.a., 2002; Wallerstein, 1999). Rifkin e.a. (2000) spreken over een community in termen van geografie en gedeelde kenmerken van een groep. Koelen en Van den Ban (2004, p. 136) zijn van mening dat voorzichtig met de geografische dimensie omgesprongen dient te worden omdat mensen die in hetzelfde gebied wonen of in dezelfde fabriek werken niet per definitie dezelfde opvattingen en belangen hebben. Ook behoren mensen tot verschillende communities, ze zijn bijvoorbeeld zowel lid van een kerk als van een sportclub.

Deze bevindingen pleiten voor een bredere definitie. Interessant is het begrip 'citizen' participatie. Aanvankelijk was de term niet community participation, maar 'citizen participation', maar omdat legaal burgerschap niet nodig is om te participeren in een community wordt 'citizen' niet meer gebruikt. De definitie van citizen participation luidt: *het sociale proces waarin vrijwillig wordt deelgenomen aan formele of informele activiteiten, programma's of discussies om een geplande verandering of verbetering te weeg te brengen in de gemeenschap, de diensten of de voorzieningen* (Bracht, 1990; Butterfoss, 2006). Ons voorstel is om beide definities te gebruiken en in meetinstrumenten en werkwijzen ook de niet-formele en incidentele vormen van samenwerken en participeren op te nemen. In feite betreft het hier eenzelfde soort opmerkingen als gemaakt bij de definitie van intersectorale samenwerking. Tussen beide concepten is overlap: participatie is een centraal item in de beide begrippen (Koelen en Van den Ban, 2004).

Box 11. Participatie van allochtonen

Participatie van allochtonen is een vorm van doelgroep participatie die momenteel op de agenda staat van gezondheidsbevordering (onder andere het subsidieprogramma 'Diversiteit in participatie' van ZonMw) en gezondheidszorg. Het Verwey-Jonker Instituut en het NIGZ hebben doelgroep participatie van allochtonen uitgewerkt voor het programma Gezond Leven van ZonMw (Van Vliet e.a., 2006). Participatie van allochtonen in gezondheidsbevordering vindt met name plaats op projectniveau en krijgt voornamelijk gestalte via wijkgericht werken aan gezondheid. Omdat de kennis over participatie van allochtonen gefragmenteerd is en de randvoorwaarden voor participatie niet aanwezig zijn in beleid werken zij onder andere aan de ontwikkeling van toolkits.

De studie van Mutant (Graaff en Eitjes, 2004) heeft op het terrein van de gezondheidszorg de participatie van allochtonen geïnventariseerd en ook advies uitgebracht voor vervolgotrajecten. De uitkomst is dat er slechts beperkte ervaringen zijn met participatie van allochtonen en dat de pioniers hierin nog werk hebben om hun werkwijze te vervolmaken.

De begrippen 'narrow-participation' en 'wide-participation' (Rifkin e.a., 1988; Andersson e.a., 2005) zijn interessant om het verschil tussen intersectorale samenwerking en community participatie helderder te krijgen. 'Narrow-participation' definiëren zij als expert-driven en heeft betrekking op de inbreng van experts uit organisaties. Wide participation definiëren zij als community-driven, en slaat op de inbreng van individuen uit de community.

In lijn met de uitgangspunten van gezondheidsbevordering zijn community-based projecten gebaseerd op het idee van bottom-up werken. Toch worden de projecten doorgaans geïnitieerd door een kleine groep professionals en worden andere stakeholders, inclusief de bevolking, pas betrokken op het moment dat het project een "go" heeft gekregen van beleidsmakers of financiers. Dan is al vastgelegd welke onderwerpen aan de orde komen, hetgeen het karakter heeft van een top-down benadering. Om te komen tot meer bottom-up, in de zin dat bewoners steeds vaker initiatieven ontplooiën en activiteiten opzetten en uitvoeren, is een proces nodig.

In dit verband is de "typologie van sociale verandering" van Rogers & Schoemaker (1971) interessant, zoals weergegeven in figuur 5.

Probleemdefinitie	Probleemoplossing	
	Intern sociale systeem Bewoners	Extern sociale systeem Professionals
Intern sociale systeem Bewoners	Verandering van binnenuit. Bottom-up.	Verandering door selectieve contacten. Bottom-up naar top-down.
Extern sociale systeem Professionals	Geïnduceerde verandering. Top-down naar bottom-up.	Extern opgelegde verandering. Top-down.

Figuur 5. Typologie van sociale verandering naar Rogers en Schoemaker (1971) in Koelen en Van den Ban (2004, p. 143).

Zij onderscheiden twee dimensies: de eerste dimensie verwijst naar wie het probleem definieert; de tweede dimensie verwijst naar degene die de oplossing aandraagt. Op beide dimensies kan het initiatief intern of extern zijn: de bevolking (bottom-up) of de professionals (top-down). Wanneer beiden intern zijn is de verandering spontaan en zonder interventie van buitenaf. Wanneer beiden extern zijn, gaat het om verandering waarbij participatie van de bevolking niet of nauwelijks aan de orde is. In de twee tussenvormen is er een beweging te zien. Wanneer bewoners een probleem ervaren kunnen zij professionals vragen om een oplossing, er is dan sprake van selectieve contacten met professionals. Geïnduceerde verandering is er wanneer professionals een probleem signaleren en vervolgens de bewoners zelf aan de oplossing ervan werken of wanneer door professionals geïnitieerde projecten na verloop van tijd (gedeeltelijk) bevolking geïnitieerd raken (Koelen en Van den Ban, 2004, p. 145; Wagemakers e.a., 2007). Het type sociale verandering zal ook van invloed zijn op de keuze voor de meetinstrumenten.

2.5. Empowerment

Doelgroep of community participatie draagt bij aan empowerment. Participatie wordt veelal gezien als voorwaarde voor empowerment. Het begrip empowerment ligt besloten in de thans gangbare opvatting van gezondheidsbevordering (Jacobs e.a., 2005). Doordat mensen participeren, vergroten zij hun eigen kracht om veranderingen tot stand te brengen (Wallerstein en Duran, 2005, p. 35).

Empowerment wordt in het Nederlands op het werkteerrein gezondheidsbevordering onvertaald gebruikt. Volgens de Van Dale betekent empowerment 'het mondig maken, het leren opkomen voor jezelf, het lot in eigen handen nemen'. Empowerment wordt gedefinieerd als *een proces waarbij mensen meer controle krijgen over hun beslissingen en activiteiten die van invloed zijn op hun gezondheid* (Nutbeam, 1999).

Empowerment kan zowel betrekking hebben op individuen, ook wel psychologische of persoonlijke empowerment genoemd, of op een community, zoals een school, wijk of buurt. Psychologische empowerment heeft betrekking op het subjectieve gevoel van een grotere controle over het eigen leven zoals ervaren door een individu die actief deel heeft genomen aan een groep of organisatie. Psychologische empowerment wordt op individueel niveau gemeten (Bracht et al., 1999). Community empowerment verwijst naar de gemeenschap of naar subgroepen in een gemeenschap. Empowerment geldt overigens niet alleen voor de

doelgroep. Om in staat te zijn bij te dragen aan de empowerment van de doelgroep, moeten professionals daartoe empowered zijn (Koelen en Lindström, 2005). Intersectorale samenwerking en community participatie zijn dus ook weer de belangrijke strategieën voor empowerment. Dat wordt onder andere duidelijk in de definitie van community empowerment van Wallerstein (1992): *community empowerment is het sociale actie proces dat de participatie van mensen, organisaties en gemeenschappen stimuleert met het doel meer individuele en gemeenschappelijke controle over beleid, kwaliteit van leven en sociale rechtvaardigheid tot stand te brengen.*

Participatie is een fundamenteel element van empowerment omdat door participatie mensen vaardigheden leren en het gevoel van controle krijgen over een specifieke situatie. Participatie kan zowel het middel zijn dat bijdraagt aan empowerment als een doel op zichzelf zijn (Koelen en Van den Ban, 2004, p. 141), en heeft daarmee zowel betrekking op het proces van gezondheidsbevordering ('empowering') als op het resultaat ('empowered'). De relatie tussen empowerment en participatie komt bijvoorbeeld naar voren in het empowerment kwaliteits instrument ontwikkeld door het NIGZ (Berkouwer e.a., 2007; Visser e.a., 2007).

Koelen en Lindström (2005) stellen vast dat er vele interpretaties van het concept empowerment zijn, en dat er geen overeenstemming is over de operationalisatie ervan. Veel factoren zijn van invloed op empowerment (zie box 12). Jacobs e.a. (2005) schrijven dat empowerment een complex (meerdimensionaal, dynamisch en contextueel) begrip is hetgeen consequenties heeft voor de benaderingen en werkwijzen die worden ingezet om empowerment in de praktijk te brengen en de werkwijzen en instrumenten om empowerment te evalueren. Binnen het pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering is empowerment uitgewerkt. In het Referentiekader ligt empowerment dicht aan tegen het concept 'health literacy'. Aangetoond is dat low literacy geassocieerd is met minder goede gezondheid (DeWalt e.a., 2004). Onderzoek naar health literacy, het concept en het meten ervan is volop gaande (zie o.a. Nutbeam, 2007; Rudd, 2007).

Box 12. Factoren van invloed op empowerment

Individuele empowerment is theoretisch nader uitgewerkt door Koelen en Lindström (2005). Zij gebruiken als theoretisch raamwerk de salutogenese, een benadering die uitgaat van gezondheid en het bevorderen daarvan (in tegenstelling tot uitgaan van ziekte). Om empowerment te kunnen operationaliseren zijn de factoren die empowerment beïnvloeden uitgewerkt. Dit zijn:

- 'locus of control',
- 'learned helplessness',
- 'self-efficacy' en
- 'outcome expectations'.

Deze concepten hebben alle te maken met 'controle hebben over', maar verschillen van elkaar als het gaat om stabiliteit en veranderbaarheid. Locus of control is bijvoorbeeld een persoonlijkheidskenmerk en daarmee relatief stabiel. Self-efficacy hangt vooral samen met het onderwerp waarover het gaat. Het kernconcept is controle en de auteurs doen een aantal suggesties hoe aan meer controle gewerkt kan worden opdat de individuele empowerment toeneemt.

2.6. Sociale cohesie en sociale steun

Sociale cohesie verwijst naar de deelname aan maatschappelijke instituties, de sociale contacten die mensen onderhouden, maar ook hun oriëntatie op collectieve normen en waarden. In de vele definities die er zijn, wordt verwezen naar de coherentie van een sociaal of politiek systeem, de binding die mensen daarmee hebben en hun onderlinge betrokkenheid of solidariteit. Sociale cohesie kan zich op verschillende wijzen manifesteren, bijvoorbeeld wederzijds hulpbetoon in een buurt of een inzamelingsactie ten behoeve van een derde wereldproject (De Hart, 2002).

Sociale cohesie wordt gedefinieerd als *de mate waarin mensen in gedrag en beleving uitdrukking geven aan hun betrokkenheid bij maatschappelijke verbanden in hun persoonlijk leven, als burger in de maatschappij en als lid van de samenleving* (Schnabel, 2000).

Sociale netwerken beïnvloeden de gezondheid via sociale steun aan de ontvanger. Sociale steun wordt onderverdeeld in subtypen (Berkman e.a., 2000):

- emotionele steun (liefde, verzorgd worden, sympathie, begrip);
- instrumentele steun (bijvoorbeeld hulp in de huishouding, wegbrengen naar afspraken of bij het betalen van rekeningen);
- steun door het geven van goedkeuring (hulp bij het nemen van beslissingen) en
- steun door het geven van informatie (kennis en advies).

2.7. Sociaal kapitaal

Een definitie voor sociaal kapitaal is: *'de kenmerken van de sociale organisatie – bijvoorbeeld netwerken, normen en sociaal vertrouwen – die samenwerking en coördinatie voor wederzijds belang mogelijk maakt'* (Putnam, 1995). In essentie is sociaal kapitaal het element dat mensen in een gemeenschap verbindt, en die binding komt voort uit hun participatie, vertrouwen en wederkerigheid (Butterfoss, 2006; Putnam, 1995). Sociaal kapitaal wordt wel omschreven als de lijm tussen instituten en mensen: het houdt de gemeenschap bij elkaar. Het werkt door in welbevinden, maar ook in economische productiviteit, in misdaadcijfers en armoedecijfers (Lochner e.a., 1999; Saan en De Haes, 2005, p. 124).

Twee typen van sociaal kapitaal worden onderscheiden: bonding en bridging (Almedom, 2005). Bonding betreft horizontale verbindingen die er zijn tussen individuen, hun families en sociale netwerken op het micro niveau. Netwerken zijn de structurele componenten van bonding, de cognitieve componenten zijn sociale controle, gedeelde waarden, wederzijds vertrouwen.

Met bridging worden de verbindingen tussen verschillende gemeenschappen of groepen aangeduid. Dit zijn horizontale verbindingen. Ook kan het verticale verbindingen betreffen, tussen de groepen en de organisaties die de macht hebben over de middelen en/of die verdelen. Componenten van bridging zijn de toegang tot publieke goederen en diensten. Cognitief gaat het hierbij om participeren, het gevoel erbij te horen en het vermogen om te beslissen.

Onyx en Bullen (2000) hebben gevonden dat bonding sociaal kapitaal meer aanwezig is in gemeenschappen op het platteland, terwijl stedelijke gebieden meer gekenmerkt worden door bridging sociaal kapitaal. Sociaal kapitaal is een multidimensionaal begrip dat bovendien vaak wordt gebruikt als een paraplueterm voor sociale cohesie, sociaal draagvlak en ook sociale

participatie (Almedom, 2005), hetgeen wederom de complexiteit, overlap en verwevenheid van de verschillende begrippen laat zien.

Hoe groter het sociaal kapitaal, hoe meer de mensen in de gemeenschap deel zullen nemen aan activiteiten en projecten, dus hoe groter de community participatie. Ook wordt hiermee de community capaciteit en de community competentie beïnvloed, twee begrippen die ook nauw samenhangen met sociaal kapitaal.

Community capaciteit wordt gedefinieerd als de kenmerken van gemeenschappen die van invloed zijn op het vermogen van een gemeenschap om sociale problemen en problemen op het terrein van gezondheidsbevordering te identificeren, te mobiliseren en aan te pakken (Goodman, 1998; Butterfoss, 2006). Het gaat hierbij zowel om de individuele en collectieve capaciteiten die een gemeenschap nodig heeft om de determinanten voor gezondheid en gezond gedrag effectief te beïnvloeden (Bopp e.a., 1999). Community competentie ontstaat wanneer verschillende delen van de gemeenschap samenwerken om problemen en behoeften te identificeren, consensus bereiken omtrent doelen en effectief samenwerken. Community competentie wordt wel omschreven als het vaardig inzetten van community capaciteit, en community participatie is het middel om dit te bereiken (Goodman, 1998; Butterfoss, 2006).

2.8 Samenvatting

1. Sociaal draagvlak wordt in deze studie bedoeld dat mensen betrokken zijn (op welke wijze dan ook) en dat zij actief zijn.
2. We onderscheiden in sociaal draagvlak twee invalshoeken: de participatie door burgers en de intersectorale samenwerking tussen professionals en organisaties.
3. Sociaal draagvlak hangt samen met verschillende begrippen: empowerment, sociale cohesie en sociaal kapitaal. Afhankelijk van de operationalisatie worden verschillende aspecten van sociaal draagvlak gemeten. De omschrijvingen laten zien dat al die begrippen dynamisch zijn en proces-georiënteerd.
4. Dit verklaart ook waarom verschillende onderzoekers hun eigen invulling geven aan de begrippen, passend bij de context waarin de begrippen gebruikt worden. De meetbaarheid wordt bemoeilijkt door de overlap en samenhang tussen de begrippen. Instrumenten die bijvoorbeeld community participatie beogen te meten, bevatten ook componenten die empowerment of sociaal kapitaal meten. Variabelen zullen dus voor verschillende begrippen van toepassing zijn en meetinstrumenten zijn opgebouwd uit variabelen en indicatoren die gezamenlijk meerdere begrippen meten.

3. Variabelen voor samenwerken en participeren

3.1. Inleiding

Om sociaal draagvlak te meten zijn in dit hoofdstuk de variabelen geïnventariseerd waarmee dit kan. Het verzamelen van de variabelen is op verschillende wijzen gedaan:

1. Op grond van de definities uit hoofdstuk 2;
2. Literatuuronderzoek naar variabelen voor samenwerken en participeren;
3. Variabelen en indicatoren die in bestaande meetinstrumenten worden gebruikt.

Op grond hiervan is een representatieve set van variabelen samengesteld.

Omdat (intersectorale) samenwerking en (community) participatie begrippen zijn die elkaar overlappen, zijn de variabelen voor beide begrippen gezamenlijk beschreven.

Variabelen worden ook wel aangeduid met en/of uitgewerkt in factoren en indicatoren. De begrippen worden vaak door elkaar gebruikt. Een variabele, factor en een indicator kunnen hetzelfde zijn: bijvoorbeeld het aantal participanten in een samenwerkingsverband. Sommige variabelen en factoren, meestal de kwalitatieve, moeten uitgewerkt worden in meetbare indicatoren. Een variabele kan dus een indicator zijn, maar een variabele kan ook uitgewerkt zijn in meerdere indicatoren. Een indicator is altijd een meetbaar element. Bijvoorbeeld de variabele 'het hebben van een gezamenlijk doel' kan nader uitgewerkt worden in 'het op schrift staan van een doel in de vorm van een gezamenlijk ondertekend contract'. Ook kunnen indicatoren opgesteld worden om de kwaliteit van het doel te bepalen.

Kwalitatieve en kwantitatieve factoren kunnen naast elkaar en in aanvulling op elkaar gebruikt worden. Ook is het mogelijk kwalitatieve variabelen te kwantificeren door de respondenten of betrokkenen te vragen om een waardering. Dit kan bijvoorbeeld door een uitspraak of stelling voor te leggen en te vragen een cijfer te geven of aan te geven in welke mate men iets vindt.

Voor het operationaliseren van samenwerking en participatie zijn drie punten van belang voor de werkwijze en voor het ontwikkelen van meetinstrumenten:

1. De fase van een programma waarin samenwerking of participatie plaats heeft;
2. De dimensie waarop wordt samengewerkt;
3. De mate, vorm of niveau waarin wordt samengewerkt.

3.2. Fasen van samenwerken en participeren

Het functioneren van samenwerkingsverbanden geschiedt in fasen. Het samenwerkingsproces ontwikkelt zich tijdens het doorlopen van een aantal fasen (Florin e.a., 1993; Granner en Sharpe, 2004; Saan en De Haes, 2005, p. 111). De indeling in fasen is aldus Florin e.a., (1993): idee ontwikkeling, contact leggen, afspraken maken, planning en organisatie, evaluatie en verankering. Voor participatie van de doelgroep is door Ten Dam (1997, p. 147) een indeling in vijf fasen gemaakt: initiatief of ontstaansfase, ontwerp, uitvoering, evaluatie en consumptie. Op basis van deze verschillende indelingen komen wij tot de volgende indeling voor zes fasen¹:

1. *idee ontwikkeling*
2. *contacten leggen*
3. *afspraken maken, planning en organisatie*
4. *het uitvoeren*
5. *evaluatie*
6. *verankering en/of volgende cyclus*

De fase waarin een programma of project zich bevindt, is bepalend voor het soort onderzoek en de toepassing van meetinstrumenten.

De fasen kunnen op verschillende niveaus van toepassing zijn:

- voor het gehele project of programma;
- voor onderdelen binnen het programma, bijvoorbeeld het samenwerkingsverband of een bepaalde activiteit.

De fasen kunnen tegelijkertijd plaats vinden en door elkaar heen lopen. Zo kan een programma dat al activiteiten heeft uitgevoerd opnieuw in de tweede fase komen omdat er nieuwe samenwerkingspartners gewenst zijn. Suijs (1999, p. 48-50) noemt deze dynamiek van samenwerkingsprocessen circulaire en zoekende processen. De dynamiek heeft overigens niet alleen te maken met veranderingen binnen het samenwerkingsproces maar ook met de omgeving en de veranderingen die zich daar voordoen. Voor meer aspecten rondom het opstarten van een samenwerkingsverband, zie box 13. Het samenwerkingsproces kan in terminologie van systeemdenken gezien worden als een systeem binnen een groter systeem (Suijs, 1999, p. 47; Trochim, 2006; Naaldenberg e.a., 2007).

Box 13. Het opstarten van samenwerking

Een samenwerkingsverband start niet vanzelf. Partners moeten wederzijds van elkaar afhankelijk zijn en gedeelde belangen hebben. Daarnaast is een aantal impulsen nodig om ervoor te zorgen dat (beoogde) partners daadwerkelijk met elkaar rond de tafel gaan zitten (Suijs, 1999, p. 62):

- 1) Partners moeten betrokken raken en zich betrokken gaan voelen bij een gedeeld probleem, een bepaalde doelgroep of een bepaalde doelstelling. Dit wordt ook wel sensibilisering genoemd;
- 2) Partners moeten over kennis, vaardigheden en attitude competenties beschikken en bereid zijn tot het uitwisselen van informatie over en weer;
- 3) Partners moeten aangemoedigd worden om actief deel te nemen aan het samenwerkingsverband en open staan voor wat er ontwikkeld wordt. Daarnaast moet er voor hen ook wat te halen zijn.

3.3. Dimensies van samenwerken

Het indelen in dimensies van samenwerken is gebaseerd op het werk van Gehre (1996) en beschreven door Suijs (1999) en Verbeke e.a. (2004). Vier dimensies worden onderscheiden: de taakdimensie, de relatiedimensie, de groeidimensie en de profileringsdimensie. De verschillende dimensies zijn van toepassing voor de verschillende fasen van een samenwerkingsverband². Tabel 1. laat zien hoe de dimensies eruit zien binnen de zes fasen zoals beschreven. Alleen de profileringsdimensie is moeilijk in te delen in fasen omdat het hier gaat om externe relaties en het imago naar buiten. Wel zal dit in de latere fasen meer aanwezig zijn dan in de eerste fasen.

Tabel 1. Dimensies van het samenwerken in verschillende fasen.

Fasen/ Dimensies	Taakdimensie	Relatiedimensie	Groeidimensie	Profilerings- dimensie
1. Idee ontwikkeling	Probleemverheldering Oriëntatie op onderwerp Is samenwerking de juiste aanpak.	Betrokkenheid en bereidheid partners en organisaties	Eigenbelang versus netwerkbelang	Externe relaties. Imago in de buitenwereld.
2. Contacten leggen	De juiste partners kiezen ³ en de juiste organisaties.	Betrokkenheid en bereidheid partners en organisaties	Eigenbelang versus netwerkbelang	
3. Afspraken, planning en organisatie	Formuleren van gemeenschappelijke doelen, werkplannen en taak en rolverdeling	Verhouding tussen partners: taken en rollen, communicatie, samenwerking	Netwerk wordt zelfstandige entiteit met eigen structuur en cultuur	
4. Uitvoering	Uitvoering van het werkplan	Consolidatie van verhoudingen tussen partners op basis van gelijkwaardigheid	Integratie van organisatiebelangen en samenwerkings- belangen. Mobiliseren van anderen.	
5. Evaluatie	Netwerk doel gerealiseerd	Actoren niet meer afhankelijk van elkaar	Samenwerkingsverband verdwijnt.	
6. Duurzaamheid	Partners en organisaties blijven zich inzetten voor het doel.	Samenwerking met partners en organisaties blijft doorgaan.	Samenwerking rondom nieuwe thema's.	

3.4. Mate van participatie en samenwerken

Participatie wordt vaak geoperationaliseerd in de mate van participatie. Met mate van participatie wordt bedoeld de vorm waarin geparticipeerd wordt, ook wel gradatie of niveau genoemd. Behalve dat participatie wordt ingedeeld in mate van participatie en in fasen, wordt ook onderscheid gemaakt naar 1) participatiedoel, 2) participatiebereik en 3) participatieresultaat (Van Vliet e.a., 2006).

1. Het participatiedoel kan zijn 'aansluiting bij de behoeften van de doelgroep'.
2. Participatiebereik betreft het aantal mensen dat participeert en ook wie participeren.
3. Het participatieresultaat betreft de vraag of het participatiedoel bereikt is en wat de belemmerende en bevorderende factoren hierin zijn.

Participatie naar vorm, doel, bereik, niveau en resultaat kan per fase ingevuld worden in een matrix (zie Van Vliet e.a., 2006, p. 74-76).

De mate van participatie wordt ook wel geoperationaliseerd in de vorm van een ladder, zoals bijvoorbeeld de participatieladder van Pretty (1995). De mate van participatie wordt uitgedrukt in zeven niveaus (zie ook bijlage 3):

1. Passieve participatie
2. Informatieverstrekken participatie
3. Raadplegende participatie
4. Participatie door materiële prikkel
5. Functionele participatie
6. Interactieve participatie
7. Zelfmobilisatie

Bij de definitie van community participatie wordt gesproken in termen van '*participatie in behoefteninventarisatie, prioriteitsstelling, en in de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbevorderende activiteiten*' (Koelen en Van den Ban, 2004, p. 138; Laverack en Labonte, 2000). De praktijk leert dat het niet realistisch is om te verwachten dat een grote vertegenwoordiging van de bevolking bij alle fasen betrokken is. Beter is het om onderscheid te maken naar de vorm van participatie in verschillende fasen: in de behoefteninventarisatie, bij het bedenken van activiteiten, bij de ontwikkeling van interventies, bij de concrete uitvoering en bij het deelnemen aan activiteiten. In de praktijk zullen dit vaak verschillende personen zijn. Een dergelijk onderscheid naar vorm van participatie, fase waarin geparticipeerd wordt en persoon die participeert maakt het meten van participatieniveaus eenvoudiger en realistischer. Een aanbeveling is om de meetinstrumenten op basis hiervan verder te ontwikkelen (Wagemakers e.a., 2007; Weijters en Koelen, 2003).

3.5. Kwalitatieve en kwantitatieve variabelen

Kwalitatieve variabelen voor de kwaliteit van samenwerken zijn geïnventariseerd door verschillende onderzoekers. Het meest volledige overzicht van variabelen, indicatoren en meetinstrumenten voor samenwerkingsprocessen biedt de reviewstudie van Granner en Sharpe (2004). De opsomming van variabelen en evaluatie-instrumenten biedt aanknopingspunten voor het vinden van geschikte meetinstrumenten voor onderzoekers en mensen werkzaam in de praktijk, aldus de auteurs. Een belangrijke opmerking is dat in de verschillende onderzoeken de concepten niet altijd uitgewerkt zijn. Indien dit wel gedaan is, bestaat er vaak geen overeenstemming over de concepten in de literatuur. Meetinstrumenten worden ontwikkeld, en vaker niet dan wel gevalideerd (box 14).

Box 14. Validiteit indicatoren

Granner en Sharpe hebben voor verschillende meetinstrumenten gekeken naar de validiteit en de betrouwbaarheid. Zij hebben in hun reviewstudie in totaal 26 artikelen en rapporten opgenomen, met daarin 146 meetschalen of indexen. Veel van de indicatoren in de meetinstrumenten zijn gebaseerd op praktijkervaring, maar niet empirisch getest. Hoewel veel van deze factoren wel gedefinieerd zijn in de desbetreffende artikelen en rapporten, ontbreekt het vaak aan conceptuele precisie of consensus van de indicatoren of factoren. Enkele meetinstrumenten zijn getoetst op validiteit. Zo is deelname van participanten gedurende de laatste acht tot tien maanden gerelateerd aan de baten van een samenwerkingsverband, is het aantal mensen dat deelneemt gerelateerd aan de kwaliteit van de plannen en is het aantal uren dat geparticipeerd wordt gerelateerd aan verschillende aspecten van samenwerking: invloed op beslissingen en leiderschap. Kennis over de missie, structuur en activiteiten is gerelateerd met de effectiviteit van een samenwerkingsverband. Gemeenschapsgevoel, hetgeen bestaat uit het gevoel van verbondenheid, steun en gezamenlijk problemen oplossen is gerelateerd aan psychologische empowerment.

Ook andere auteurs beschrijven variabelen voor de kwaliteit van samenwerken en participeren: Israel e.a., (1998); Taylor-Powell (1998, p. 95); Bopp e.a., 1999; Suijs (1999); Roussos en Fawcett (2000); Rifkin (2000); Top (2001); Sicotte e.a (2002); Koelen en Van den Ban (2004) en Butterfoss (2006). Sommige auteurs geven de belemmerende en bevorderende variabelen aan (Israel e.a, 1998), anderen geven met een kwalificatie aan hoe het moet zijn: bijvoorbeeld een 'heldere' visie en missie, 'duidelijke' taak en rolverdeling en 'regelmatig' overleg. Deze toevoegingen hebben wij daar waar mogelijk achterwege gelaten om de formulering zo neutraal mogelijk te laten zijn.

Een variabele die prominent naar voren kwam in de werkbezoeken (Verslag Werkbezoek Refka II Amsterdam, 2007) is de werkrelatie. In de indeling naar dimensies valt werkrelatie onder de relatiedimensie. In de geraadpleegde bronnen is werkrelatie slechts sporadisch genoemd. De werkbezoeken maakten duidelijk dat de werkrelatie tussen de professionals en managers van betrokken instellingen van belang is. Als mensen prettig met elkaar kunnen samenwerken leidt dit eerder tot successen. Bij werkrelatie gaat het bijvoorbeeld om contacten die opgebouwd zijn tijdens eerdere werkzaamheden. In dat geval kan ook gesproken worden van 'samenwerkingshistorie'.

Om een overzicht van variabelen te maken is de indeling van Granner en Sharpe (2004) als basis genomen. Zij geven vier hoofdcategorieën:

- kenmerken en percepties van de betrokkenen;
- organisatie- en groepskenmerken en klimaat;
- organisatie- en groepsprocessen en
- invloed van uitkomsten.

Door kenmerken en processen van samenwerkingsverband samen te nemen zijn de oorspronkelijke vier categorieën samengevoegd tot drie categorieën. Dit is gedaan omdat het onderscheid tussen deze twee niet altijd even helder is. Omdat voor het meten van samenwerken en participeren de meeste variabelen zitten in de categorie 'kenmerken en processen van het samenwerkingsverband' hebben wij deze als eerste geplaatst.

De omschrijving van de variabelen die genoemd worden in tabel 2 is te vinden in de literatuur aangegeven in de paragrafen in dit hoofdstuk. Over enkele variabelen is extra informatie te vinden in de eindnoten.

In de tabel is onderscheid aangebracht tussen de kwalitatieve en kwantitatieve variabelen. In zijn algemeenheid geldt dat de kwalitatieve variabelen nog verder uitgewerkt dienen te worden in meetbare eenheden (indicatoren). Dit geldt bijvoorbeeld voor de 'mate van participatie'. De kwantitatieve variabelen kunnen direct gemeten worden. Bijvoorbeeld het aantal deelnemers aan een activiteit.

Tabel 2. Variabelen voor samenwerken en participeren.

	Kwalitatief	Kwantitatief
Kenmerken en processen van het samenwerkingsverband	Visie en missie Gezamenlijk doel Wederzijdse afhankelijkheid Plan en planning Taak- en rolverdeling Besluitvormingsproces Slagvaardigheid Diversiteit van samenwerkingspartners Mate van samenwerken/participatie ⁴ Vertrouwen en respect Openheid/flexibiliteit Gelijkwaardigheid partners Ondersteuning(financieel en middelen) Leiderschap Machtsverhoudingen ⁵ Overleg,communicatie (intern) Communicatie (extern) (Capaciteit voor) netwerkmanagement ⁷ Werkrelatie Documentatie Evaluatie Feedback Tijd (prioriteit)	Het aantal participanten (formeel/informeel) Tijd (uren) in en buiten het samenwerkingsverband Aantal participanten dat vergaderingen bijwoont Het aantal samenwerkingsstructuren, werkgroepen, etc. Het aantal taken per participant Het aantal contacten met de doelgroep
Kenmerken en percepties van betrokkenen	Betrokkenheid/motivatie Inzet Tevredenheid Competenties/vaardigheden Kennis/expertise Representativiteit Verwachtingen Ownership Vrijwillig of betaald Mate van participatie ⁴ Draagkracht ⁵ Tijd (prioriteit)	Tijd (uren) Duur betrokkenheid Aantal bijgewoonde activiteiten
Invloed en uitkomsten	Welke doelgroepen zijn bereikt (participatiebereik) Mate van participatie ⁴ Participatie tevredenheid Participatie resultaat Netwerken Zichtbaarheid uitkomsten Imago	Aantal georganiseerde activiteiten/voorzieningen Aantal mensen uit de community dat participeert Aantal deelnemers per activiteit De intensiteit van het gebruik van faciliteiten en instellingen De hoeveelheid problemen opgelost zijn en/of de mate (%) waarin deze opgelost zijn.

3.6. Samenvatting

1. Voor het operationaliseren van samenwerking en participatie zijn drie punten voor de werkwijze en voor het ontwikkelen van meetinstrumenten van belang:
 - De fase van een programma waarin samenwerking of participatie plaats heeft
 - De dimensie waarop wordt samengewerkt
 - De mate, vorm of niveau waarin wordt samengewerkt
2. We onderscheiden zes fasen:
 - Idee ontwikkeling
 - Contacten leggen
 - Afspraken maken, planning en organisatie
 - Het uitvoeren
 - Evaluatie
 - Verankering en/of volgende cyclus
3. We onderscheiden vier samenwerkingsdimensies:
 - De taakdimensie
 - De relatiedimensie
 - De groeidimensie
 - De profileringsdimensie
4. Voor de gradatie of mate van samenwerking kijken we naar:
 - Participatiedoel
 - Participatiebereik
 - ParticipatieresultaatEn naar de vorm van participatie (Pretty 1995):
 - Passieve participatie
 - Informatieverstrekken participatie
 - Raadplegende participatie
 - Participatie door materiële prikkel
 - Functionele participatie
 - Interactieve participatie
 - Zelfmobilisatie
5. Op grond van die indelingen hebben we variabelen verzameld op drie noemers:
 - Kenmerken en processen van het samenwerkingsverband
 - Kenmerken en percepties van de betrokkenen
 - Invloed en uitkomsten
6. Dergelijke variabelen komen terug in de geraadpleegde meetinstrumenten. Een aantal variabelen krijgt een plaats in het te ontwikkelen meetinstrument.

4. Meetinstrumenten en werkwijzen

4.1. Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de gevonden meetinstrumenten voor zowel intersectorale samenwerking als voor community participatie (zie ook box 15 en 16). Hoewel variabelen voor beide begrippen van toepassing kunnen zijn, zijn meetinstrumenten ofwel gericht op samenwerkingsverbanden ofwel op community participatie, respectievelijk beschreven in paragraaf 4.2 en 4.3.

De meetinstrumenten die in dit rapport beschreven zijn, zijn voornamelijk gevonden in de literatuur en op sites met tools voor samenwerken en participeren. Gezien de beschikbare tijd zijn alleen gemakkelijk toegankelijke meetinstrumenten opgenomen. Enkele meetinstrumenten waren al bekend doordat deze zijn gebruikt in eerder onderzoek in zowel Amsterdam als Eindhoven. Dit geldt voor het participatiemeetinstrument van Rifkin (Rifkin e.a., 1998; Rifkin, 2000) en de participatieladder van Pretty (1995). Het participatiemeetinstrument meet intersectorale samenwerking en richt zich op zes aspecten van samenwerken: inzet van mensen, inzet van middelen, management, behoeftebepaling, organisatie en leiderschap. De participatieladder van Pretty meet de mate van participatie, ook wel de gradatie of het niveau van community participatie (zie ook box 17 en bijlage 3 en 4).

Box 15. Tools voor intersectorale samenwerking

'Participatieve methoden. Een gids voor Gebruikers' (Slocum, 2006) is een gids voor praktijkmensen en leert hoe een participatief proces te starten. Dertien participatieve methodes worden beschreven. Per methode wordt gepreciseerd wat haar nut is en welke stappen moeten worden ondernomen. Een voorbeeld van zo'n beschreven methode is de focusgroep. Heel verhelderend is de vergelijkende tabel voor participatieve methoden, waarin doelstelling, thema, deelnemers, tijd en kosten per methode in beeld gebracht zijn. De documenten zijn te downloaden via www.kbs-frb.be.

De site 'community Tool Box (<http://ctb.ku.edu/>)' biedt 6000 pagina's met praktische informatie over 250 verschillende onderwerpen om gezondheidsbevordering op community niveau te ondersteunen. Met name de 'CTB Framework for Building Healthier Communities: A Gateway to Illustrative Tools' biedt aanknopingspunten.

Een site die veel informatie, verwijzingen, en links biedt voor tools, methoden en technieken rondom 'multi-Stakeholder Processes and Social Learning' is de MSP Resource Portal van de Wageningen Universiteit: <http://portals.wi.wur.nl/msp/index.php?Methodologies>.

Voor degenen die geïnteresseerd zijn in tools voor samenwerking in ketens en netwerken (met name gericht op het bedrijfsleven) is www.atoapps.nl mogelijk interessant en het boek van Batterink e.a. (2004). Een andere site is www.ketens-netwerken.nl. Dit is de website van het Virtueel Platform 'Ketens & Netwerken' met (praktijk)kennis over samen werken in ketens en netwerken. Tot slot is er nog de site van ICRA: www.icra-edu.org. Deze gaat over onderzoek op het terrein van landbouw in ontwikkelingslanden, maar de issues en strategieën zijn de moeite van het bekijken en vergelijken waard.

Box 16. Tools voor community participatie

Een korte handleiding met aanwijzingen hoe een community audit uit te voeren is te vinden op de site www.renewal.net. Een soortgelijke, waarnaar die van renewal.net verwijst, is factsheet community audits, te downloaden via www.ruralcommunitynetwork.org. Dit is een praktische lijst van zaken waaraan gedacht moet worden bij het uitvoeren van een community audit.

Een mogelijk nog interessantere site is die van www.neweconomics.org, onder het kopje community appraisal zijn een aantal technieken en tools vermeldt onder de titel: 'Participation works! 21 techniques of community participation for the 21st century'. Een andere site is die van de U.S. Environmental Protection Agency: www.epa.gov waarop links naar 'Tools for Public Involvement' te vinden zijn.

Het CBO, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg heeft recent een toolbox ontwikkeld 'Patiëntenparticipatie in ketenzorg' (Van der Avoort, 2007). Het doel is dat het perspectief van patiënten inzichtelijk wordt gemaakt. In een beslisschema wordt duidelijk gemaakt welk instrument kan worden ingezet, afhankelijk van het doel van de participatie, de fase, het niveau waarop wordt samengewerkt en de deelnemers.

Box 17. Participatieladders

De vorm van doelgroep participatie, ook wel de mate van participatie of het niveau van participatie wordt vaak geoperationaliseerd in de vorm van een ladder. Veel ladders zijn gebaseerd op de participatieladder van Arnstein (1969), bijvoorbeeld de participatieladder van Pretty (1995).

De ladder van Arnstein (1969) bestaat uit een continuüm van niveaus waarop burgers of wijkbewoners kunnen participeren in lokaal gezondheidsbeleid. De schaal, op ordinaal niveau, loopt af van volledige zeggenschap (zelfbestuur), via steeds zwakkere vormen van participatie, tot aan de laagste sport, manipulatie. De onderste trede staat voor een volledige top-down benadering terwijl de bovenste trede staat voor een volledige bottom-up benadering.

De gevonden meetinstrumenten zijn onderverdeeld naar intersectorale samenwerking en community participatie. Eerder is opgemerkt dat ook informele en incidentele momenten van samenwerken en participeren gemeten moeten worden, maar vrijwel geen enkel instrument meet expliciet deze vormen van samenwerken en participeren. Wel kunnen bestaande instrumenten uitgebreid of aangepast worden om ook informele en incidentele vormen van samenwerken en participeren te meten. De relatiedimensie, zoals beschreven in paragraaf 3.3. kan hiertoe de benodigde aanknopingspunten bieden. De meetinstrumenten voor intersectorale samenwerking en community participatie staan respectievelijk in tabel 3 en 4 en zijn beschreven in de bijlagen (5 en 6).

4.2. Intersectorale samenwerking

Meetinstrumenten voor intersectorale samenwerking zijn vaak ontwikkeld voor een bepaalde fase, maar kunnen ook in andere fasen ingezet worden. Fasen lopen in de praktijk door elkaar heen en evaluatie kan ook tussentijds plaats vinden. De instrumenten voor de eerste fase zijn bedoeld om te kijken of het zinvol is een samenwerkingsverband op te starten. Er is hierin onderscheid te maken tussen instrumenten die gebruikt kunnen worden door de coördinator van een (te starten) samenwerkingsverband: NISB (2005); Verbeke e.a., (2004); Brown (2005) en instrumenten die door potentiële partners ingevuld kunnen worden: Morton (2000);

Himmelman (2002), met het doel te bepalen of deelname aan het samenwerkingsverband zinvol is. Sommige instrumenten bestrijken meerdere fasen van een project, zoals Himmelman (2002) en Brown (2005). Voor Verbeke (2004) geldt dit ook, maar zijn er checklisten voor verschillende fasen.

Tabel 3. Meetinstrumenten intersectorale samenwerking naar fase.

Wat wordt gemeten? → Fase project ↓	Intersectorale samenwerking
1. Idee ontwikkeling	NISB (2005). Intersectorale samenwerking 0-meting en structurele inbedding 0-meting. Verbeke e.a. (2004). Netwerken en lokaal welzijnsbeleid. Checklist 1. Himmelman (2002). Collaboration for change. Morton (2000). Purposeful Partnerships. Brown (2005). Coalition Checklist.
2. Contacten leggen	Verbeke e.a. (2004) Netwerken en lokaalwelzijnsbeleid. Checklist 2 en 3. Himmelman (2002). Collaboration for change.
3. Afspraken, planning en organisatie	NISB (2005). Probleemdefinitie en taak en rolanalyse. Verbeke e.a. (2004). Netwerken en lokaal welzijnsbeleid. Checklist 4. Himmelman (2002). Collaboration for change. Brown (2005). Coalition Checklist.
4. Uitvoering	NISB (2005). Een praktisch knelpunt. Verbeke e.a. (2004) Netwerken en lokaal welzijnsbeleid. Checklist 4,5 en 6. Himmelman (2002). Collaboration for change. Brown (2005). Coalition Checklist.
5. Evaluatie	NISB (2005). Intersectorale samenwerking 1-meting en Lokale samenwerking. Verbeke e.a. (2004) Netwerken en lokaal welzijnsbeleid. Checklist 7 en 8. Himmelman (2002). Collaboration for change. Himmelman (2002). Partnership Quotient self-assessment. Borden en Perkins (1999). Assessing Your Collaboration. Lewis (2002). Nonprofit Organizational Assessment tool. Schulz (2003). Closed-ended Survey Questionnaire for Board Evaluation. Taylor-Powell e.a. (1998). Internal Collaborative Functioning Scales. Taylor-Powell e.a. (1998) Community Group Member Survey. Rifkin (1998; 2000). Participatiemeetinstrument.
6. Duurzaamheid ⁸	NISB (2005). Structurele inbedding. 1-meting. Verbeke e.a. (2004). Netwerken en lokaal welzijnswerk. Checklist 8.

4.3. Community participatie

Ook voor community participatie geldt dat de meeste instrumenten voor handen zijn in de fasen idee ontwikkeling en evaluatie. Voor het in kaart brengen van een community, ofwel diagnose, is meestal de programma coördinator de persoon die de gegevens verzamelt en invult. Drie meetinstrumenten zijn bedoeld om gegevens te verzamelen onder de leden van de community. Dit zijn de vijf vragenlijsten van Jakes en Shannon (2002), de contactladder (Van der Graaff e.a., 2006) en de vragenlijst van Onyx en Bullen (2000). In de evaluatiefase is alleen de participatieladder van Pretty (1995) geschikt om ook door de mensen in een community in te laten vullen. De andere drie moeten door de coördinator, een professional of de partners van het samenwerkingsverband ingevuld worden.

Tabel 4. Meetinstrumenten community participatie

Wat wordt gemeten? → Fase project ↓	Community participatie
1. Idee ontwikkeling	Jakes & Shannon (2002). Five community surveys. Darling and Randell (1996). Building Healthy Community Checklist. Eng en Blanchard (2005). Action Oriented Community Diagnosis Procedure. Eng e.a. (2005) Community member key Informant Interview guide. Van der Graaf e.a. (2006) (Contactladder© Verwey Jonker Instituut. Onyx and Bullen (200). Measuring Social Capital. Bopp e.a., (1999). Assessing Community Capacity for Change
2. Contacten leggen	
3. Afspraken, planning en organisatie	
4. Uitvoering	
5. Evaluatie	Pretty (1995). Participatieladder. Visser e.a., (2007) NIGZ Empowerment kwaliteitinstrument. South e.a., (2004). Well Connected! A Self assessment tool.
6. Duurzaamheid ¹¹	

4.4. Samenvatting

1. Meetinstrumenten zijn vaak ofwel gericht op samenwerkingsverbanden ofwel op community participatie.
2. Vrijwel geen enkel instrument besteed aandacht aan informele en incidentele momenten van samenwerken en participeren.
3. Instrumenten zijn vaak ontwikkeld voor een bepaalde fase waarin samenwerking zich bevindt en voor de projectleider dan wel de partners.
4. De bestaande instrumenten zijn gebruikt bij het opstellen van nieuwe instrumenten.

5. Ontwikkeling van de meetinstrumenten en toepassing

5.1. Ontwikkeling van meetinstrumenten

Op basis van de bestaande meetinstrumenten is gekeken welke instrumenten geschikt zijn voor de praktijk. Dit is voor de GGD Eindhoven, de GGD Amsterdam en de GGD Gelre-IJssel afzonderlijk gedaan. Wel is het zo dat voor de GGD Gelre-IJssel de positieve ervaringen in Eindhoven een belangrijke rol hebben gehad in de keuze voor het instrument. In deze paragraaf wordt de keuze voor de meetinstrumenten nader toegelicht. De volgende vier paragrafen beschrijven de ontwikkelde meetinstrumenten en de toepassing ervan in de praktijk.

De selectie van meetinstrumenten is voornamelijk gebaseerd op de behoeften in de praktijk van de GGD'en. Op basis van de variabelen zoals weergegeven in Tabel 3 is gekeken welke daarvan passen bij het project en de fase waarin het project zich bevindt. Uitgangspunt was dat de meetinstrumenten en werkwijzen in overeenstemming zijn met de uitgangspunten van gezondheidsbevordering zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Meetinstrument en werkwijze zijn nauw met elkaar verweven, zowel bij de ontwikkeling van de meetinstrumenten als bij het toepassen ervan. Met werkwijze wordt bedoeld de wijze waarop een instrument gebruikt kan worden. Eén instrument kan op verschillende wijzen toegepast worden.

Gezamenlijk is bepaald welk instrument ontwikkeld kan worden, met daarbij als uitgangspunt dat het gaat om het meten van sociaal draagvlak. Een tweede belangrijke drijfveer voor de keuze en samenstelling van de meetinstrumenten met de bijbehorende werkwijzen is dat deze niet alleen een evaluatiefunctie hebben en het programma faciliteren, maar ook bijdragen aan de betrokkenheid van de samenwerkingspartners of doelgroep. Dat betekent dat de instrumenten leuk en motiverend moeten zijn. Als inspiratie hiertoe is appreciative inquiry gebruikt, een vorm van interviewen die op een positieve wijze mensen stimuleert. Het doel hiervan is niet zozeer om de problemen te analyseren, maar te kijken naar de mogelijkheden die er zijn en naar de gewenste situatie. Appreciative Inquiry wordt voornamelijk gebruikt om veranderingen binnen organisaties te faciliteren, enerzijds door het vragen naar succeservaringen uit het verleden, anderzijds door te vragen naar ideeën voor de toekomst (zie ook box 18).

Box 18. Appreciative Inquiry

Appreciative inquiry is een methode voor verandering, oorspronkelijk ontwikkeld op het terrein van organisatie management (Cooperrider e.a., 2005). Appreciative Inquiry is een vorm van onderzoek dat selectief de 'energie-gevende' krachten lokaliseert en belicht. Het idee hierachter is dat mensen toegroeien naar datgene wat hen energie geeft, zoals planten toegroeien naar hun bron van licht. Appreciative Inquiry focust niet alleen op de toekomst, het doel is om op het moment zelf een energie te creëren die mensen stimuleert en committeert tot verandering, in de zin dat zij die positieve toekomst willen bereiken.

Het Appreciative Inquiry proces bestaat uit vijf componenten, ook wel 5 D model genoemd:

- 1) Definition;
- 2) Discovery: de positieve vraag stellen. Men gaat op zoek naar het beste wat er is, door bijvoorbeeld te vragen naar succeservaringen;
- 3) Dream: het visionaire proces, waarin men zich voorstelt wat zou kunnen zijn;
- 4) Design: stappen om het gewenste te creëren, of met andere woorden, men gaat in dialoog over wat zou moeten zijn en
- 5) Destiny: vaststellen en invoeren van wat er moet zijn.

In een Appreciative interview zijn twee fasen te onderscheiden:

- 1) goede verhalen uit het verleden, persoonlijke ervaringen en
- 2) toekomstbeeld, hoe zou de toekomst er het beste uitzien?

Uit eerder onderzoek komt naar voren dat het interviewen op basis van deze methode leidt tot leuke gesprekken waaraan mensen graag vervolg willen geven (Michael, 2005). Ook is de methode succesvol ingezet voor empowerment van oudere mensen in Zweden in de vorm van workshops (Melander-Wikman e.a., (2006). Meer informatie over appreciative inquiry is te vinden in het artikel van Morore en Charvat (2007), op de site <http://appreciativeinquiry.case.edu/> en op <http://www.appreciative-coach.com/wp-content/uploads/2007/06/gespreksleiddraad-waarderende-coaching.pdf>

Appreciative Inquiry kan worden vertaald met de term waarderend en begrijpend interviewen en onderzoeken. In het vervolg wordt de term 'waardierend interviewen' gebruikt omdat deze het best past in het kader van dit onderzoek: 'het zoeken naar mogelijkheden om elkaar te ondersteunen en stimuleren bij het vorm geven van community projecten'.

In Tabel 5 is appreciative inquiry vergeleken met probleemgerichte benaderingen.

Tabel 5. Probleemgerichte benadering en waarderend interviewen (Cooperrider e.a., 2005).

Probleemgerichte benadering	Waarderend interviewen
Gevoelde noodzaak. Identificatie van het probleem	Waarderen van het beste dat er nu al is
Analyse van de oorzaken	Verbeelden hoe de organisatie kan worden
Analyse van de mogelijke oplossingen	Dialoog over hoe het moet gaan worden
Actie	Implementeren van de gewenste veranderingen.

Bewust is gekozen voor andere instrumenten dan de ons al bekende instrumenten.

In Eindhoven is in de laatste drie ronden van het actiebegeleidend onderzoek ervaring opgedaan met het participatiemeetinstrument van Rifkin (1998; 2000) en de participatieladder van Pretty (1995). Daartoe zijn beide instrumenten aan elkaar gekoppeld (Weijters en Koelen 2002; Weijters en Koelen 2003; Van Gemert, 2006). Ook is dit instrument in Amsterdam gebruikt (Van 't Riet e.a., 2006).

De ervaring is dat deze instrumenten niet altijd gemakkelijk toepasbaar zijn. Respondenten vinden het lastig om een score te geven op de variabelen van Rifkin: project organisatie, management, mobilisatie van mensen en middelen, leiderschap en behoeftenbepaling (Weijters en Koelen, 2002). Wanneer respondenten bekend zijn met de begrippen, doordat zij het instrument al eerder hebben gebruikt, is het gemakkelijker om te scoren (Weijters en Koelen, 2003). Het gevolg was dat zowel in de derde als de vierde ronde in Eindhoven de scores over participatie onnauwkeurig zijn ingevuld. De respondenten schreven dit toe aan het feit dat bevolkingsparticipatie nog maar nauwelijks op gang was gekomen.

De conclusie is dat om de ladder van Pretty toe te kunnen passen duidelijk moet zijn op wie de bevolkingsparticipatie betrekking heeft. Zijn dit de afgevaardigden van de bewoners die in de projectgroep deelnemen, de vrijwilligers die helpen bij een activiteit of degenen die deelnemen aan de activiteit? Ook moet helder zijn om welke activiteit het precies gaat. De bevolkingsparticipatie kan voor de ene activiteit heel hoog zijn en voor een andere niet. Bijvoorbeeld is de buurtwandeling volledig door bewoners opgezet, uitgevoerd en betaald (niveau 6 of 7 op de participatieladder van Pretty). De gezondheidsmarkt is georganiseerd door de GGD die mensen inhuurt. De bewoners worden geïnformeerd (niveau 1) of de bewoners helpen mee in ruil voor een beloning (niveau 4). Vragen rondom concrete activiteiten worden doorgaans wel goed beantwoord door buurtbewoners.

In de vijfde evaluatieronde in Eindhoven is niet aan alle leden van de projectgroep gevraagd om te scoren. De verwachting was, op basis van het uittesten van de vragen bij twee GGD medewerkers, dat dit te abstract zou zijn.

Het inzichtelijk maken van de waardering voor bepaalde aspecten van participeren en samenwerken middels het geven van (rapport)cijfers laat goed zien welke punten goed gaan en waar verbetering mogelijk is. Herhaaldelijk meten maakt verschillen gedurende de tijd zichtbaar.

Samenvattend zijn instrumenten gezocht die:

- Sociaal draagvlak evalueren, faciliteren en stimuleren;
- Het samenwerkingsproces bevorderen;
- Leuk zijn om te doen;
- Waarin principes van waarderend interviewen toegepast kunnen worden;
- Praktisch en gemakkelijk zijn;
- Eenvoudig zijn opdat alle deelnemers mee kunnen doen;
- Relatief weinig tijd en geld kosten;
- Een scoretoekenning bevatten opdat resultaten visueel gemaakt kunnen worden;
- Gecombineerd kunnen worden met verschillende werkwijzen (eveneens stimulerend).

Voor intersectorale samenwerking is gekozen voor het samenstellen van een nieuwe checklist op basis van de acht checklisten van Verbeke e.a. (2004), ontwikkeld in het lokaal welzijnswerk in België. Een belangrijke motivatie voor de keuze van Verbeke is dat de verschillende dimensies van samenwerken gemeten worden. Daarnaast speelde mee dat de checklisten al in het Nederlands zijn, dus niet vertaald hoefden te worden.

De ontwikkelde checklist is tweemaal op verschillende wijze getoetst in de praktijk. In Eindhoven is de checklist gebruikt in het kader van het actiebegeleidend onderzoek in Lakerlopen, één van de buurten van het programma 'Gezond in de buurt' van de GGD Eindhoven. Voor de Academische Werkplaats AGORA is de checklist toegepast om inzicht te krijgen in het functioneren van de Academische Werkplaats. Binnen deze Academische Werkplaats vindt onderzoek plaats naar 'gezond ouder worden'.

Box 19. Focusgroepgesprekken

Een focusgroepgesprek is een interactieve methode (Hancock en Minkler 2005; Slocum, 2006) die vaak wordt toegepast in het vaststellen van de behoeften in een gemeenschap. In een focusgroep worden een aantal mensen van de doelgroep bij elkaar gebracht. Onder leiding van een professional wordt hun gevraagd naar de gevoelens en behoeften van de community. Meestal gebeurt dit aan de hand van een aantal vragen of stellingen.

Hancock and Minkler (2005) benadrukken het belang van het stellen van vragen aan mensen uit de community. Nog mooier is als mensen uit de community zichzelf vragen gaan stellen, waardoor er zinvolle discussies ontstaan over de community, gezondheid en een gezonde leefomgeving. Doordat mensen uit de community betrokken worden bij het onderzoek en/of het (ontwikkelen van) een programma zijn focusgroepgesprekken een methode om draagvlak te creëren en te vergroten. In vergelijking met andere participatieve methoden is het focusgroepgesprek goedkoop en kost het weinig tijd (Slocum, 2006, p. 27)

In het kader van doelgroep participatie is een individuele vragenlijst ontwikkeld voor Ghanese vrouwen en een vragenroute voor een focusgroepgesprek (zie box 19) met mensen die al deelnemen aan een beweeginterventie.

Box 20. Big!Move

Een arts en een fysiotherapeut zijn samen, op basis van eigen inspiratie, ervaringen en literatuuronderzoek het project 'Big!Move' gestart; een opzet voor lokale gezondheidsbevordering vanuit de eerstelijnszorg. Big!Move is een project van Gezondheidscentrum Venserpolder, een achterstandswijk in Amsterdam Zuidoost. Deze wijk wordt bevolkt door mensen uit vele culturen, de meerderheid van Surinaamse en Antilliaanse afkomst. De patiënten kampen met overgewicht, suikerziekte, hart- en vaatziekten, spanningen en moeheid. Het doel van het project is door een verandering in het zorgaanbod een proces van gezondheidsbevordering op gang te brengen. Het programma is erop gericht de bewoners te helpen de greep op hun eigen gezondheid te vergroten. Activiteiten die in het kader van het project plaats vinden zijn dansen, zwemmen, fietsen, fitness, kinderactiviteiten en ouderenactiviteiten.

Voorafgaand aan deelname is er een intakegesprek waarin functioneren, motivatie en mogelijkheden aan bod komen. Gewicht, bloeddruk en conditieniveau wordt gemeten. Aan de hand hiervan wordt bepaald welke activiteit passend is. www.bigmove.nu (geraadpleegd op 12 april 2007).

Beide instrumenten zijn ontwikkeld voor het project 'Diabetespreventie' van GGD Amsterdam en Amsterdam Thuiszorg. In dit project gaat het om het voorkomen en opsporen van diabetes en het verbeteren van bestaande diabeteszorg. Hoewel de activiteiten voor alle Amsterdammers zijn, worden extra interventies ingezet voor allochtone bevolkingsgroepen, gezien de verhoogde diabetes prevalentie bij deze groepen. GGD Amsterdam is betrokken bij het onderdeel 'voorkoming van diabetes bij de gezonde bevolking'. De Ghanese vrouwen zijn voor de GGD Amsterdam een nieuwe doelgroep. In de ontwikkelde vragenlijsten zijn vragen opgenomen van Jakes en Shannon (2002) om participatie te meten. Voor een voedingsinterventie wordt geworven onder mensen die al deelnemen aan een beweeginterventie. Een deel van deze mensen doet dit in het kader van Big!Move (box 20). Dit zijn voornamelijk mensen van Hindoestaanse komaf. Zij worden uitgenodigd voor een focus groepgesprek waarvoor een vragenroute is ontwikkeld. Tabel 6. geeft een overzicht van de ontwikkelde instrumenten.

Tabel 6. Overzicht gekozen meetinstrumenten.

Ontwikkeld Meetinstrument	Intersectorale samenwerking		Community participatie	
	Checklist intersectorale samenwerking	Checklist intersectorale samenwerking	Vragenlijst doelgroep-Participatie	Vragenroute doelgroepparticipatie
Instrumenten en werkwijzen gebruikt voor het ontwikkelen:	Verbeke e.a. (2004) In speciale vergadering.	Verbeke e.a. (2004) Individuele interviews Appreciative Inquiry	Jakes en Shannon (2002) Appreciative Inquiry	Appreciative Inquiry Focusgroep
Ontwikkeld samen met:	GGD Eindhoven	GGD Gelre-Ijssel	GGD Amsterdam	GGD Amsterdam
Voor:	Werkgroep 'Hart voor Lakerlopen'	Academische Werkplaats AGORA	Ghanese vrouwen en hun sleutelinformanten	Amsterdammers (met name Hindoestanen) die al mee doen aan een beweeginterventie
Ingevuld of beantwoord of deelgenomen door:	Leden van de werkgroep	Projectgroep groot: onderzoekers, projectleiders en adviseurs.	Ghanese vrouwen en hun sleutelinformanten	Hindoestaansen vrouwen en mannen.
Projectfase:	Fase 3. Planning en organisatie Fase 4. Uitvoeren	Fase 1. Idee ontwikkeling Fase 2. Contacten leggen.	Fase 1. Idee ontwikkeling. Fase 2. Contacten leggen.	Fase 1. Idee ontwikkeling Fase 2. Contacten leggen. Fase 3. Planning en organisatie. Fase 4. Uitvoering.
Toepassing:	Januari 2007	April 2007	September 2007	Juni – September 2007

In de volgende vier paragrafen wordt de ontwikkeling en toepassing van de meetinstrumenten beschreven. Hieronder is de checklist gebruikt in Eindhoven voor de Werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' ingevoegd. De checklisten met de scores staan in bijlagen 7 en 9. Handleiding 1 is een gebruiksaanwijzing voor de checklist. Een deel van de vragenlijst zoals ontwikkeld voor Ghanese vrouwen in Amsterdam is opgenomen (Bijlage 10 bevat de volledige vragenlijst). Ten slotte is de vragenroute voor het focusgroepgesprek bijgevoegd. Voor deze instrumenten is het principe van waarderend interviewen toegepast (zie ook handleiding 2).

Meetinstrument 1. Checklist werkgroep 'Hart voor Lakerlopen'.

	nee	eerder niet	niet wel	eerder wel	Ja
1 'Gezond in de buurt' is een aanwinst voor het project 'Hart voor Lakerlopen'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Voor het thema 'Gezond in de buurt' zitten de juiste mensen in de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Goede samenwerking in de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' staat of valt met de gelijkwaardigheid van de partners.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 De inbreng in de werkgroep vanuit de buurt en/of buurtbewoners is naar volle tevredenheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ik heb er vanuit mijn functie / organisatie direct belang bij te participeren aan de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ik ben in staat mij voldoende in te zetten (tijd, middelen) voor 'Hart voor Lakerlopen'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ik voel mij betrokken bij 'Gezond in de buurt'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ik kan een deskundige bijdrage leveren aan 'Gezond in de buurt'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Er is overeenstemming over 'Gezond in de buurt' onder de leden van de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen'. (Denk hierbij o.a. aan doel, werkwijze en planning).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 De werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' boekt tussentijds (kleine) succesjes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 De werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' functioneert goed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 De werkgroepleden werken constructief samen en weten elkaar te vinden als er iets gebeuren moet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 De werkgroepleden voeren besluiten en acties loyaal uit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Ik koppel informatie uit de werkgroep terug naar naaste medewerkers binnen mijn eigen organisatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Ik koppel informatie uit de werkgroep terug naar de leidinggevende/management in mijn eigen organisatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Ik creëer goodwill en betrokkenheid voor de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' binnen mijn organisatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Er is een goede terugkoppeling vanuit de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' naar de coördinerende ambtenaren en het lokaal beleid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 De werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' is bereid in de loop van de tijd andere partners op te nemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 De werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' slaagt erin om anderen te mobiliseren voor haar acties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 De werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' heeft een goed imago in de buitenwereld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meetinstrument 2. Vragenlijst doelgroep participatie (volledige vragenlijst zie bijlage 10).

De vragenlijst voor Ghanese vrouwen.

Introductie

Wij willen graag praten met u over gezondheid, hoe u hier tegen aan kijkt en wat u er eventueel aan wilt doen. Ook gaat het gesprek over overgewicht en suikerziekte/diabetes.

Overgewicht (of diabetes) is een groot probleem. Steeds meer mensen krijgen er mee te maken. Wij willen daar wat aan gaan doen. Dat willen we graag doen met u en andere mensen in uw gemeenschap. Daarom willen wij van u weten wat uw mening is over een aantal onderwerpen. Het is belangrijk dat u zegt wat u denkt. Alle antwoorden zijn goed.

1. Eerst wil ik wat vragen over uw gemeenschap. Met welke mensen in uw omgeving gaat u het meest om?

Familie Vrienden Kerk Buurt Anders.....

2. Bent u betrokken bij deze mensen? Graag wil ik weten of u het er heel erg mee eens bent, mee eens, klein beetje eens of niet mee eens.

	Zeer mee eens	Mee eens	Klein beetje eens	Niet eens
Ik voel mij betrokken bij mijn gemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Kunt u vertellen hoe u met hen betrokken bent?

4. Ook bij de volgende vraag wil ik graag weten of u het er heel erg mee eens bent, mee eens, klein beetje eens of niet mee eens.

	Zeer mee eens	Mee eens	Klein beetje eens	Niet eens
Ik neem deel aan activiteiten in mijn gemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Aan welke activiteiten neemt u deel? En aan welke activiteiten zou u graag deel willen nemen?

6. Kunt u een voorbeeld geven van een activiteit die u erg leuk vond om aan deel te nemen?

7. Waarom was het leuk om aan deze activiteit deel te nemen (doorvragen)?

8. Wat betekent gezondheid voor u?

9. Wat is belangrijk om gezond te kunnen zijn/blijven?

Denk aan:

- Familie en vrienden
- Contacten met andere mensen
- Werk hebben
- Niet roken
- Voeding
- Bewegen
-

10. Praat u wel eens met andere Ghanese vrouwen?

Zo ja, waar praat u over met andere Ghanese vrouwen?

Praat u ook wel eens over voeding?

11. Vindt u voeding belangrijk voor uw gezondheid?

Waarom wel/niet?

Hoe ziet gezonde voeding er volgens u uit?

Zou u gezonder willen eten? Wat heeft u daar voor nodig?

Denk aan:

- Ondersteuning van echtgenoot, anderen....
- Aanbod van winkels
- Prijs van gezond eten
- Informatie over gezond eten
- Kooklessen
-

12. Kunt u voor de volgende uitspraak aangeven in welke mate u het er mee eens bent.

	Zeer mee eens	Mee eens	Klein beetje eens	Niet mee eens
Als er een cursus over voeding komt, doe ik mee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Waarom lijkt het u (niet) leuk om mee te doen?

14. Hoe vaak beweegt u?

Denk aan activiteiten waarbij u licht gaat zweten, bijvoorbeeld traplopen, fietsen, wandelen. In minuten invullen.

Week	Ma	Di	Wo	Do	Vrij	Za	Zo	Weektotaal
Fietsen								
Lopen								
Actiemomenten								
Sporten								
Huishouden								
Dagtotaal								

Zo ja, wat doet u?

Hoe vaak in de week? Hoe lang per keer? In tabel invoegen.

Vindt u bewegen belangrijk voor uw gezondheid?

Zou u meer willen bewegen dan u nu doet?

Zo nee, waarom niet?

Zo ja, wat zou u willen doen?

Wat stimuleert u om meer te gaan bewegen?

Samen met anderen

aanbod

Goede prijs van activiteiten

bereikbaarheid

.....

15. Kunt u voor de volgende uitspraak aangeven in welke mate u het er mee eens bent.

Zeer mee eens Mee eens Klein beetje eens Niet mee eens

Als er een cursus 'bewegen' komt, doe ik mee.

16. Waarom doet u wel/niet mee?

17. Kunt u voor de volgende uitspraak aangeven in welke mate u het er mee eens bent.

Zeer mee eens Mee eens Klein beetje eens Niet mee eens

Ik help graag mee met het organiseren van een activiteit

18. Wat vindt u leuk om te doen?

19. Met wie wilt u dit graag samen doen?

Afronding van het interview

20. We zijn van plan om binnenkort activiteiten op te zetten, en doen dat op basis van het gesprek met u en anderen. Bent u geïnteresseerd om hier in een groep met ons over te praten? Zo ja, afspraak maken.

21. Weet u nog iemand die we ook over dit onderwerp vragen kunnen stellen?

Waarom is hij of zij belangrijk om te vragen?

Hoe kunnen we in contact komen met hem of haar?

22. Dit was het interview.

Wat vond u van het interview?

Meetinstrument 3. Vragenroute voor focusgroepgesprek

Vragenroute diabetespreventie

Doelen focusgroep:

1. Inventariseren behoeften en interesses van deelnemers
 - welke onderwerpen
 - welke vorm (cursus, contactmomenten, duur).
2. Betrokkenheid en enthousiasme opwekken
 - aansluiten bij positieve ervaringen tot op heden
 - leuk en gezellig met elkaar wat doen

Opzet bijeenkomst:

1. Introductie. Naar aanleiding van beweeginterventie: Wat vindt u leuk?

2. Vragen over voeding:

Introductie:

Wat eten jullie als je iets gezelligs doet met elkaar, feestje...

Als het over voeding gaat, wil ik graag weten.....

Als het over voeding gaat, wil ik graag doen.....

Als het over voeding gaat, wil ik graag lijkt het me leuk om.....

Zet op flappen. In het achterhoofd:

- Soort producten
- Vetgehalte
- Suikergehalte
- Bereidingswijze
- Hoeveelheden
- Alternatieven
- Gezin, familie, cultuur
- Tijdstip van maaltijden en tussendoortjes

3. De onderwerpen die op de flappen zijn gezet door de deelnemers laten prioriteren. Alle deelnemers krijgen vijf stickertjes die ze bij de onderwerpen kunnen plakken. Meer stickertjes bij één onderwerp plakken mag.
4. We gaan een cursus over voeding organiseren met jullie.
Wat is dan een goede vorm? - drie bijeenkomsten van 2,5 uur?
Welke lokatie is geschikt voor de cursus?
5. Tot slot nog rondje met vragen en groene of rode kaart omhoog. Tel de uitkomsten.
 - a. Als de cursus komt doe ik graag mee? Waarom wel, waarom niet?
 - b. Ik vind het leuk om met deze mensen de vervolgcursus te doen.
 - c. Ik ken nog andere mensen die ook graag mee willen doen.
 - d. Ik wil helpen bij het voorbereiden/opzetten van de cursus. Ja mensen vragen en noteren
6. Afspraak voor vervolg.

5.2. Checklist intersectorale samenwerking Eindhoven

Doel checklist

Het instrument is aangepast en gebruikt in een speciale bijeenkomst met de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' in het kader van actiebegeleidend onderzoek rond het GGD-project 'Gezond in de buurt' in de buurt Lakerlopen.

'Gezond in de buurt' is in Lakerlopen aangehaakt bij de al bestaande werkgroep 'Hart voor Lakerlopen', die zich richt op het behouden en bevorderen van de leefbaarheid en de sociale samenhang tijdens de wijkvernieuwing in de buurt Lakerlopen.

Het doel van de bijeenkomst was tweeledig:

Via gezamenlijke discussie zicht krijgen op successen en verbeterpunten in de (samen)werking van de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen', om van daaruit prioriteiten te kunnen vaststellen voor nader onderzoek.

Werkgroepleden motiveren voor het actiebegeleidend onderzoek.

Samenstelling van de checklist

De checklist is samengesteld op basis van de checklisten van Verbeke e.a. (2004). Er is gekozen voor items uit vijf verschillende checklisten⁹:

1. geschiktheid van partners (7 items)
2. taakdimensie van de werkgroep (3 items)
3. relatiedimensie van de werkgroep (2 items)
4. groeidimensie van de werkgroep (6 items)
5. profilering van de werkgroep (1 item)

De checklist meet verschillende variabelen zoals bijeen opgeschreven in tabel 2. Variabelen betreffen kenmerken en percepties van betrokkenen (item 2 en 5-8), kenmerken en processen van het samenwerkingsverband (item 3,4,9,11-15 en 18) en invloed en uitkomsten (item 1,10,16,17,19 en 20).

De items uit de checklist zijn gerelateerd aan de variabelen uit tabel 2. Het is lastig om de items onder te brengen bij variabelen, omdat de interpretatie van een item ligt bij degene die de checklist invult. Aan de hand van de discussie naar aanleiding van de scores op de items wordt pas duidelijk om welke variabelen het gaat. Om deze reden is de tabel alleen ingevuld voor de kwalitatieve variabelen.

Items meten (mogelijk) vaak meerdere variabelen. Bijvoorbeeld item 2 dat gaat over de juiste mensen. Hierbij kan het gaan om mensen die betrokken zijn, mensen die representatief zijn, mensen met de juiste expertise, etc. De items die heel duidelijk een variabele vertegenwoordigen zijn vet weergegeven. Sommige items kunnen een variabele meten uit zowel de categorie kenmerken en processen van het samenwerkingsverband als de categorie kenmerken en percepties van betrokkenen. Bijvoorbeeld item 4: De inbreng van verschillende betrokkenen is naar volle tevredenheid. Hierbij kan zowel naar de individuele betrokkenheid beoordeeld worden als de betrokkenheid van alle mensen in het samenwerkingsverband.

Tabel 7. Variabelen gemeten door de checklist intersectorale samenwerking Eindhoven

	Kwalitatieve variabelen	Item uit de checklist
Kenmerken en processen van het samenwerkingsverband	Visie en missie	1, 9
	Gezamenlijk doel	9
	Wederzijdse afhankelijkheid	12,
	Plan en planning	9, 11
	Taak- en rolverdeling	4, 11, 18
	Besluitvormingsproces	
	Slagvaardigheid	12, 13, 18, 21
	Diversiteit van samenwerkingspartners	2, 18
	Mate van samenwerken/participatie ⁴	4
	Vertrouwen en respect	
	Openheid/flexibiliteit	18
	Gelijkwaardigheid partners	3
	Ondersteuning(financieel en middelen)	6
	Leiderschap	
	Machtsverhoudingen ⁵	3
	Overleg,communicatie (intern)	
	Communicatie (extern)	14, 15, 16, 17
	(Capaciteit voor) netwerkmanagement ⁷	17, 21
	Werkrelatie	12
	Documentatie	
Evaluatie		
Feedback		
Tijd (prioriteit)	4	
Kenmerken en percepties van betrokkenen	Betrokkenheid/motivatie	2, 5, 7, 13
	Inzet	4, 13
	Tevredenheid	7
	Compententies/vaardigheden	2, 8
	Kennis/expertise	2, 8
	Representativiteit	2, 5
	Verwachtingen	1
	Ownership	5, 7
	Vrijwillig of betaald	6
	Mate van participatie ⁴	4
	Draagkracht ⁶	6
	Tijd (prioriteit)	6
Invloed en uitkomsten	Welke doelgroepen zijn bereikt (participatiebereik)	10, 19
	Mate van participatie ⁴	10, 19
	Participatie tevredenheid	10, 19
	Participatie resultaat	10, 19
	Netwerken	10, 19
	Zichtbaarheid uitkomsten	10,
	Imago	20

De keuze voor de items is gemaakt op basis van inhoudelijke en praktische criteria. Inhoudelijk is vooral gekeken naar items die aansluiten bij het karakter van de werkgroep en de plaats die 'Gezond in de buurt' daarin heeft. De items geven inzicht in het huidige functioneren van de werkgroep, in zaken die de werkgroepleden als successen ervaren en zaken die beter kunnen, de verbeterpunten.

Om de checklist aantrekkelijk te houden en praktisch aan te laten sluiten bij het doel van de bijeenkomst is het aantal items beperkt tot 20, waarvan 19 uit de lijsten van Verbeke e.a. afkomstig zijn. Bij de selectie van items is er naar gestreefd alle onderwerpen aan bod te laten komen. Eén item, de eerste stelling, is door de onderzoekers toegevoegd. De formuleringen zijn aangepast aan de setting van dit onderzoek.

Het doel van de checklist was tweeledig:

1. Een bijdrage leveren aan de gezamenlijke discussie (zie doel 1 van de bijeenkomst). De werkgroepleden is gevraagd aan het begin van de bijeenkomst de checklist in te vullen vanuit hun eigen ervaring en perspectief. Op basis van de individuele beoordeling is gezamenlijk discussie gevoerd. Na de bijeenkomst zijn de scores uitgerekend (zie bijlage 7).
2. Het zichtbaar maken van veranderingen in de tijd. De checklist kan na enige tijd opnieuw worden ingevuld door de individuele leden van de werkgroep. De verandering in individuele en totaalscores kan vervolgens gerelateerd worden aan acties, processen en gebeurtenissen die, mede naar aanleiding van het actiebegeleidend onderzoek, in de tussentijd in gang gezet zijn of zich hebben voorgedaan. Door in de toekomst hetzelfde instrument ook in andere 'Gezond in de buurt' buurten in te zetten, kan een vergelijking gemaakt worden tussen de buurten onderling.

De toepassing van de checklist

De checklist is toegelicht als zijnde een lijstje met stellingen over de werkgroep 'Hart voor Lakerloper' en het project 'Gezond in de buurt'. Hierbij is gevraagd de stellingen te beoordelen naar eigen inzicht. Er zijn vijf antwoordcategorieën: nee, eerder niet, niet/wel, eerder wel en ja.

Vooraf is gezegd dat de onderzoeker de lijst graag na afloop met naam van de invuller ontvangt, waarbij is uitgelegd dat de resultaten anoniem verwerkt worden. Vervolgens is gevraagd welke stellingen met 'ja' of 'eerder wel' zijn beantwoord. De ingebrachte stellingen zijn op de 'successen-flap' gezet en besproken met de overige leden van de werkgroep. Eenzelfde procedure is gevolgd voor de stellingen waarop met 'nee' of 'eerder niet' is geantwoord. Deze zijn op de 'verbeterpunten-flap' terecht gekomen. Zodoende is inzicht gekregen in het waarom van de antwoorden op de stellingen, hetgeen genotuleerd is. Als laatste stap zijn de genoemde successen en verbeterpunten individueel beoordeeld op prioriteit. Hiertoe kregen de werkgroepleden 10 stickers, 5 voor de successen en 5 voor de verbeterpunten. De suggestie was om de 5 stickers voor iedere flap te verdelen over maximaal 3 punten, waar je het meest trots op bent, respectievelijk welke de belangrijkste verbeterpunten zijn voor jou. De prioritering werd afgesloten met het vaststellen van de successen en verbeterpunten met de meeste stickers, ofwel het hoogste belang of prioriteit volgens de werkgroep.

Vier successen en twee verbeterpunten kwamen sterk naar voren. Vervolgens is afgesproken dat de onderzoeker een verslag maakt en dat dit in de volgende (reguliere) bijeenkomst besproken wordt. Twee weken na deze bijeenkomst zijn de resultaten van de checklist, de discussie en de prioritering teruggekoppeld in de werkgroep Lakerloper (Dijkema, 2007b en bijlage 8).

Evaluatie van de checklist

Het invullen van de checklist bleek voor de zeven aanwezige leden van de werkgroep een eenvoudige taak die binnen de 5 minuten voltooid was. Eén aanwezige had wel enige moeite met de stellingen en heeft één stelling niet ingevuld. Wel waren er enige vragen naar aanleiding van de stellingen. Bijvoorbeeld of de inbreng van alle partners gelijkwaardig moet zijn (stelling 3) of dat men geen mening heeft over een bepaalde stelling.

De individuele scores vormden een goede basis voor de discussie en prioritering van successen en verbeterpunten. De discussie leidde in enkele gevallen tot concrete suggesties over te nemen acties voor verbetering.

Achteraf werd duidelijk dat de somscores op de checklist goed overeenkomen met de prioritering van de werkgroep op basis van de gevoerde discussie. Hoge totaalscores op de checklist komen overeen met de meest geprioriteerde successen en lage totaalscores op de checklist komen overeen met de meest geprioriteerde verbeterpunten. Deze cross-checking zegt iets over de interne validiteit van het instrument: wat gemeten is klopt met de uitkomsten van de discussie.

De spreiding van de antwoorden is gering. Wel/niet, eerder wel en ja worden veel vaker ingevuld. Nee is nooit ingevuld. De leden van de werkgroep vonden dat de checklist een goede bijdrage heeft geleverd aan de discussie.

Tot slot is het belangrijk om mensen te stimuleren hun scores én hun redenen voor bepaalde scores in de discussie te verwoorden. Dit betekent goed doorvragen naar het waarom. Een goede ruimtelijke setting kan daarbij een bevorderende rol spelen (goed oogcontact hebben met iedereen), maar ook het bewustzijn van de mogelijkheid dat sommige leden wellicht minder assertief zijn.

Conclusie

- Snel en gemakkelijke werkwijze;
- Betrokkenen vinden het leuk;
- Succes en verbeterpunten komen goed boven tafel;
- Biedt aangrijpingspunten voor vervolgacties;
- Draagt bij aan een positieve sfeer;
- Constructief en actiegericht;
- Cross-checking wijst uit dat de checklist betrouwbaar is;
- Checklist en werkwijze passen bij elkaar.

5.3. Checklist intersectorale Samenwerking AGORA

Doel van de checklist

Het doel van de checklist was om het functioneren van de Academische Werkplaats AGORA te beoordelen. Een tweede doel was om de scores op de checklist te koppelen aan de gegevens uit de interviews.

De checklist is gebruikt als onderdeel van een interview met alle betrokkenen van AGORA. Dit zijn de projectleiders, de onderzoekers en de adviseurs. De werkwijze waarop de checklist is toegepast is anders als in Eindhoven. Ook is de inhoud van de checklist iets aangepast, hetgeen te maken heeft met de fase waarin AGORA zich ten tijde van de interviews bevond. AGORA was ten tijde van het toepassen van de checklist ruim een half jaar actief, en daarmee in de opstartfase.

Het interview, samengesteld door Naaldenberg e.a. (2007) is gebaseerd op waarderend interviewen en bestond uit open vragen. Het doel van de interviews was om inzicht te krijgen in de bijdrage die wetenschap en onderzoek kan leveren middels samenwerken van verschillende disciplines (epidemiologie en gezondheidsbevordering) aan het organiseren van gezondheidsbevordering, interventies en het verbeteren van gezondheid. Ook was het doel om de succesfactoren hiervoor in kaart te brengen. In de interviews is vooral gevraagd naar

ervaringen, ideeën, inspiraties en voorbeelden. Aan het eind van het interview is de respondenten gevraagd de checklist intersectorale samenwerking in te vullen.

Samenstelling van de checklist

Op basis van de acht checklisten van Verbeke e.a. (2004) is voor AGORA een lijst samengesteld met 24 items (bijlage 9). In vergelijking met de checklist gebruikt in Eindhoven is meer evenwicht aangebracht over de verschillende dimensies van samenwerken.

- Het eerste item is zelf geformuleerd
- Items 2 t/m 8 gaan over de geschiktheid van de samenwerkingspartners.
- Items 9 t/m 12 betreffen de taakdimensie.
- Items 13 t/m 17 hebben betrekking op de relatiedimensie.
- Items 18 t/m 21 zijn een weergave van de groeidimensie.
- Items 22 t/m 24 zeggen iets over de profilering van AGORA.

Ook voor deze checklist hebben we de items gerelateerd aan de variabelen uit tabel 2. De items die heel duidelijk een variabele vertegenwoordigen zijn vet weergegeven. De overige variabelen kunnen ook bedoeld worden met het betreffende item.

Een beperkt aantal stellingen was in de opstartfase minder relevant, maar zijn toch ingevoegd om vergelijking op een later tijdstip mogelijk te maken. Door het opnemen van extra items worden bijna alle variabelen gedekt.

Toepassing van de checklist

De checklist is als onderdeel van een interview toegepast. In maart 2007 zijn interviews gehouden met alle betrokkenen van de Academische Werkplaats.

De resultaten van zowel de interviews als de checklisten zijn verwerkt en hebben als input gediend voor de bijeenkomst van AGORA op 2 april 2007. Het doel van de middag was om bij te dragen aan optimale samenwerking binnen AGORA.

Het programma van deze bijeenkomst was als volgt opgezet:

1. Enthousiast werken aan gezond ouder worden binnen AGORA
2. Bijdrage wetenschap aan gezond ouder worden
3. Samenwerking wetenschap, praktijk en beleid
4. Samenwerking epidemiologie en gezondheidsbevordering
5. Behaalde successen van AGORA in 2010.
6. Hoge en lage scores op de checklist

De vijf thema's uit de interviews zijn kort gepresenteerd, gevolgd door discussie. Tot slot is gekeken naar de hoge en lage scores op de checklist en is hierover discussie gevoerd.

Daarnaast is een lijst opgesteld met successen en verbeterpunten.

Evaluatie van de checklist

De checklist is door 14 personen ingevuld na het interview met open vragen. Het invullen nam enkele minuten in beslag. Niet alle respondenten konden alle antwoorden invullen. Dit had te maken met de fase waarin AGORA zich ten tijde van de interviews bevond: niet alle stellingen waren (al) relevant. Ten tweede is het zo dat niet alle respondenten in even grote mate betrokken zijn, en over sommige aspecten niet goed kunnen oordelen.

Ook voor AGORA geldt dat de uitkomsten van de interviews overeenkomen met de somscores van de checklist. Een opvallend verschil is dat de spreiding in de antwoorden veel groter was dan in Eindhoven. Veel vaker is 'nee' of 'eerder niet' aangekruist. Voor de discussie was het interessant te horen waarom sommigen 'nee' hadden geantwoord.

Tabel 8. Variabelen gemeten door de checklist intersectorale samenwerking AGORA

	Kwalitatieve variabelen	Item uit de checklist
Kenmerken en processen van het samenwerkingsverband	Visie en missie	1, 9
	Gezamenlijk doel	9
	Wederzijdse afhankelijkheid	14, 15
	Plan en planning	9, 11
	Taak- en rolverdeling	4, 11, 20
	Besluitvormingsproces	15
	Slagvaardigheid	12, 14, 17, 20, 21
	Diversiteit van samenwerkingspartners	2, 20
	Mate van samenwerken/participatie ⁴	4
	Vertrouwen en respect	13
	Openheid/flexibiliteit	12, 20
	Gelijkwaardigheid partners	3
	Ondersteuning(financieel en middelen)	6
	Leiderschap	
	Machtsverhoudingen ⁵	3
	Overleg,communicatie (intern)	13, 16
	Communicatie (extern)	18, 19,
	(Capaciteit voor) netwerkmanagement ⁷	19, 21, 22
	Werkrelatie	14
	Documentatie	12
Evaluatie	12	
Feedback	12	
Tijd (prioriteit)	4	
Kenmerken en percepties van betrokkenen	Betrokkenheid/motivatie	2, 5, 7, 17
	Inzet	4, 17
	Tevredenheid	7
	Competenties/vaardigheden	2, 8
	Kennis/expertise	2, 8
	Representativiteit	2, 5
	Verwachtingen	1
	Ownership	5, 7
	Vrijwillig of betaald	6
	Mate van participatie ⁴	4
	Draagkracht ⁶	6
Tijd (prioriteit)	6	
Invloed en uitkomsten	Welke doelgroepen zijn bereikt (participatiebereik)	10, 21
	Mate van participatie ⁴	10, 21
	Participatie tevredenheid	10, 21
	Participatie resultaat	10, 21
	Netwerken	10, 21
	Zichtbaarheid uitkomsten	10, 23
	Imago	23, 24

Conclusie

- Goed combineerbaar met interviews
- Snel en gemakkelijke werkwijze
- Cijfers maken stand van zaken inzichtelijk
- Checklist laat zien op welke dimensies het goed gaat en op welke minder
- Scores van de checklist komen overeen met de gegevens uit de interviews
- Checklist in combinatie met discussie geeft inzicht in het waarom van de scores.
- Discussie naar aanleiding van checklist biedt aanknopingspunten voor vervolgacties
- Respondenten vinden het leuk om de checklist in te vullen.

5.4. Vragenlijst doelgroep participatie Amsterdam

Doel van de vragenlijst

De vragenlijst is bedoeld voor interviews met Ghanese vrouwen. De vragenlijst (bijlage 10) is een middel om enerzijds sleutelfiguren en de doelgroep te raadplegen en anderzijds om hen te betrekken bij het opzetten en uitvoeren van interventies (fase idee ontwikkeling en contacten leggen). De vragenlijsten hebben eenzelfde kern; de vragenlijst voor sleutelinformanten is aanzienlijk uitgebreider. De interviews kunnen als resultaat hebben dat mensen die actief willen zijn worden getraind in het promoten en werven van nieuwe deelnemers, deelnemen aan focusgroepgesprekken en participeren in de organisatie van op te zetten interventies (fase planning en uitvoering).

Het doel van de vragenlijst is tweeledig:

1. Aangrijpingspunten voor de interventies door inzicht te krijgen in de doelgroep, behoeften en wensen die zij hebben en hun visie op gezondheid.
2. Draagvlak voor de interventies vergroten opdat mensen gaan participeren in de ontwikkeling, organisatie, uitvoering en deelname aan interventies.

Samenstelling van de vragenlijst

Om draagvlak te meten is nagegaan welke bestaande vragenlijsten het meest geschikt zijn. De keuze is gevallen op de vragenlijsten van Jakes en Shannon (2002). De reden hiervoor is dat de vragen variabelen omvatten die sociaal draagvlak meten en dat de vragenlijst ingezet kan worden om mensen uit de doelgroep te vragen. Een bijkomend voordeel voor gebruik bij de Ghanese doelgroep in Amsterdam is dat de interviews gemakkelijk in het Engels gehouden kunnen worden.

De vijf surveys van Jakes en Shannon zijn beoordeeld op vragen die sociaal draagvlak en participatie meten. De geselecteerde vragen zijn beoordeeld op relevantie voor de praktijk en vervolgens geïntegreerd met open vragen. Op twee punten zijn de geselecteerde vragen van Jakes en Shannon aangepast:

1. Alleen positief geformuleerde vragen zijn opgenomen. Dit is in lijn met de methode waarderend interviewen. Het is niet motiverend voor respondenten om negatief geformuleerde vragen te beantwoorden.
2. De vijfpuntenschaal is teruggebracht naar een vierpuntenschaal. Respondenten moeten dan duidelijk een onderscheid maken (een neutraal antwoord is niet mogelijk). Een vierpuntenschaal is iets eenvoudiger dan een vijfpuntenschaal en toch blijft enige nuancering in het antwoorden mogelijk.

Om het gesprek prettig en zinvol te laten verlopen zijn de vragen zo geformuleerd dat in de interviews aangesloten wordt bij de belevenissen en leefwereld van de geïnterviewde. Conceptversies van het interview zijn besproken met de diëtisten van Amsterdam Thuiszorg. Op hun advies is het interview korter gemaakt en zijn de vragen die sociaal draagvlak meten geïntegreerd met de onderwerpen (voeding en bewegen).

Toepassing van de vragenlijst.

De interviews worden mondeling gehouden met de doelgroep. Via de sneeuwbal methode worden nieuwe respondenten geworven. Vanuit de GGD zijn er contacten met de mensen uit de doelgroep. Nog niet duidelijk is of de interviews in het Ghanees of Engels afgenomen worden, of dat beide talen gebruikt worden. Mogelijk dat een Ghanese opgeleid moet worden om de interviews af te nemen. De interviews zullen gehouden worden in het najaar van 2007. Resultaten zijn er dus nog niet. Wel is waarderend interviewen aan bod geweest tijdens de slotconferentie van het Referentiekader (box 21).

Box 21. Slotconferentie Referentiekader

Op woensdag 16 mei 2007 heeft de Slotconferentie plaats gehad in Rotterdam, WTC gebouw. De titel van de conferentie is: 'Het Referentiekader Gezondheidsbevordering verder uitgediept'. Vanuit de Wageningen Universiteit en GGD'en is dit gedaan door twee maal een workshop 'sociaal draagvlak, intersectorale samenwerking en community participatie' te verzorgen.

In de workshop is de aanwezigen gevraagd om de checklist intersectorale samenwerking te beoordelen. Ook is gevraagd een aantal vragen, veelal vanuit een probleem geformuleerd, om te zetten in 'waarderend interview vragen': de vragen zodanig formuleren dat ze uitnodigen tot een gesprek.

Bij het Waarderend Interviewen kwam naar voren dat het belangrijk is met een open benadering te starten. Bijvoorbeeld over beweging en voeding: iedereen verstaat er wat anders onder.

5.5. Vragenroute focusgroepgesprek Amsterdam

Doel vragenroute

Het doel van de vragenroute is om mensen te motiveren deel te gaan nemen aan nieuwe interventies. De vragenroute wordt hiertoe ingezet in een focusgroepgesprek met mensen die al in een beweeginterventie zitten. Dit zijn voornamelijk Hindoestaanse vrouwen en mannen. In totaal zijn vier groepen mensen benaderd die deelnemen aan een beweeginterventie. Drie van deze groepen draaien binnen het project Big!Move.

In aansluiting op een bijeenkomst van de beweegactiviteit wordt een focusgroepgesprek georganiseerd van ongeveer een half uur. Het doel is te inventariseren welke behoeften er zijn voor een activiteit rondom voeding en participatie te bevorderen, zowel voor het organiseren van de activiteiten als het deelnemen eraan.

Samenstelling vragenroute

Bij het samenstellen van de vragenroute is uitgegaan van waarderend interviewen. Dit betekent dat gevraagd wordt naar successen tot op heden en naar wat wenselijk is in de toekomst. De vragen worden positief geformuleerd. Om sociaal draagvlak te meten wordt de deelnemers gevraagd sommige onderwerpen te prioriteren, bijvoorbeeld door stickertjes te plakken. Schriftelijk materiaal, zoals een vragenlijst, wordt niet gebruikt omdat aangegeven is dat deze voor de doelgroep niet geschikt zijn.

Om snel na de focusgroepgesprekken van start te kunnen met de interventies wordt uitgegaan van interventies die gemakkelijk aangepast kunnen worden op de behoeften en wensen van de doelgroep. De vragenroute (zie bijlage 11) is als volgt opgezet:

1. Vragen naar succeservaringen met beweeginterventie
2. Vragen naar behoeften met betrekking tot voeding en op flappen zetten.
3. Laten prioriteren met stickers.
4. Vragen naar vorm van interventie.
5. Vragen naar participatiebereidheid.
6. Afspraak voor vervolg.

Toepassing van de vragenroute

De focusgroepgesprekken hebben voor een deel in juni 2007 plaats gehad. Een aantal groepen wordt later in het jaar benaderd.

De ervaring tot nu toe, in twee groepen, is dat de vragenroute goed werkt. Wel vond men de methode met stickertjes plakken niet altijd nodig: men kon het zo ook wel zeggen. Een nieuw item, in vergelijking met eerdere interventies onder Turkse en Marokkaanse vrouwen in

Westerpark (zie Van 't Riet e.a, 2005 en 2006) is dat gezegd werd: 'gezonde voeding is dure voeding'. Dit zal opgepakt worden in de cursus.

Opmerkelijk was dat in vrij korte tijd, soms maar een kwartiertje, duidelijk werd dat de meeste mensen graag mee willen doen en zijn er afspraken gemaakt voor het vervolg. Een vervolgspraak is bijvoorbeeld dat twee vrouwen uit één groep (een Amsterdamse en een Ghanese vrouw) contactpersoon zijn en samen met de diëtiste de cursus gaan plannen en kijken welke onderwerpen aan bod moeten komen.

Slechts twee mensen, twee mannen, gaven te kennen niet zoveel te voelen bij een activiteit rondom gezonde voeding. Eén van hen, een Surinaamse man, zei dat hij dan twee maaltijden moet koken: een gezonde maaltijd en een maaltijd voor de kinderen.

Dat de focusgroepgesprekken goed liepen, is vooral toe te schrijven aan het feit dat de medewerker vanuit de GGD eerder heeft meegedaan aan de activiteiten: dansen, zwemmen, voetballen, etc. Dat waarderen de mensen en zorgt voor een goed contact.

De bedoeling is dat de cursussen snel van start gaan, maar organisatorisch is dit niet makkelijk. Onder andere omdat de benodigde keukens beperkt beschikbaar zijn voor cursussen.

5.6. Samenvatting

1. Uiteindelijk hebben we vier instrumenten gemaakt: twee voor intersectorale samenwerking en twee voor doelgroep participatie.
2. Bij de opzet van de instrumenten is rekening gehouden met de evaluatiefunctie, ze moeten het programma faciliteren, maar ook bijdragen aan de betrokkenheid van de samenwerkingspartners of doelgroep. Dat betekent dat de instrumenten leuk en motiverend moeten zijn.
3. Daartoe is aansluiting gezocht bij de ideeën over Appreciative Inquiry (waarderend interviewen).
4. Gebruikservaring met de instrumenten geeft aan, dat naast het instrument zelf de route van introductie en nagesprek bepalend zijn voor de impact van de uitkomsten.

6. Conclusies en aanbevelingen

6.1. Sociaal draagvlak in gezondheidsbevordering

1. Sociaal draagvlak dient binnen gezondheidsbevordering de plaats te krijgen die het verdient.

Sociaal draagvlak wordt nog nauwelijks meegenomen als uitkomstmaat voor gezondheidsbevordering, terwijl sociaal draagvlak van invloed is op gezondheid. Het creëren van sociaal draagvlak kan zowel een interventie op zichzelf zijn als een uitkomstmaat, zowel een doel als een middel, en zowel een leerproces als een resultaat. Gezondheidsbevordering dient dus op sociaal draagvlak afgerekend te gaan worden.

2. In community-based projecten is het noodzakelijk structureel capaciteit en middelen in te bouwen voor het tot stand brengen en onderhouden van sociaal draagvlak. In de financiering van gezondheidsbevordering dient het bouwen en onderhouden van sociaal draagvlak een erkende activiteit te zijn.

Het tot stand brengen van sociaal draagvlak en het (onder) houden van sociaal draagvlak vraagt voortdurende inzet en aandacht. In community-based projecten wordt dit nogal eens 'over het hoofd wordt gezien'. De capaciteit voor opbouw en onderhoud van sociaal draagvlak is in de praktijk vaak onvoldoende (zie ook werkbezoeken Refka). Bovendien laat relatieontwikkeling zich niet dwingen door een krappe projectplanning, het kost tijd om vertrouwen te winnen.

Kortlopende interventies waarin van project naar project gehopt wordt zijn weinig zinvol in gezondheidsbevordering. Het gaat immers om het tot stand brengen van een aantal basisvoorzieningen en vooral ook, deze in stand te houden (zie o.a. Kooiker en Van der Velden, 2007). Het alleen afrekenen op resultaten in termen van somatische gezondheidswinst doet geen recht aan de opbrengst in de sociale (en ook fysieke) omgeving.

6.2. Het begrip sociaal draagvlak

3. De koppeling van sociaal draagvlak aan de begrippen intersectorale samenwerking en community participatie, maakt sociaal draagvlak hanteerbaar. Door de begrippen te voorzien van variabelen worden de begrippen transparant en meetbaar.

Sociaal draagvlak in het kader van gezondheidsbevordering is complex, evenals gezondheidsbevordering dat zelf is. De begrippen overlappen met andere begrippen, zijn met elkaar verweven, waardoor ze multidimensioneel zijn. Bovendien zijn de begrippen dynamisch en proces-georiënteerd. Meetinstrumenten meten niet slechts één begrip, maar steeds ook aspecten van andere begrippen.

Onderzoekers en professionals vullen vaak zelf de begrippen in, passend bij de specifieke context en fase waarin zij zich bevinden. Het expliciteren van de begrippen in de vorm van

variabelen biedt houvast. Een aanzet hiertoe is tabel 2 in dit rapport. Transparantie van de begrippen en variabelen (bij voorkeur met een getekend model) maakt het mogelijk om resultaten uit verschillende onderzoeken met elkaar te vergelijken.

6.3. Het evalueren van sociaal draagvlak

4. Sociaal draagvlak is multidimensioneel, situationeel en dynamisch, waardoor de kwaliteit, intensiteit en opbrengst van samenwerken en participeren varieert. Werkwijzen en methoden dienen daarom aan te sluiten bij de specifieke context en de fase van een programma.

Sociaal draagvlak is een complex begrip. In de evaluatie komt dit terug. Aan de praktijk aangepaste werkwijzen en methoden komen het best tegemoet aan de kenmerken van dit begrip.

Standaard werkwijzen en methoden zijn niet voorhanden. Wel zijn er richtlijnen te geven en meetinstrumenten die op onderdelen aangepast kunnen worden aan de specifieke wensen en behoeften in de praktijk.

Een 'menu' van meetinstrumenten, variabelen en indicatoren maakt dat de praktijk kan kiezen en in staat is de meetinstrumenten op maat maken, samen met betrokkenen. Dit faciliteert het participatief opzetten van een evaluatie. Bij geheel gestandaardiseerde werkwijzen en methoden is dit bij voorbaat niet mogelijk.

Intersectorale samenwerking is gemakkelijker om via 'kant en klare' instrumenten te meten omdat de verschillende variabelen voor vrijwel alle samenwerkingsverbanden gelden. Voor het (opstarten van) community participatie is het lastiger, omdat daarbij de consensus over de cruciale aspecten minder groot is. Ook speelt het onderwerp en de kenmerken van de community een belangrijke rol. Om sociaal draagvlak te meten moeten de variabelen voor sociaal draagvlak hierop toegespitst worden.

5. Sociaal draagvlak houdt in dat mensen betrokken zijn en meedoen. Ook in de evaluatie van programma's dient dit terug te komen. Optimale werkwijzen en methoden hebben zowel een evaluerende, faciliterende als stimulerende functie.

De praktijk is gebaat bij onderzoek waarbij de resultaten direct beschikbaar zijn. De vraag of de evaluatie uitgevoerd wordt ten behoeve van onderzoek of ten behoeve van het programma (of allebei) is een belangrijke overweging bij het kiezen van meetinstrumenten. Veel van de gevonden instrumenten voldoen niet aan deze omschrijving en zijn minder geschikt, bijvoorbeeld omdat ze alleen de situatie in kaart brengen, of negatief geformuleerde vragen bevatten, die niet stimulerend zijn om te beantwoorden. In plaats te zoeken naar tekorten en problemen zoekt gezondheidsbevordering liever naar mogelijkheden en uitdagingen.

6. Voor het meten van sociaal draagvlak zijn in deze studie verschillende werkwijzen en methoden gevonden. De ontwikkelde werkwijzen of meetinstrumenten dienen gebruikt te worden in combinatie met andere werkwijzen en methoden (interviews, discussie) om cross-checking van de resultaten mogelijk te maken en naar aanleiding van de resultaten actie te kunnen ondernemen (actie-functie).

De checklist intersectorale samenwerking, de vragenlijst voor Ghanese vrouwen en de vragenroute diabestespreventie zijn de producten van deze studie. De checklist intersectorale samenwerking is gebaseerd op de checklisten ontwikkeld door Verbeke e.a., (2004). Voor de vragenlijst voor Ghanese vrouwen is onder andere gebruik gemaakt van vragen uit de 'five community surveys' van Jakes en Shannon (2002). Nieuw is dat we in alle producten de principes van waarderend interviewen toepassen. De checklist intersectorale samenwerking is in het kader van actiebegeleidend onderzoek ingezet en is gebruikt in combinatie met andere methoden (triangulatie), zoals interviews en discussie.

In dit onderzoek is aangetoond dat het gebruik van de meetinstrumenten in combinatie met verschillende methoden meerwaarde heeft. Discussie naar aanleiding van de resultaten van de checklist maakt onderdeel uit van de wijze waarop het instrument ingezet dient te worden.

7. Het toepassen van de principes van waarderend interviewen (Appreciative Inquiry) in de werkwijzen en methoden vergroot de betrokkenheid van mensen. Dit soort onderzoek is (ook) een interventie die bijdraagt aan het tot stand brengen (en onderhouden) van sociaal draagvlak.

De ervaring in deze studie is dat waarderend interviewen (appreciative inquiry) een inspiratiebron is voor de wijze van werken. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is aansluiten bij het positieve dat er al is door de geboekte successen, hoe klein ook, te etaleren, de vragen positief te stellen, het werken met de meetinstrumenten zinvol en plezierig te maken door afwisselende werkvormen toe te passen. Hierbij staat de beleving en betrokkenheid van mensen centraal. Via betrokkenheid bevorderen we draagvlak en gezondheid.

8. Op grond van deze studie en de praktijkervaringen gaat het bij het evalueren van sociaal draagvlak in gezondheidsbevordering om werkwijzen en methoden die:

Uitgaan van:

- De principes gezondheidsbevordering;
- De behoeften per fase van een programma;
- De belangen van de doelgroep;
- De specifieke context;

Voor wat betreft het onderzoek:

- Kwalitatieve en kwantitatieve gegevens combineren;
- Een variatie aan onderzoeksmethoden en instrumenten hanteren
- Procesuitkomsten, intermediaire uitkomsten en lange termijn uitkomsten evalueren;
- De conclusies optimaliseren (via triangulatie);

En in de werkwijze:

- Gericht zijn op actie door te stimuleren en faciliteren;
- Flexibel inspringen op (steeds veranderende) situaties;
- Processen centraal stellen, ook over langere perioden;
- Successen en positieve ervaringen benadrukken.

6.4. En verder....

9. Via draagvlak gezond effect bevorderen.

De conclusies maken duidelijk hoe nauw we aansluiten bij de ideeën over gezondheidsbevordering, over onderzoek en praktijk, zoals door Saan en De Haes (2005) geformuleerd. In het Referentiekader bestaat een directe koppeling tussen community participatie en intersectorale actie (kolom interventies) en sociaal draagvlak (kolom uitkomstmaten). Onze ervaring met het uitwerken van de factor sociaal draagvlak bevestigt deze koppeling, rekening houdend met de overlap die er bestaat tussen de begrippen, zoals beschreven in dit rapport. Ook sluiten we nauw aan bij de zeven principes die aan het Referentiekader zijn toegevoegd (Saan en De Haes, 2007).

10. De ontwikkelde werkwijzen en methoden behoeven verdere ontwikkeling in de praktijk.

Door meer ervaring op te doen met de ontwikkelde werkwijzen en methoden willen we meer inzicht krijgen in:

- Variabelen van sociaal draagvlak: tabel 2 van dit rapport aanvullen en uitwerken, en ook prioriteren van de concepten;
- Variabelen voor informele en incidentele vormen van samenwerken en participeren;
- De validiteit van de variabelen in de instrumenten (interne validiteit)
- De optimale combinatie van (kwalitatieve en kwantitatieve) werkwijzen en methoden (triangulatie, cross-checking);
- Richtlijnen voor het gebruik van de werkwijzen en methoden;
- De combinatie van de evaluerende functie met een actiebegeleidende functie (faciliteren en stimuleren) en eventuele spanningen daartussen;
- Hoe de principes van waarderend interviewen in te zetten (handleiding of cursus);
- Hoe sociaal draagvlak via sociaal kapitaal en andere determinanten inwerkt op gezondheid en gelijke kansen;
- Het theoretisch kader (samenhang met het Referentiekader en het systeemdenken) voor deze aanpak verder uitwerken.

Om bovenstaande te realiseren kunnen de werkwijzen, methoden en instrumenten in verschillende programma's op meerdere momenten ingezet worden (multiple case en multiple time). Dit draagt bij aan het tot stand brengen van algemene richtlijnen, aan de validiteit van de instrumenten en aan de vergelijkbaarheid van verschillende programma's op het terrein van gezondheidsbevordering. Kortom: door het systematisch vergaren en analyseren van de ervaringen die worden opgedaan met het toepassen van de werkwijzen en methoden wordt gewerkt aan het opbouwen van practice-based evidence.

6.5. Tot besluit

Sociaal draagvlak groeit door het inzetten van werkwijzen en methoden die een stimulerende, faciliterende en evaluerende functie hebben. Sociaal draagvlak is actief, mensen doen mee omdat het zowel zinvol is als leuk is, en dat houdt mensen gezond!

Eindnoten

1. Ten opzichte van de fasen Van Florin e.a., (1993) zijn twee aanpassingen gemaakt. De fase 'afspraken maken' en de fase 'planning en organisatie' zijn samengevoegd tot één fase omdat in de praktijk dit veelal in het verlengde van elkaar plaats vindt. Het uitvoeren (van de interventie, een project of een activiteit) is ingevoegd. Ten opzichte van Ten Dam (1997, p. 147) zijn er twee fasen bij gekomen: contacten leggen en verankering en valt de consumptiefase onder uitvoering. Overigens beschouwt Ten Dam consumptie niet als een vorm van feitelijke participatie. Anderen volgen dit (o.a. Van Vliet e.a., 2006, p. 26). Wij zien consumeren of deelnemen aan activiteiten wel als een vorm van participatie.
2. Suijs (1999) en Verbeke e.a., (2004) gebruiken voor samenwerkingsverband de engere definitie van netwerken (zie paragraaf 2.3). Ook gebruiken zij een andere indeling voor de verschillende fasen van een project: zoekfase/introductiefase; vormgevingsfase/groeifase/productiefase; realisatiefase en overgangsfase. Deze fasen overlappen grotendeels met de zes fasen die wij hebben aangegeven. Fase 1 en 2, idee ontwikkeling en contacten leggen komen overeen met de zoekfase/introductiefase. De fase afspraken, planning en organisatie komt overeen met de vormgevingsfase. Fase 4 komt overeen met de realisatiefase, ook fase 6 is hier onder te scharen. Blijft over de overgangsfase, die voor het gemak onder evaluatie geschaard zijn, hoewel de betekenis enigszins anders is. De auteurs verstaan onder overgangsfase dat het doel van het samenwerkingsverband eindigt, actoren niet langer afhankelijk zijn van elkaar. Wel kan de bereikte samenwerking leiden tot samenwerking op een ander terrein.
3. Verbeke e.a., (2004) hebben de door hun ontwikkelde checklisten 2 en 3, die moeten uitwijzen of de juiste partners en organisaties betrokken zijn bij het samenwerkingsverband, ingedeeld bij hun eerste fase, zoekfase of introductiefase. Zie ook eindnoot 1.
4. Mate van participatie is beschreven in paragraaf 3.4.
6. Van Raak en Paulus (2001) hebben gevonden dat hoe smaller de machtsverhoudingen zijn tussen de verschillende actoren, hoe groter de kans is dat onderhandelingen, en dus samenwerking, zullen plaatsvinden.
5. Draagkracht verwijst naar de organisatie van waaruit een partner participeert in een samenwerkingsverband. De draagkracht hangt af van de organisatiestructuur, de faciliteiten, de werksoort en hoe flexibel beslissingen aangaande het samenwerkingsverband genomen kunnen worden. Daarnaast speelt subjectieve draagkracht een rol: de inschatting van de eigen draagkracht vanuit de organisatie en die van de andere organisaties (Suijs, 1999, p. 66).
7. In het samenwerkingsverband moet voldoende capaciteit aanwezig zijn voor 'netwerk-management': tijd en middelen om de samenwerking op te bouwen en te onderhouden. Dit heeft te maken met tijd en middelen die mensen krijgen vanuit hun eigen organisatie.
8. Naar instrumenten die duurzaamheid of verankering in beleid meten is niet specifiek gezocht.
9. Drie checklisten van Verbeke e.a. (2004) zijn niet gebruikt. Checklist 1 en 8 niet omdat deze gelden voor een andere fase dan die waar de projectgroep zich ten tijde van het onderzoek bevond. Checklist 3 van Verbeke overlapt voor een groot deel checklist 2, die wel gebruikt is.

Literatuur

Albrecht G, Freeman S, Higginbotham N. Complexity and human health: the case for a transdisciplinary paradigm. *Culture, medicine and psychiatry* 1998;22:55-92.

Almedom AM. Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science & Medicine* 2005;61:943-64.

Alting DEM, Bouwen JGM, Keijsers JFEM. Adviesdocument. In het kader van het project 'Overzicht en advisering over onderzoeksmethoden en meetinstrumenten voor de evaluatie van interventies die zijn opgezet vanuit de principes van de community benadering'. NIGZ/Centrum voor Review & Implementatie, Woerden, 2003a.

Alting DEM, Bouwen JGM, Keijsers JFEM. Het evalueren van community interventies. Resultaten en conclusies van een reviewstudie naar onderzoeksmethoden en meetinstrumenten. NIGZ/Centrum voor Review & Implementatie, Woerden, 2003b.

Anderson E, Shepherd M, Salisbury C. 'Taking off the suit': engaging the community in primary health care decision-making. *Health Expectations* 2006;9:70-80.

Andersson CM, Bjäras G, Tillgren P, Östenson CG. A longitudinal assessment of inter-sectoral participation in a community-based diabetes prevention programme. *Social Science & Medicine* 2005;61:2407-22.

Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass, San Francisco, 1979.

Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass, San Francisco, 1987.

Arnstein SR. A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association* 1969;35:216-24.

Assema P van, Steenbaakkers M, Bastiaens C, Ronda G. Hartslag Limburg: integrale gezondheidsbevordering in buurten, gemeenten, bij huisarsten en in het ziekenhuis. Deel 2: het interventieproces van het community project binnen Hartslag Limburg. *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen* 2006;84:240-6.

Avoort CJ van der. *Toolbox Patiëntenparticipatie in de ketenzorg*. Utrecht, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO), 2007.

Barras CDJ, Bloom N, Cook SL, Luzhansky ZJ, Skinner BS. Hand in Hand: Encouragement and facilitation of support and self-help group use. *Internet Journal of Health Promotion*. URL: <http://www.ijhp.org/articles/1995/5>.

Batterink M, Hoyer P, Omta O, Spaans-Dijkstra L. *Tools voor samenwerking in ketens en netwerken*. S'-Gravenhage, Reed Business Information bv, 2004.

Baugh Littlejohns LB, Smith N. Capacity building as a measure of successful community development: View from one Healthy Community Initiative. Presentation on the 19th IUHPE World Conference on Health Promotion & Health Education. Canada, Vancouver, June 10-15, 2007.

Baum F, Sanderson C, Jolley G. Community participation in action: an analysis of the South Australian Health and Social Welfare Councils. *Health Promotion International* 1997;12:125-34.

Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* 2000;51:843-57.

Berkouwer L, Visser F, Molleman G. *Empowerment Kwaliteit Instrument*. Verslag van de testfase. Woerden, NIGZ, 2007.

Best A, Stokols D, Green LW, Leischow S, Holmes B, Buchholz K. An Integrative Framework for Community Partnering to Translate Theory Into Effective Health Promotion Strategy. *American Journal of Health Promotion*, 2003;18:168-76.

- Bodd, J en Hofman J. 2003. Sociale "Analyse" Lakerlopen. Fontys Hogeschool Sociale Studies. Joop Hofman Allianties. Eindhoven, juli 2003
- Borden LM, Perkins DF. Assessing Your Collaboration: A Self Evaluation Tool. *Journal of Extension* 1999;37. www.joe.org.
- Bopp M, Germann K, Bopp J, Baugh Littlejohns L, Smith N. Assessing community capacity for change. Alberta, Canada, 1999.
- Borden LM, Perkins DF. Assessing Your Collaboration: A Self Evaluation Tool. *Journal of Extension* 1999;37. www.joe.org.
- Bracht N. Health promotion at the community level. London: Sage publications, 1990.
- Bracht N. Health promotion at the community level 2. New advances. London, Sage Publications, 1999.
- Brown, C.R. Coalition Checklist. Appendix 3 in: Minkler M. *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2005:438-43.
- Butterfoss FD. Process Evaluation for Community Participation. *Annual Review Public Health* 2006;27:323-40.
- Checkland P. Systems thinking, systems practice. Chichester: Wiley, 1981.
- Coombes Y. Combining quantitative and qualitative approaches to evaluation. In: Thorogood M and Coombes Y (eds.). *Evaluating Health Promotion: Practice and Methods*. Oxford University Press, 2000.
- Cooperrider DL, Whitney D, Stavros JM. *Appreciative Inquiry Handbook. The First in a Series of AI Workbooks for Leaders of Change*. US, Crown Custom Publishing, Inc, 2005.
- Dam JJM ten. *Gezonde stadsgezichten. Een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid*. Proefschrift. Universiteit Utrecht, 1997.
- Darling DL, Randel G. *Leadership for Healthy Communities. Characteristics of Healthy Communities*. Cooperative Extension Service. Kansas State University. Manhattan, 1996. <http://www.oznet.ksu.edu/library/AGEC2/MF2064.PDF>
- DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and Health Outcomes. *Journal of General Internal Medicine* 2004;19:1228-39.
- DiClemente CC, Marineilli AS, Singh M, Bellino LE. The Role of Feedback in the Process of Health Behavior Change. *American Journal of Health & Behaviour* 2001;25:217-27.
- Dijkema P. Actiebegeleidend onderzoek in Lakerlopen 2007; opzet en eerste procesbeschrijving. Eindhoven, GGD Eindhoven, februari 2007a.
- Dijkema P. Ervaringen met de 'Checklist werkgroep Hart voor Lakerlopen'. Eindhoven, GGD Eindhoven, 7 februari 2007b.
- Eng E, Blanchard L. Action Oriented Community Diagnosis Procedure. Appendix 1 in: Minkler M. (ed.). *Community Organizing and Community building for Health*. 2nd edition. New Brunswick, New Jersey and London. Rutgers University Press, 2005:433-35.
- Eng E, Strazza Moore S, Rhode SD, Griffith DM, Allison LL, Shirah K, Mebane EM. Community Member Insiders and Outsiders Assess Who Is "The Community". Participant Observation, Key Informant Interview, Focus Group Interview and Community Forum.. In: Israel BA e.a. *Methods in Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco, John Wiley & Sons, 2005:397-9.
- Fairfax P, Green E, Hawran H, South J, Cairns L. Well Connected! A self assessment tool on community involvement for organisations. A Bradford Health Action Zone and Building Communities Partnership Initiative. www.corporatecitizen.nhs.uk/community.html (eerste document).

- Florin P, Mitchell R, Stevenson J. Identifying training and technical assistance needs in community coalitions: a developmental approach. *Health Education Research* 1993;8:417-32.
- Gehre G. *Leren coördineren in de volwasseneducatie. Een netwerkleermodel en een onderzoek in twee Vlaamse regio's.* Onuitgegeven doctoraatsproefschrift. Leuven, Katholieke Universiteit, 1996.
- Gemert A van. *Samenwerken aan een gezond Tivoli. Actiebegeleidend onderzoek.* Afdeling Gezondheidsbevordering. Vakgroep Onderzoek. Eindhoven: GGD Eindhoven, 2006.
- Graaf P van der, Boonsra N, Bos, R. *Buurtcontact in Leiden Zuidwest. De Contactladder© als diagnose-instrument.* Verwey Jonker Instituut, Utrecht, 2006.
- Graaf P van der, Oudenampsen D, Wentink M. *Onze Buurt aan Zet onder het vergrootglas. Tussenevaluatie en instrument eindevaluatie.* Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Verwey Jonker Instituut, Utrecht, 2004.
- Graaf P van der, Nieborg S, Oudenampsen D, Wentink M. *Eindevaluatie Onze Buurt aan Zet. Een thematische vergelijking van tien steden.* Verwey Jonker Instituut, Utrecht, 2006.
- Graaff F de, Eitjes H. *Participatie van allochtonen in de gezondheidszorg. Eindrapport van – De inventarisatie naar de participatie van allochtonen in de patiëntenbeweging en – De Salonbijeenkomsten met allochtone patiënten en hun vertegenwoordigers – Het verslag van de Expertmeeting – Het advies voor een vervolgtraject.* Mutant, Den Haag, 2004.
- Granner ML, Sharpe PA. *Evaluating community coalition characteristics and functioning: a summary of measurement tools.* *Health Education Research* 2004;19(5):514-32.
- Granner ML, Sharpe PA. *An Inventory of Measurement Tools for Evaluating Community Coalition Characteristics and Functioning.* Last Updated: April 2003. <http://prevention.sph.sc.edu/tools/CoalitionEvalInvent.pdf>
- Green LW, Kreuter JW. *Health Promotion planning: Palo Alto: Mayfield Publishing Company, 1991.*
- Green L. *Guidelines and Categories for Classifying Participatory Research Projects in Health Promotion.* <http://lgreen.net/guidelines.html> Geraadpleegd op 4 juni 2007.
- Green LW, Mercer SH. *Can Public Health Researchers and Agencies Reconcile the Push From Funding bodies and the Pull from Communities? Community-Based Participatory Research.* *American Journal of Public Health* 2001;12:1926-9.
- Green LW. *Public Health Asks of Systems Science: To Advance Our Evidence-Based Practice, Can You Help Us Get More Practice-Based Evidence? Commentaries.* *American Journal of Public Health* 2006;3:406-9.
- Greene JC, Benjamin L, Goodyear L. *The merits of mixing Methods in Evaluation.* *Evaluation* 2001;7:24-44.
- Goodman RM, Wheeler FC, Lee PR. *Evaluation of the Heart to Heart project: Lessons from a community based chronic disease prevention project.* *American Journal of Health Promotion* 1995;9:443-55.
- Goodman RM. *Principles and tools for evaluating community-based prevention and health promotion programs.* *Journal of Public Health Management Practice* 1998;4:37-47.
- Goodman RM, Speers MA, McLeroy K, Fawcett S, Kegler MC, et al. *Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement.* *Health Education & Behaviour* 1998;25:258-78.
- Groot AE. *Demystifying Facilitation of Multi-Actor Learning Processes.* Thesis Wageningen University, Tweede Herziene druk, 2003.
- Guldan GS. *Obstacles to community health promotion.* *Social Science & Medicine* 1996;43:689-95..
- Haes WFM de, Voorham AJJ, Mackenbach JP. *Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam. Opzet, uitgangspunten en beschrijving van het proces.* *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen* 2002;7:425-30

- Hancock T, Minkler M. Mapping Community. In Minkler M (ed.). Community Organizing and Community building for Health. 2nd edition. New Brunswick, New Jersey and London. Rutgers University Press, 2005:138-157.
- Hargreaves H. Using Complexity Theory to Improve Public Health Partnerships. Presentation on the 19th IUHPE World Conference on Health Promotion & Health Education. Canada, Vancouver, June 10-15, 2007.
- Hart J de (red.). Zekere banden. Sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2002.
- Harting J, Assema P van. Community-projecten in Nederland. De eeuwige belofte? Universiteit Maastricht, 2007.
- Health Development Agency. Participatory approaches in health promotion and health planning: A literature review. London: Summary bulletin, 2000.
- Himmelman AT. Collaboration for change (revised Januari 2002). Definitions, Decision-making models, Roles and Collaboration Process Guide. Minneapolis, HIMMELMAN Consulting, 2002.
- Himmelman AT. On Coalitions and the Transformation of Power Relations: Collaborative Betterment and Collaborative Empowerment. American Journal of Community Psychology 2001;29:277-84.
- Himmelman AT. Collaboration for change (revised januari 2002). HIMMELMAN Consulting, Minneapolis. http://depts.washington.edu/ccph/pdf_files/4achange.pdf
- Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ. Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven, RIVM, 2006.
- Horstman K, Houtepen R. Worstelen met gezond leven - ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten. Het Spinhuis, 2005.
- Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: Assessing Partnership approaches to Improve Public Health. Annu Rev. Public Health 1998;19:173-202.
- Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA (eds). Methods in Community-based Participatory Research for Health. San Francisco. Jossey Bass Publications, 2005.
- Jacobs G, Braakman M, Houweling J. Op eigen kracht naar gezond leven. Empowerment in gezondheidsbevordering: concepten, werkwijzen en onderzoeksmethoden, Utrecht, Universiteit voor Humanistiek, 2005.
- Jakes S, Shannon L. The Community Assets Survey. The Community Change Survey. The Individual Mobilization Survey. The Community Mobilization Survey. The individual and Community Mobilization Survey. North Carolina State University, 2002. <http://ag.arizona.edu/fcs/cyfernet/nowg/Scale.PDF>
- Judd J, Frankish CJ, Moulton G. Setting standars in the evaluation of community-based health promotion programmes – a unifying approach. Health Promotion International 2001;16:367-80.
- Judd J. A Model for Practice-Health promotion and capacity building in the workforce. Presentation on the 19th IUHPE World Conference on Health Promotion & Health Education. Canada, Vancouver, June 10-15, 2007.
- Kickbush I. Health promotion: a global perspective. Canadian Journals of Public Health 1986; 77:321-6.
- Kloek GC. Improving Health Related Behavior in Deprived Neighborhoods. Thesis Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, 2004.
- Kloek GC, Lenthe FJ, Meertens Y, Koelen M, Mackenbach JP. Process evaluation of a Dutch Community Intervention to improve Health Related Behaviour in deprived neighbourhoods. Social and Preventive Medicine 2006;51:1-41.
- Koelen MA. Evaluation of SUPER: The European Food and Shopping Research. Wageningen: Leerstoelgroep Communicatie en Innovatie Studies Wageningen Universiteit, 2000.
- Koelen MA, Vaandrager L, Colomer C. Health Promotion: dilemmas and challenges. Journal of Epidemiology and Community Health 2001;55:257-62.

Koelen MA, Vaandrager HV. Health promotion requires innovative research techniques. In: Bruce N, Springett J, Hotchkiss J, Scott-Samuel J (Eds.). Research and change in urban community health. Aldershot: Avebury Ashgate Publishing Limited, 1999:67-76.

Koelen MA, Ban AW van den. Health Education and Health Promotion. Wageningen Academic Publishers. The Netherlands, 2004.

Koelen MA, Lindström B. Making healthy choices the easy choices: the role of empowerment. European Journal of Clinical Nutrition 2005;59:Suppl 1,S10-6.

Koning K de, Martin M. (eds.). Participatory Research in Health. Issues and Experiences. South Africa: Zed Books Ltd Johannesburg, 1996.

Kooiker S, Velden K van der. Een nuchtere kijk op gezond gedrag. Vier thema's voor gezondheidsbevordering. Den Haag: SCP, SCP-publicatie 2007/4.

Kreuter M, Farrell D, Olevitch L, Brennan L. Tailoring health messages: Customizing communication with computer technology. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2000.

Laeken M van, Verbeke L. Netwerken in werking. Een instrument om de werking van het eigen netwerk/samenwerkingsverband door te lichten en te evalueren. Brussel, Viboso, 1999.

Laverack G, Labonte R. A Planning framework for community empowerment goals within health promotion. Health Policy and Planning 2000;15:255-62.

Lewis, A. Nonprofit Organizational Assessment Tool. University of Wisconsin Extension, Last updated 2002. <http://www.uwex.edu/li/learner/assessment.htm>

Leibbrand K, Boonstra J, Zomer KAL. Organisatie & Netwerk; organisatieontwikkeling in gezondheidsbevordering. Eindreportage pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering. Rapport. Enschede, GGD Regio Twente, 2007.

Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promotion International 2006;21:238-44.

Lochner K, Kawachi I, Kennedy BP. Social capital: a guide to its measurement. Health and Place 1999;5:259-70.

McQueen, 2007. Creating Supportive Environments for health. Key-note on the 19th IUHPE World Conference on Health Promotion & Health Education. Canada, Vancouver, June 10-15, 2007.

Mechanic D. Issues in promoting health. Social Science & Medicine 1999;48:711-8.

Melander-Wikman A, Jansson M, Ghaye, T. Reflections on an appreciative approach to empowering elderly people, in home healthcare. Reflective Practice 2006;7:423-44.

Mercer S. Community Based Participatory Research: Pruning the Branches. Presentation on the 19th IUHPE World Conference on Health Promotion & Health Education. Canada, Vancouver, June 10-15, 2007.

Merzel C, D'Afflitti J. Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential. American Journal of Public Health 2003;93:557-74.

Michael, S. The promise of Appreciative Inquiry as an interview tool for field research. Development in practice 2005;15:222-30.

Milio N. Forging social responsibility in the world of the marketplace: moving governments to be modellers, market shapers and innovators. In: Bouman LI, Boonekamp GMM, Koelen MA (Eds.). Proceedings of the International Conference on Health Promotion and Nutrition, organised by the European Super-project team in collaboration with the WHO Healthy Cities Project. Wageningen: Wageningen Agricultural University, 1997.

Ministerie van VWS. Kabinetsnota Langer Gezond Leven. Ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003.

- Minkler M. *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2005.
- Mittelmark MB. Investing in communities: principle, pancea or placebo? *Tijdschrift gezondheidswetenschappen* 2001;79:532-35.
- Moore SM, Charvat J. Promoting Health Behavior Change Using Appreciative Inquiry. Moving From Dficit Models to Affirmation Models of Care. *Fam Community Health* 2007;30:S64-74.
- Morton LW. Purposeful Partnerships in the Community Interest. Iowa State University, University of Extension, 2000. <http://learningstore.uwex.edu/pdf/G3658-8.PDF><https://www.extension.iastate.edu/store/Item-Detail.aspx?ProductID=5417&SeriesCode=&CategoryID=12&Keyword=>
- Naaldenberg J, Vaandrager HW, Wagemakers A, Lezwijn J. Interviews 'Wetenschap en gezond ouder worden'. Wageningen Universiteit, Gezondheid en Maatschappij, 2007.
- Naaldenberg J, Vaandrager L, Koelen A, Wagemakers A, Hoog C de, Saan H. Systems thinking for health promotion, theory to practice. Article to be submitted for publication in 2007.
- Naylor P-J, Wharf-Higgins J, Blair L, Green L, O'Connor B. Evaluating the participatory process in a community-based heart health project. *Social Science & Medicine* 2002;55:1173-87.
- NISB. *Beweeg mee. De tussenbalans na twee jaar Communities in Beweging (2003-2004)*. Arnhem, Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB), 2005.
- Nutbeam D. Evaluatie van oorzaak en gevolg in gezondheidsbevorderingsprojecten: aanpassing van onderzoeksmethoden aan interventiemethoden. *Tijdschrift Gezondheidsbevordering* 1999;77:15-22.
- Nutbeam D, Bauman A. *Evaluation in a Nutschell. A practical guide to the evaluation of health promotion programs*. McGraw-Hill Australia Pty Ltd, 2006.
- Nutbeam D. The evaluation of the concept of health literacy and implications for contemporary health promotion. Presentation on the 19th IUHPE World Conference on Health Promotion & Health Education. Canada, Vancouver, June 10-15, 2007.
- Onyx J, Bullen P. Measuring Social Capital in Five Communities. *The Journal of Aplied Behavioral science* 2000;36:23-42.
- Pretty JN. *Regenerating agriculture policies and practice for sustainability and self-reliance*. London: Earthscan Publication Ltd, 1995.
- Putnam R. *Bowling alone. The collapse and Rivival of American Community*. New York: Simon & Schluster, 1995.
- Raak A van, Paulus A. A Sociological Systems Theory of Interorganizational Network Development in Health and Social Care. *Sytems Research and Behavioral Science* 2001;18:207-24.
- Riet H van 't, Dijkshoorn H, Corstjens R, Berkouwer L. *Gezonde Leefgewoonten Westerpark. Kwalitatief interventieonderzoek naar overgewicht bij Turkse en Marokkaanse vrouwen van 25 tot 45 jaar. Probleemanalyse*. GG&GD Amsterdam, cluster EDG, 2005.
- Riet H van 't, Dijkshoorn H, Corstjens R. *Evaluatierapport. Gezonde Leefgewoonten Westerpark. Kwalitatief interventieonderzoek naar overgewicht bij Turkse en Marokkaanse vrouwen van 25 tot 45 jaar*. GGD Amsterdam, cluster EDG, 2006.
- Rifkin SB, Muller F, Bichmann W. Primary health care: On measuring participation. *Social Science & Medicine* 1988;26:931-40.
- Rifkin SB. Major issues arising from the literature review on participatory apporaches to health improvement. In: Draper A, Hawdon D. *Improving health through community participation: Concepts to commitment*. Proceedings of a Health Education Authority Workshop, 9-10 December 1998, Leicester. London: Health Development Agency, 2000.

- Rifkin SB, Lewando-Hundt G, Draper AK. Participatory approaches in health promotion and health planning: A literature review. London: Health Development Agency, 2000.
- Rimer BK, Glanz K, Rasband G. Searching for Evidence About Health Education and Health Behavior Interventions. *Health Education and Behavior* 2001;28:231-48.
- Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: Free Press, 4th edition, 1995.
- Rogers EM, Schoemaker FF. Communication of innovations: A cross cultural approach. New York: Free Press, 1971.
- Ronda G, Assema P van, Ruland E, Steenbakkens M, Brug J. The Dutch heart health community intervention Hartslag Limburg: design and results of a process study. *Health Educ Res* 2004b;19:596-607.
- Rootman I. Introduction to the book. In: Rootman I, e.a.. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No 92. World Health Organisation, 2001:3-6.
- Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I, e.a.. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No 92. World Health Organisation, 2001:7-38.
- Roussos ST, Fawcett SB. A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annu. Rev. Public Health* 2000;21:369-402.
- Rudd, R. Deconstructing Health Activities to Illuminate Pathways from Literacy to Health Outcomes. Presentation on the 19th IUHPE World Conference on Health Promotion & Health Education. Canada, Vancouver, June 10-15, 2007.
- Ruland E, Assema P van, Ament A, Gorgels T, Ree J van. Hartslag Limburg: integrale gezondheidsbevordering in buurten, gemeenten, bij huisarsten en in het ziekenhuis. Deel 1: de opbouw: bundeling van praktijk, onderzoek en beleid. *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen* 2006;84:83-9.
- Saan H, Haes W de. Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering. Woerden, NIGZ, 2005.
- Saan H, Haes W de. De zeven principes van het Referentiekader Gezondheidsbevordering. Woerden, NIGZ, 2007. www.newhealthpromotion.nl
- Schmidt M, Ploch T, Middelkoop BJC, Joosen I, Waterman MH, Klazinga NS, Stronks K. Het conceptueel raamwerk voor de evaluatie van de wijkgerichte aanpak ter verkleining van gezondheidsverschillen in Den Haag. *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen* 2007; 84:457-63.
- Schnabel P. Vergroting van de maatschappelijke cohesie door versterking van de sociale infrastructuur. Probleemverkenning en aanzet tot beleid. In: Hortulanus RP, Machielse JEM (red.). In de marge. Het sociaal debat, deel 1(21-34). Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie, 2000.
- Schulz AJ, Israel BA, Lantz P. Instrument for evaluating dimensions of group dynamics within community-based participatory research partnerships. *Evaluation and Program Planning* 2003;26:249-62.
- Sicotte C, D'Amour D, Moreault M-P. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine* 2002;55:991-1003.
- Slocum N. Participatieve methoden. Een gids voor gebruikers. Belgian Adversting (B.AD) 2006.
- South J, Fairfax P, Green, E. Developing an assessment tool for evaluating community involvement. *Health Expectations* 2005;8:64-73.
- Springett J. Participatory approaches to evaluation in health promotion. In: Rootman I, e.a.. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No 92. World Health Organisation, 2001:83-105

Springett J. Issues in participatory evaluation. In: Minkler M, Wallerstein N. Community-based Participatory Research for Health. Jossey-Bass, 2003:263-91.

Steenbakkens M, Bastiaens C, Leurs M, Ruland E, Jansen M. Vijf jaar community-based werken in Hartslag Limburg (1998-2003). Ervaringen uit de praktijk. Tijdschrift Gezondheidswetenschappen 2005; 83:108-12.

Stepherd M, Weightman A, Mann M, Turley, R, Addis S, Morgan H, Morgan F. Public policy on determinants of health. How do we provide the beste evidence? Presentation on the 19th IUHPE World Conference on Health Promotion & Health Education. Canada, Vancouver, June 10-15, 2007.

Suijs, S. Netwerken: de dans der partners. Uitdagingen in de samenwerking tussen organisatie. Brussen, Viboso, 1999.

Taylor-Powell E, Rossing B, Geran J. Evaluating Collaboratives. Reaching the potential. Program Development and Evaluation. Madison, Wisconsin, 1998.

Taylor-Powell E. Community Group Member Survey: Using the Results. 2004. Board of Regents of the University of Wisconsin System. <http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evalinstruments.html>

Tones K. De evaluatie van gezondheidsbevordering: een verhaal van drie fouten. Tijdschrift Gezondheidswetenschappen 1999;77:24-8.

Top. Sociale cohesie en interorganisationele samenwerking. Communicatie en Innovatie Studies, Wageningen Universiteit, 2001.

Trochim WMK, Cabrera DA, milstein B, Richard MPH, Gallagher BS, Leischow SJ. Practical Challenges of Systems Thinking and Modeling in Public Health. American Journal of Public Health 2006;96:538-46.

Verbeke, Snyers K, Kwanten L, Hasevoets, G. Netwerken en lokaal welzijnsbeleid: model, meetinstrument en praktijk. Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2004.

Verheijden MW, Kok FJ. Public health impact of community-based nutrition and lifestyle interventions. European Journal of Clinical Nutrition 2005;59, Suppl1; S66-7.

Verslag Werkbezoek Refka Eindhoven. Pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering. Wijkgezondheidswerk 2000 – 2004 en Gezond in de buurt 2004 – 2008. Eindhoven, 1 juni 2006.

Verslag Werkbezoek II Refka Eindhoven. Pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering. Wijkgezondheidswerk 2000 – 2004 en Gezond in de buurt 2004 – 2008. Eindhoven, 1 februari 2007.

Verslag Werkbezoek Refka Amsterdam. Pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering. Project Gezonde leefgewoonten Westerpark. Amsterdam, 19 juni 2006.

Verslag Werkbezoek II Refka Amsterdam. Pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering. Project Gezonde leefgewoonten Westerpark. Amsterdam 12 februari 2007.

Verslag Werkbezoek GGD Gelre-IJssel. Pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering. Project Alcoholmatiging in de achterhoek. Zuthpen, 21 november 2006.

Visser F, Molleman G, Peters L, Jacobs G, Rozing M. Empowerment kwaliteitsinstrument. Voor gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers als aanvulling op de Preffi 2.0. Toelichting score formulier. Operationalisering en Normering. Woerden, NIGZ, 2007.

Vliet K van, Gruijter M.de, Singels M. Diversiteit in participatie in gezondheidsbevordering. Verkennende studie Doelgroep participatie allochtonen voor het programma Gezond Leven van ZonMw. Verwey-Jonger Instituut en NIGZ, 2006.

Voorham AJJ, Haes WFM de, Mackenbach JP. Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam. Leerpunten uit de praktijk. Tijdschrift Gezondheidswetenschappen 2002;7:431-5.

Wagemakers MAE, Koelen MA, Nierop PWM van, Meertens YEG, Weijters JCHM, Kloek GC. Actiebegeleidend onderzoek ter bevordering van intersectorale samenwerking en bewonersparticipatie. De ervaringen met het wijkgezondheidswerk in Eindhoven, Tijdschrift Gezondheidswetenschappen 2007;85:23-31.

Wagemakers A, Vaandrager L, Koelen M. Facilitating and evaluating commitment and participation in community-based projects for health promotion. Presentation on the 19th IUHPE World Conference on Health Promotion & Health Education. Canada, Vancouver, June 10-15, 2007.

Wagemakers MAE. Samenwerken aan gezondheid in de buurt. Actiebegeleidend onderzoek in Eindhoven. Wageningen: Leerstoelgroep Communicatie en Innovatie Studies Wageningen Universiteit, 2000.

Wagemakers MAE, Koelen MA. Samenwerken aan gezondheid in de buurt. Een jaar verder. Actiebegeleidend onderzoek in Eindhoven. Verslag van de tweede evaluatieronde. Wageningen: Leerstoelgroep Communicatie en Innovatie Studies Wageningen Universiteit, 2001.

Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. Health Education Quarterly 1994;15:379-94.

Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. American Journal of Health Promotion 1992;6:197-205.

Wallerstein N. Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier communities. Social Science and Medicine 1999;49:39-53.

Wallerstein N, Duran B. The conceptual, Historical, and Practice Roots of Community Based Participatory Research and Related Participatory Traditions. In Minkler M, Wallerstein N (eds.). Community-based Participatory Research for Health. Jossey-Bass, 2003:27-52.

Weijters JCHM, Koelen MA. Samenwerken aan gezondheid in de buurt. Actiebegeleidend onderzoek in Eindhoven: verslag van de derde evaluatieronde. Wageningen: Leerstoelgroep Communicatie en Innovatie Studies Wageningen Universiteit, 2002.

Weijters JCHM, Koelen MA. Samenwerken aan gezondheid in de buurt. Actiebegeleidend onderzoek in Eindhoven: verslag van de vierde evaluatieronde. Wageningen: Leerstoelgroep Communicatie en Innovatie Studies Wageningen Universiteit, 2003.

World Health Organisation. Ottawa Charter of Health Promotion. Copenhagen: WHO, 1986.

World Health Organisation. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Bangkok: WHO, 2005.

Zakocs RC, Edwards EM. What Explains Community Coalition Effectiveness? A Review of the Literature. American Journal of Preventive Medicine 2006;30:351-61.

Handleiding 1. Checklist intersectorale samenwerking

De checklist intersectorale samenwerking evalueert, monitort, faciliteert en stimuleert de (voortgang) van de samenwerking op verschillende dimensies van een samenwerkingsverband op het terrein van gezondheidsbevordering.

De checklist is gebaseerd op de acht checklisten 'Netwerken en lokaal welzijnswerk' van Verbeke e.a. (2004). De checklisten zijn ontwikkeld binnen de praktijk van het Belgisch welzijnswerk, gebaseerd op het werk van Suijs (1999).

Het oorspronkelijk meetinstrument bestaat uit acht checklisten bedoeld voor de verschillende fasen van een samenwerkingsverband. De checklisten bevatten uitspraken die beantwoord moeten worden door alle deelnemers aan een netwerk. Op de uitspraken kan geantwoord worden op een vijf puntenschaal met de volgende antwoordmogelijkheden: nee, eerder niet, niet/wel, eerder wel of ja. De antwoorden worden gescoord en de gemiddelde scores zijn te beschouwen als gekwantificeerde indicatoren voor bepaalde aspecten in het netwerk.

- Checklist 1. Is de netwerkformule de meest aangewezen samenwerkingsvorm. Met deze checklist wordt afgewogen of het issue dat zich aandient al dan niet aangepakt kan worden via een samenwerkingsverband.
- Checklist 2. Geschiktheid van partners voor het netwerk voor potentiële netwerkpartners.
- Checklist 3. Geschiktheid van partners voor het netwerk voor de verantwoordelijken van de partnerorganisaties. Checklist 2 en 3 zijn bedoeld om de geschikte partners te vinden.
- Checklist 4. De taakdimensie van het netwerk. Deze checklist peilt in welke mate er planmatig gewerkt wordt. Het gaat om de mate waarin overeenstemming is over het issue en over de probleemanalyse, over de voortgang op het vlak van uitvoering en evaluatie, de mate waarin actieplannen uitgevoerd, geëvalueerd en bijgestuurd worden etc.
- Checklist 5. De relatiedimensie van het netwerk. De relatiedimensie wordt gemeten op drie aspecten: houding, betrokkenheid en werking.
- Checklist 6. de groeidimensie van het netwerk. De groeidimensie heeft betrekking op de relatie met de partnerorganisatie en/of de opdrachtgever en op de interne profilering van het netwerk.
- Checklist 7. De profileringsdimensie van het netwerk. Het gaat hierbij om aspecten van externe profilering en bekendmaking.
- Checklist 8. Effecten van het netwerk. Na afronding van een netwerk kunnen de effecten gemeten worden.

De checklist intersectorale samenwerking bevat items afkomstig uit de verschillende checklisten van Verbeke e.a. (2004). Voor toepassing in de praktijk kan de checklist aangepast worden aan de specifieke wensen en behoeften. Daarvoor kunnen de oorspronkelijke checklisten gebruikt worden. De items zijn in het Nederlands (Belgisch) dus hoeven nauwelijks vertaald te worden.

Voor het gebruik van de checklist intersectorale samenwerking gelden de volgende aanwijzingen:

Voor het samenstellen van de checklist:

1. Evenwichtige vertegenwoordiging van items uit de verschillende dimensies (geschiktheid van partners, taakdimensie, relatiedimensie, groeidimensie en profileringsdimensie).
2. Wanneer de checklist vaker gebruikt wordt (hetgeen aan te bevelen is), ook items opnemen die op het huidige moment misschien nog niet relevant zijn, maar later wel.
3. De items relateren aan de variabelen van sociaal draagvlak (tabel 2) om hetgeen gemeten wordt eenduidig en transparant te maken.
4. Het aantal items beperkt houden tot 24, maximaal 30.
5. Zo nodig items zelf toevoegen.
6. Enige verbetering in de formulering van sommige items is mogelijk. Bijvoorbeeld wordt in item 13 in de checklist gebruikt bij AGORA naar twee aspecten gevraagd: een open communicatie en het niet hebben van verborgen agenda's.
7. Items die gaan over de eigen inbreng (de items die beginnen met 'Ik') zijn gemakkelijker te beantwoorden dan de items die vragen naar een beoordeling van de andere partners in het samenwerkingsverband.
8. Principes van waarderend interviewen toepassen (zie ook handleiding 2).
9. De formulering van de items aanpassen aan de setting.

Voor het toepassen van de checklist:

1. De checklist in combinatie met andere methoden gebruiken om meer en volledige gegevens te krijgen. Op individueel niveau kan de lijst naast een interview gebruikt worden. In een groepsbijeenkomst kan de checklist als aanzet voor discussie gebruikt worden om uit te zoeken waarom mensen hoog of laag scoren op items.
2. Discussie naar aanleiding van de scores. Na berekening van de scores en het verwerken van de gegevens (ook uit andere bronnen) de resultaten terugkoppelen opdat naar aanleiding daarvan discussie plaats kan hebben en actie ondernomen kan worden.
3. De checklist kan na enige tijd opnieuw ingezet worden om verandering in de voortgang van de samenwerking zichtbaar te maken en/of vergelijking met andere samenwerkingsverbanden mogelijk te maken.
4. Vraag mensen die de checklist invullen dit naar eigen inzicht te doen. Dit neemt 5-10 minuten in beslag.
5. Houdt er rekening mee dat sommige items vragen oproepen. Ga hier tijdens het invullen van de checklist niet op in, zodat eerst de hele checklist ingevuld kan worden.
6. Houdt er rekening mee dat niet alle betrokkenen op alle items een antwoord (kunnen) weten.
7. Vraag de checklisten terug in verband met het berekenen van de scores.
8. Items die met 'ja' of 'eerder wel' zijn beantwoord kunnen gezien worden als successen en eventueel op een 'successen-flap' gezet worden. Items waarop met 'nee' of 'eerder niet' is geantwoord zijn te beschouwen als verbeterpunten en kunnen op de 'verbeterpunten-flap' gezet worden.
9. Succespunten en verbeterpunten kunnen geprioriteerd worden (met stickers). Vervolgens kan besproken worden of en hoe deze punten opgepakt worden.
10. Het kan zijn dat de spreiding van de antwoorden gering is en de wel/niet, eerder wel en ja het vaakst worden ingevuld. Dit zal met name zo zijn wanneer de samenwerking goed verloopt. Indien slechts door sommige personen iets heel anders wordt ingevuld geeft dit interessante aanknopingspunten voor discussie.
11. De scores op zichzelf zeggen niet zoveel, wel de reden waarom mensen scoren.

12. Scores kunnen per item uitgerekend worden en per dimensie. Het berekenen van de scores op de dimensies laat zien op welke dimensies de samenwerking goed verloopt en op welke minder goed.
13. Tot slot is het belangrijk om mensen te stimuleren hun scores én hun redenen voor bepaalde scores in de discussie te verwoorden. Dit betekent goed doorvragen naar het waarom. Een goede ruimtelijke setting kan daarbij een bevorderende rol spelen (goed oogcontact hebben met iedereen), maar ook het bewustzijn van de mogelijkheid dat sommige leden wellicht minder assertief zijn.

Checklist Intersectorale samenwerking (blanco format)

		nee	eerder niet	niet - wel	eerder wel	ja
1	'Mijn samenwerkingsverband' is een aanwinst (voor gezondheidsbevordering).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Om het doel van 'mijn samenwerkingsverband' te bereiken zijn de juiste mensen in 'mijn samenwerkingsverband' vertegenwoordigd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Goede samenwerking staat of valt met de gelijkwaardigheid van de partners.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	De inbreng van de verschillende betrokkenen is naar volle tevredenheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ik heb er vanuit mijn functie/organisatie direct belang bij betrokken te zijn/te werken binnen "mijn samenwerkingsverband".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ik ben in staat mij voldoende in te zetten (tijd, middelen) voor 'mijn samenwerkingsverband'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ik voel mij betrokken bij 'mijn samenwerkingsverband'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ik kan een deskundige bijdrage leveren aan 'mijn samenwerkingsverband'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Er is overeenstemming onder betrokkenen over de missie, het doel en de planning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	'Mijn samenwerkingsverband' boekt tussentijds (kleine) successen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	'Mijn samenwerkingsverband' functioneert goed (werkstructuur, werkmethode).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	'Mijn samenwerkingsverband' evalueert tussentijds de voortgang en voert zonnodig bijstellingen door.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		nee	eerder niet	niet - wel	eerder wel	ja
13	De betrokkenen van 'mijn samenwerkingsverband' zijn open in hun communicatie en hebben geen verborgen agenda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	De betrokkenen van 'mijn samenwerkingsverband' werken constructief samen en weten elkaar te vinden als er iets gebeuren moet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	De betrokkenen van 'mijn samenwerkingsverband' zijn bereid tot het sluiten van compromissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Binnen 'mijn samenwerkingsverband' wordt constructief omgegaan met conflicten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	De betrokkenen van 'mijn samenwerkingsverband' voeren besluiten en acties loyaal uit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ik creëer goodwill en betrokkenheid voor 'mijn samenwerkingsverband' binnen mijn organisatie/afdeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Er is een goede terugkoppeling vanuit 'mijn samenwerkingsverband' naar de coördinerende ambtenaren en het lokaal beleid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	'Mijn samenwerkingsverband' is bereid in de loop van de tijd andere/nieuwe partners op te nemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	'Mijn samenwerkingsverband' slaagt erin anderen te mobiliseren voor haar acties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	'Mijn samenwerkingsverband' onderhoudt nauwkeurig haar externe relaties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	'Mijn samenwerkingsverband' wordt door externe samenwerkingspartners als een betrouwbare en legitieme actor gezien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	'Mijn samenwerkingsverband' heeft een goed imago in de buitenwereld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hartelijk dank voor het invullen!

Handleiding 2. Waarderend interviewen.

Waarderend interviewen is een vorm van interviewen en vragen is die op een positieve wijze mensen stimuleert. Het doel hiervan is niet zozeer om de problemen te analyseren, maar te kijken naar de mogelijkheden die er zijn en naar de gewenste situatie. Waarderend interviewen kan toegepast worden in schriftelijke vragen (bijvoorbeeld in checklisten), in interviews en in focusgroepsgesprekken.

Appreciative inquiry is een methode voor verandering, oorspronkelijk ontwikkeld op het terrein van organisatie management (Cooperrider e.a., 2005). Appreciative Inquiry is een vorm van onderzoek dat selectief de 'energie-gevende' krachten lokaliseert en belicht. Het idee hierachter is dat mensen toegroeien naar datgene wat hen energie geeft, zoals planten toegroeien naar hun bron van licht. Appreciative Inquiry focust niet alleen op de toekomst, het doel is om op het moment zelf een energie te creëren die mensen stimuleert en committeert tot verandering, in de zin dat zij die positieve toekomst willen bereiken.

Het Appreciative Inquiry proces bestaat uit vijf componenten, ook wel 5 D model genoemd:

- 1) Definition;
- 2) Discovery: de positieve vraag stellen. Men gaat op zoek naar het beste wat er is, door bijvoorbeeld te vragen naar succeservaringen;
- 3) Dream: het visionaire proces, waarin men zich voorstelt wat zou kunnen zijn;
- 4) Design: stappen om het gewenste te creëren, of met andere woorden, men gaat in dialoog over wat zou moeten zijn en
- 5) Destiny: vaststellen en invoeren van wat er moet zijn.

In een Appreciative interview zijn twee fasen te onderscheiden:

- 1) goede verhalen uit het verleden, persoonlijke ervaringen en
- 2) toekomstbeeld, hoe zou de toekomst er het beste uitzien?

Uit eerder onderzoek komt naar voren dat het interviewen op basis van deze methode leidt tot leuke gesprekken waaraan mensen graag vervolg willen geven (Michael, 2005). Ook is de methode succesvol ingezet voor empowerment van oudere mensen in Zweden in de vorm van workshops (Melander-Wikman e.a., (2006).

Handreikingen voor het toepassen van waarderend interviewen zijn:

- Vragen naar en waarderen van het beste dat er nu al is
- Aansluiten bij successen, positieve ervaringen en deze (laten) belichten
- Vragen naar hoe het moet gaan worden, wat wenselijk is in de toekomst
- Vragen positief formuleren.

Concrete handreikingen zijn niet te geven omdat het een wijze van interviewen is die iemand zich eigen moet maken en enige oefening vereist. Meer informatie over appreciative inquiry is te vinden in een artikel dat ingaat op het gebruik van appreciative inquiry in gezondheidsbevordering (Moore en Charvat, 2007), op de site <http://appreciativeinquiry.case.edu/> en op <http://www.appreciative-coach.com/wp-content/uploads/2007/06/gespreksleiddraad-waarderende-coaching.pdf>.

Bijlage 1. Samenstelling team

Ir. M.A.E. Wagemakers
Wageningen UR, Departement Sociale Wetenschappen
Gezondheid en Maatschappij

Dr. ir. H.W. Vaandrager
Wageningen UR, Departement Sociale Wetenschappen
Gezondheid en Maatschappij

Dr. M.A. Koelen
Wageningen UR, Departement Sociale Wetenschappen
Communicatie en Innovatie Studies

Ir. M.T. Dijkema
GGD Eindhoven
Gezondheidsbevordering

Drs. R.M.J. Corstjens
GGD Amsterdam
Epidemiologie documentatie en gezondheidsbevordering.

Drs. P. van Nierop
GGD Eindhoven
Gezondheidsbevordering

Drs. J.W. Brethouwer
GGD Gelre-Ijssel
Arts, Directeur Projecten

Ir. J. Naaldenberg
Wageningen UR, Departement Sociale Wetenschappen
Gezondheid en Maatschappij

Drs. J. Lezwijn
GGD Gelre-Ijssel en Wageningen UR, Departement Sociale Wetenschappen
Gezondheid en Maatschappij

Bijlage 2. Geraadpleegde experts

Eerste concept, September 2006

- Severine van Bommel, CIS, WUR
- Renée Corstjens, GGD Amsterdam
- Willy de Haes, GGD Rotterdam
- Anneke Hiemstra, NISB
- Cobi Izebout, GGD Gelre-IJssel
- Sjoerd Kooiker, SCP
- Peter van Nierop, GGD Eindhoven
- Niels Röling, CIS, WUR
- Hans Saan, NIGZ

Tweede concept, Mei 2007

- Jan Willem Brethouwer, GGD Gelre-IJssel
- Annemarie Groot, Alterra
- Willy de Haes, GGD Rotterdam
- Christine Hekking, NIGZ
- Kitty Leibbrand, GGD Twente
- Jeanette Lezwijn, WUR
- Jenneken Naaldenberg, WUR
- Hans Saan, NIGZ

Bijlage 3. De participatieladder van Pretty

De participatie ladder van Pretty wordt gebruikt om 'community participatie' of in het geval van wijkgerichte interventies, de mate van bewonersparticipatie te meten. De ladder bestaat uit zeven niveau's, lopend van geen participatie (niveau 1) tot volledige participatie (niveau 7).

Om deze aspecten zichtbaar te maken zijn de uitkomstmaten 'intersectorale samenwerking' en 'bewonersparticipatie' genomen.

Concreet betekent dit: (1) het ontwikkelen van netwerken en samenwerkingsverbanden van inwoners en organisaties die in de projectbuurten werkzaam zijn; (2) die zich gezamenlijk inzetten en verantwoordelijk voelen voor de bevordering van de gezondheid in de buurten; (3) die gezamenlijk activiteiten ontwikkelen en condities creëren die daartoe bijdragen; (4) gebaseerd op de wensen en behoeften die leven in de buurten; en (5) de methoden en werkwijzen die in het project worden ontwikkeld moeten uiteindelijk structureel ingebed worden in het reguliere beleid van de samenwerkende organisaties en gemeentelijke instellingen (sustainability) (Pretty, 1995).

Evenals voor het participatiemeetinstrument van Rifkin, geldt ook voor de participatieladder dat het waarom van de score van belang is.

Participatieladder volgens Pretty (1995)

1	Passieve participatie	Bewoners participeren doordat hun wordt verteld wat er gaat gebeuren
2	Informatie verstreckende participatie	Bewoners krijgen antwoord op door hen gestelde Vragen
3	Raadplegende participatie	Bewoners worden geraadpleegd en beroepskrachten vormen hierdoor hun mening over het probleem en de oplossing
4	Participatie door materiële prikkel	Bewoners participeren in ruil voor geld of andere beloning
5	Functionele participatie	Bewoners vormen groepen en gaan werken om de vooraf gestelde doelen te bereiken
6	Interactieve participatie	Bewoners worden betrokken bij de analyse van de situatie en het vaststellen van het beleid voor het opstellen van het actieplan en het opstellen/versterken van organisaties
7	Zelfmobilisatie	Bewoners houden controle over de werkwijze van de actie, zetten onafhankelijk van organisaties activiteiten op ter verandering van hun situatie. Professionele organisaties worden eventueel geraadpleegd

Bijlage 4. Het participatie meetinstrument van Rifkin

Het participatie meetinstrument van Rifkin is bedoeld om inzicht te krijgen in de mate waarin de betrokken organisaties participeren op de vijf indicatoren: behoeftenbepaling, organisatie, management, mobilisatie van middelen en menskracht, en leiderschap. Voor elk van deze variabelen moet op een vijf-punts-schaal een beoordeling gegeven worden. Het cijfer 1 betekent dat één organisatie verantwoordelijk is voor het betreffende item, een 5 betekent dat alle organisaties in gelijke mate verantwoordelijk zijn. De individuele scores op deze items worden gemiddeld en vervolgens in een spinnenwebmodel weergegeven. Wanneer dit op meerdere momenten in de tijd gebeurt, worden de veranderingen zichtbaar (Rifkin e.a., 1988; Rifkin, 2000).

De gegeven scores geven een indicatie voor het niveau van samenwerking en participatie, maar hebben pas betekenis als de reden voor het geven van een bepaald cijfer bekend is. Immers, mensen kunnen verschillende redenen hebben voor het geven van een bepaalde score. De discussie die naar aanleiding hiervan kan ontstaan is interessant en zinvol voor de voortgang van de samenwerking, interventie of activiteit.

Aspect	1 2 3 4 5				
Inzet van mensen	Inzet van menskracht vanuit één organisatie		Alle betrokken organisaties en betrokkenen zetten menskracht in		
Inzet van middelen	Middelen komen vanuit één organisatie		Alle betrokken organisaties leveren middelen		
Management	Informatie wordt niet gedeeld met andere partijen		Informatie wordt gedeeld met relevante partijen		
Behoeftbepaling	Uitkomst behoeftebepaling is mening van één partij		Uitkomst behoeftebepaling wordt gedeeld door alle betrokkenen		
Organisatie	Opgezet en uitgevoerd door één partij		Opgezet en uitgevoerd door verschillende organisaties en betrokkenen		
Leiderschap	Het project wordt vnl door één partij 'getrokken'		Evenredige vertegenwoordiging van alle betrokkenen		

Bijlage 5. Overzicht van meetinstrumenten intersectorale samenwerking

NISB (2005). Beweeg Mee.

Het Nederlands Instituut voor Sport en bewegen (NISB) heeft in het kader van de community aanpak bewegen (Communities in Beweging, CiB) een aantal instrumenten in kaart gebracht. Dit zijn instrumenten die veelal gemakkelijk vertaald kunnen worden naar andere community-projecten. Niet opgenomen in de tabel, maar wel het noemen waard is het CiB stappenplan voor samenwerking met andere organisaties. Het stappenplan bestaat uit verschillende werkvormen die toegepast worden in de projectgroep om de samenwerking en de voortgang te stimuleren. Hierin is ook aandacht voor informele samenwerking. Binnen het kader van het stappenplan kunnen de verschillende instrumenten ingezet worden.

- CiB intersectorale samenwerking 0-meting en 1-meting. Dit instrument inventariseert met welke organisaties samenwerking noodzakelijk/wenselijk is, gezamenlijke doelstellingen die er zijn en de reeds bestaande samenwerking met deze organisaties. De 1-meting evalueert aan de hand van dezelfde vragen de samenwerking. De projectcoördinator is degene die de vragen invult.
- CiB structurele inbedding, 0-meting en 1-meting. Dit instrument brengt de kansen voor lokale verankering en implementatie van het project in kaart. De vragen gaan over het beleid, wie het beleid bepaald en welke kennis, vaardigheden en ervaringen aanwezig zijn. In de 1-meting wordt geëvalueerd of de beoogde verankering behaald is en wat hiervoor de randvoorwaarden zijn, zowel belemmeringen als bevorderende factoren.
- CiB lokale samenwerking. Dit instrument is een registratietechniek voor samenwerking. Door de tabel op meerdere momenten in te vullen gedurende de looptijd van een project kan een beeld verkregen worden over hoe de samenwerking verloopt met de verschillende partners. Het instrument brengt in kaart wie de samenwerkingspartners zijn, wat het niveau is van samenwerking en op welk terrein wordt samengewerkt. Zowel de formele als informele samenwerking wordt geregistreerd.
- CiB probleemdefinitie. Doel is overeenstemming te bereiken tussen de samenwerkingspartners over het probleem waar het programma of het project zich op richt.
- CiB een praktisch knelpunt. Met dit instrument leren de partners in een samenwerkingsverband van de standpunten die anderen hebben over een bepaald probleem door deze vanuit meerdere perspectieven te bekijken.
- CiB taak en rollen analyse. Instrument dat in kaart brengt wie wat doet met het doel hierover consensus te bereiken.

NISB. Beweeg mee. De tussenbalans na twee jaar Communities in Beweging (2003-2004). Arnhem, Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB), 2005.

Verbeke e.a. (2004). Netwerken en lokaal welzijnswerk. Acht checklisten.

Het meetinstrument van Verbeke e.a. (2004) is ontwikkeld binnen de praktijk van het Belgisch welzijnswerk in de Limburgse gemeente Maasmechelen, gebaseerd op de uitwerking van netwerken door Suijs (1999). De methodiek is ook voor andere beleidsdomeinen bruikbaar. Het doel is de werking van netwerken (of samenwerkingsverbanden) te meten, op te volgen, te monitoren en te evalueren. Volgens de auteurs hebben niet alle checklists in even grote

mate de toets der praktijk doorstaan, en is daarna verder nog geen ervaring opgedaan met het instrument.

Het meetinstrument bestaat uit acht checklisten met uitspraken die beantwoord moeten worden door alle deelnemers aan een netwerk. Op de uitspraken kan geantwoord worden op een vijf puntenschaal met de volgende antwoordmogelijkheden: nee, eerder niet, niet/wel, eerder wel of ja. De antwoorden worden gescoord en de gemiddelde scores zijn te beschouwen als gekwantificeerde indicatoren voor bepaalde aspecten in het netwerk.

- Checklist 1. Is de netwerkformule de meest aangewezen samenwerkingsvorm. Met deze checklist wordt afgewogen of het issue dat zich aandient al dan niet aangepakt kan worden via een samenwerkingsverband.
- Checklist 2. Geschiktheid van partners voor het netwerk voor potentiële netwerkpartners.
- Checklist 3. Geschiktheid van partners voor het netwerk voor de verantwoordelijken van de partnerorganisaties. Checklist 2 en 3 zijn bedoeld om de geschikte partners te vinden.
- Checklist 4. De taakdimensie van het netwerk. Deze checklist peilt in welke mate er planmatig gewerkt wordt. Het gaat om de mate waarin overeenstemming is over het issue en over de probleemanalyse, over de voortgang op het vlak van uitvoering en evaluatie, de mate waarin actieplannen uitgevoerd, geëvalueerd en bijgestuurd worden etc.
- Checklist 5. De relatiedimensie van het netwerk. De relatiedimensie wordt gemeten op drie aspecten: houding, betrokkenheid en werking.
- Checklist 6. de groeidimensie van het netwerk. De groeidimensie heeft betrekking op de relatie met de partnerorganisatie en/of de opdrachtgever en op de interne profilering van het netwerk.
- Checklist 7. De profileringsdimensie van het netwerk. Het gaat hierbij om aspecten van externe profilering en bekendmaking.
- Checklist 8. Effecten van het netwerk. Na afronding van een netwerk kunnen de effecten gemeten worden.

Behalve de checklisten hebben de Belgen ook een spel ontwikkeld dat gespeeld kan worden met de partners in een samenwerkingsverband (Laeken en Verbeke, 1999).

Verbeke L, Snyers K, Kwanten L, Hasevoets G. Netwerken en lokaal welzijnsbeleid: model, meetinstrumenten en praktijk. Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2004. Te downloaden via: www.vvsg.be.
http://www.vvsg.be/cmsmedia/Netwerken_en_lokaal_welzijn.pdf?uri=ff808081fe2f443300fe4dc0580f038b&action=viewAttachement

Laeken M van, Verbeke, L. Netwerken in werking. Een instrument om de werking van het eigen netwerk/samenwerkingsverband door te lichten en te evalueren. Brussel, Viboso, September 1999. Te bestellen via: viboso@skynet.be

Suijs S. Netwerken: de dans der partners. Uitdagingen in de samenwerking tussen organisatie. Brussel, Viboso, 1999. Te bestellen via: viboso@skynet.be

Himmelman (2002). Collaboration for change.

Het stappenplan van Himmelman (2002) is een gids voor het samenwerkingsproces. Het stappenplan kan gezien worden als een menu, een gids om na te denken over de verschillende aspecten van samenwerking. In totaal zijn er 20 stappen waaronder telkens een aantal vragen staan die, afhankelijk van de relevantie, beantwoord kunnen worden. De vragen dienen ertoe dat de deelnemers zicht krijgen op hun deelname, waarom ze dit doen, wat de baten en kosten zijn, wat de visie is, verwachtingen, doelen, activiteiten, vooruitgang, hoe de evaluatie uit te voeren etc. Het interessante is dat deelnemers vragen moeten beantwoorden over hun eigen inzet en capaciteit en die van hun eigen organisatie. Ook staan er verkapt werkvormen in. Bijvoorbeeld onder stap 2 moeten deelnemers elkaar enkele minuten interviewen over de motivatie tot deelname aan het samenwerkingsverband en het beoogde resultaat van deelname. Daarna kan hier in de grotere groep gediscussieerd worden. De verschillende stappen van het instrument passen in de verschillende stadia van een samenwerkingsverband.

Himmelman AT. Collaboration for change (revised januari 2002). HIMMELMAN Consulting, Minneapolis. http://depts.washington.edu/ccph/pdf_files/4achange.pdf

Himmelman AT. On Coalitions and the Transformation of Power Relations: Collaborative Betterment and Collaborative Empowerment. *American Journal of Community Psychology* 2001;29:277-84

Morton (2000). Purposeful Partnerships in the Community Interest

De beslisboom van Morton (2000) is een 'ja – nee beslisboom' waarmee een (toekomstig) participant na kan gaan of het samenwerkingsverband voor hem of haar van belang is om aan deel te nemen. De vorm van de vragenlijst is leuk, maar vrij kort.

Morton LW. Purposeful Partnerships in the Community Interest. Iowa State University, University of Extension, 2000. <http://learningstore.uwex.edu/pdf/G3658-8.PDFhttps://www.extension.iastate.edu/store/ItemDetail.aspx?ProductID=5417&SeriesCode=&CategoryID=12&Keyword=>

Brown (2005). Coalition Checklist.

De coalition checklist van Brown doorloopt alle fasen tot en met uitvoering waarin een project zich kan bevinden: van 'getting started' tot aan 'maintaining commitment' en 'bridging culture'. De checklist bestaat uit vragen die met ja of nee beantwoord kunnen worden en is daarmee vooral een handige lijst om 'niets te vergeten'.

Brown CR. Coalition Checklist. Appendix 3 in: Minkler M. *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2005:438-43.

Himmelman (2000). Partnership Quotient self-assessment.

De Partnership Quotient (PQ) van Himmelman (2002) is een self-assessment tool om te bepalen of er voldoende kennis en capaciteit aanwezig is om gezamenlijk leiderschap aan te gaan in een samenwerkingsverband. De PQ score maakt zichtbaar welke aspecten van gezamenlijk leiderschap meer aandacht behoeven. De PQ is gebaseerd op de aanname dat het in staat zijn tot en de bereidheid tot gezamenlijk leiderschap essentieel is voor veranderingsprocessen binnen en tussen organisaties.

De PQ bestaat uit in totaal 30 uitspraken in de ik-vorm. Op iedere uitspraak kan geantwoord worden in vier categorieën uiteenlopend van 'eens' naar 'oneens' en een categorie 'weet niet'. Door een score toe te kennen verkrijgt de deelnemer aan een samenwerkingsverband een 'self-assessment' van de eigen kennis en capaciteit van de deelname aan het samenwerkingsverband. De lijst kan ingevuld worden door de leden van de projectgroep. Het is raadzaam om aansluitend de scores te bespreken en actiepunten vast te stellen. Door de PQ op meerdere momenten in te vullen kunnen veranderingen in kaart gebracht worden. Dit instrument is geschikt om sociaal draagvlak binnen organisaties te meten voor samenwerkingsverbanden (zie ook Leibbrand e.a., 2007).

Himmelman AT. Collaboration for change (revised januari 2002). HIMMELMAN Consulting, Minneapolis. http://depts.washington.edu/ccph/pdf_files/4achange.pdf

Borden en Perkins (1999). Assessing Your Collaboration: A self evaluation Tool.

Het instrument van Borden en Perkins (1999) is een eenvoudig self-assessment voor samenwerkingsverbanden. Het instrument brengt de kwaliteit van de samenwerking in kaart op basis van 12 sleutelfactoren: communicatie, duurzaamheid, evaluatie, politieke klimaat, middelen, katalysts (reden van samenwerking), wetten en regels, geschiedenis, verbondenheid, leiderschap, community development en begrip van de community. De sleutelfactoren zijn nader omschreven en de deelnemers kunnen voor ieder begrip aangeven in welke mate zij het er mee eens zijn (van sterk mee eens tot sterk mee oneens). Op basis van de score kan gekeken worden of het samenwerkingsproces meer aandacht behoeft.

Borden LM, Perkins DF. Assessing Your Collaboration: A Self Evaluation Tool. Journal of Extension 1999;37. www.joe.org.

Lewis (2002). Nonprofit Organizational Assessment tool

De Nonprofit Organizational Assessment Tool komt voort uit een samenwerkingsrelatie tussen de 'University of Wisconsin Extension' en de 'Society for Nonprofit Organizations'. Het instrument bestaat uit negen verschillende vragenlijsten. Bij iedere vraag moet aangegeven worden of het voor elkaar is ('done') of dat geen, enige of veel verbetering nodig is. Hoewel het instrument ontwikkeld is voor non-profit organisaties zijn de aangegeven variabelen ook van belang voor samenwerkingsverbanden.

Lewis A. Nonprofit Organizational Assessment Tool. University of Wisconsin Extension, Last updated 2002. <http://www.uwex.edu/li/learner/assessment.htm>

Morrie Warshawki. The National Endowment for the Arts
<http://www.nea.gov/resources/Lessons/warshawski.html>

Tool for Assessing Startup Organizations. A due diligence supplement for grantmakers
http://www.lapiana.org/consulting/Start-Up_Assessment_Tool.pdf#search=%22Tool%20for%20Assessing%20Startup%20Organizations%22

Schulz e.a. (2003). Closed-Ended Survey Questionnaire for Board Evaluation

De vragenlijst van Schulz e.a. (2003) is vrij uitgebreid. De lijst bestaat uit 52 vragen waarmee de belangrijkste elementen van partnerships geëvalueerd worden: algehele tevredenheid, vertrouwen, beleid en organisatie. De lijst met gesloten vragen kan jaarlijks ingevuld worden door de samenwerkingspartners zodat veranderingen zichtbaar zijn. Meer over de vragenlijst en de toepassing ervan is beschreven in het boek van Israel e.a. (2005).

Schulz AJ, Israel BA, Lantz P. Instrument for evaluating dimensions of group dynamics within community-based participatory research partnerships. *Evaluation and Program Planning* 2003;26:249-262.

Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA (eds). *Methods in Community-based Participatory Research for Health*. San Francisco. Jossey Bass Publications, 2005. Chapter 12: Describing the results, 255-77 en appendix H, 430-3.

Taylor-Powell e.a (1998). Internal Collaborative Functioning Scales

Taylor-Powell e.a., (1998) hebben verschillende instrumenten ontwikkeld. In hun werk 'Evaluating collaboratives' geven zij een uitgebreide beschrijving van samenwerkingsverbanden en de verschillende fasen. Behalve dit instrument en de Community Group Member Survey zijn nog andere instrumenten interessant: Milestone Checklist, Collaboration Checklist en Components of Collaboratives. De Internal Collaborative Functioning Scales is een vrij eenvoudig en snel in te zetten instrument dat het functioneren van een samenwerkingsverband evalueert. Op een schaal van 1 tot 7 geven alle personen in het samenwerkingsverband aan in welke mate de verschillende items gerealiseerd zijn. Het gaat hierbij om in totaal 12 items. Items zijn visie, doelen, rollen, procedures, management, leiderschap, vertrouwen, communicatie, evaluatie. Omdat het slechts 12 vragen betreft, is het niet meer dan een indicatie voor waar er aangrijpingspunten voor verbetering mogelijk zijn. Dus na het invullen moet de groep erover discussiëren en bekijken welke acties nodig zijn.

Taylor-Powell E, Rossing B, Geran J. *Evaluating Collaboratives. Reaching the potential. Program Development and Evaluation*. Madison, Wisconsin, 1998.

Taylor-Powell e.a (1998). Community Group Member Survey

Vragenlijst voor deelnemers aan een samenwerkingsverband. Interessant is dat naar de gevolgen op individueel niveau van het samenwerkingsverband wordt gevraagd, dus naar kennis en vaardigheden. Een ander onderdeel is het functioneren van de groep, de eigen inbreng en de invloed van het samenwerkingsverband op anderen. Met name geschikt voor evaluatie doeleinden: de deelnemers moeten al enige tijd in het samenwerkingsverband zitten om deze vragenlijst in te kunnen vullen. De vragenlijst gaat vergezeld van een voorbeeldverslag van de resultaten inclusief een powerpointpresentatie (Taylor-Powell e.a., 1998).

Taylor-Powell E, Rossing B, Geran J. *Evaluating Collaboratives. Reaching the potential. Program Development and Evaluation*. Madison, Wisconsin, 1998.

Taylor-Powell E. *Community Group Member Survey: Using the Results*. 2004. Board of Regents of the University of Wisconsin System.
<http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evalinstruments.html>

Extension role in community group

<http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/pdf/Extrole2.pdf>

Rifkin (1998 en Rifkin e.a., 2000). Participatiemeetinstrument

Het participatie meetinstrument van Rifkin (1998 en Rifkin e.a., 2000) is bedoeld om inzicht te krijgen in de mate waarin de betrokken organisaties participeren op de vijf variabelen: behoeftenbepaling, organisatie, management, mobilisatie van middelen en menskracht, en leiderschap. De gegeven scores geven een indicatie voor het niveau van samenwerking en participatie, maar hebben pas betekenis als de reden voor het geven van een bepaald cijfer bekend is. Immers, mensen kunnen verschillende redenen hebben voor het geven van een bepaalde score. De discussie die naar aanleiding hiervan kan ontstaan is interessant en zinvol voor de voortgang van de samenwerking, interventie of activiteit.

Voor elk van deze variabelen moet op een vijf-punts-schaal een beoordeling gegeven worden. Het cijfer 1 betekent dat één organisatie verantwoordelijk is voor het betreffende item, een 5 betekent dat alle organisaties in gelijke mate verantwoordelijk zijn. De individuele scores op deze items worden gemiddeld en vervolgens in een spinnenwebmodel weergegeven. Wanneer dit op meerdere momenten in de tijd gebeurt, worden de veranderingen zichtbaar.

Rifkin SB, Muller F, Bichmann W. Primary health care: On measuring participation. *Social Science & Medicine* 1988;26:931-40.

Rifkin SB. Major issues arising from the literature review on participatory approaches to health improvement. In: Draper A, Hawdon D. Improving health through community participation: Concepts to commitment. Proceedings of a Health Education Authority Workshop, 9-10 December 1998, Leicester. London: Health Development Agency, 2000.

Bijlage 6. Overzicht van meetinstrumenten community participatie

Jakes and Shannon (2002). Five community surveys.

Jakes and Shannon (2002) hebben in totaal vijf vragenlijsten samengesteld die verschillende aspecten in een community meten, waaronder participatie (community en individueel). Bij de instructie staat dat de participanten aan de survey duidelijk moet zijn om welke community het precies gaat, en dat de survey uitgevoerd is bij mensen met 'low literacy'. Leden uit de community kunnen worden geïnterviewd. Aan de antwoorden wordt een score toegekend, oplopend van 1 tot 5, bij andere vragen wordt geantwoord in een schaal lopend van 'sterk mee oneens' tot 'sterk mee eens'. De vragenlijsten zijn in verschillende groepen uitgetest. De sample sizes zijn echter nog niet voldoende groot geweest om de psychometrische eigenschappen van deze schalen exact vast te leggen, aldus de auteurs.

De vijf vragenlijsten zijn:

- The Community Assets survey
- Community Change survey
- Individual Mobilisation survey
- Community Mobilisation survey
- Individual and Community Mobilization Survey.

Jakes S, Shannon L. The Community Assets Survey. The Community Change Survey. The Individual Mobilization Survey. The Community Mobilization Survey. The individual and Community Mobilization Survey. North Carolina State University, 2002.
<http://ag.arizona.edu/fcs/cyfernet/nowg/Scale.PDF>

Darling and Randel (1996). Building Healthy Community Checklist.

De checklist van Darling en Randel (1996) bestaat uit 32 vragen om de competentie tot gezondheid te beoordelen van een community. De vragenlijst is opgedeeld in vier secties: community attitude, community leadership, community vision, community actions. Het idee achter de lijst is dat in de community deze aspecten aanwezig moeten zijn om de community 'gezond' te maken.

In de aanwijzingen staat dat de vragenlijst voorgelegd moet worden aan een representatieve groep uit de community of aan individuen die veel weten van de community. Doordat de vragen op community niveau worden gesteld moeten respondenten overzicht hebben over de community.

Darling DL, Randel G. Leadership for Healthy Communities. Characteristics of Healthy Communities. Cooperative Extension Service. Kansas State University. Manhattan, 1996.
<http://www.oznet.ksu.edu/library/AGEC2/MF2064.PDF>

Eng and Blanchard (2005). Action Oriented Community Diagnosis Procedure

Eng en Blanchard (2005) hebben een vrij uitgebreide lijst met aandachtspunten opgesteld voor het opzetten van een community-based project. De lijst omvat een breed schaal aan assessment technieken, o.a. interviews met sleutelfiguren en interviews met leden uit de community, om de 'diagnose' te stellen.

De lijst hoort bij het hoofdstuk waarin uitgebreid ingegaan wordt op het in kaart brengen van een gemeenschap (Hancock and Minkler, 2005).

Eng and Blanchard (2005). Action Oriented Community Diagnosis Procedure. Appendix 1 in: Minkler M. (ed.). Community Organizing and Community building for Health. 2nd edition. New Brunswick, New Jersey and London. Rutgers University Press, 2005:433-5.

Hancock T, Minkler M. Mapping Community. Chapter 9 in: Minkler M. (ed.). Community Organizing and Community building for Health. 2nd edition. New Brunswick, New Jersey and London. Rutgers University Press, 2005:138-57.

Eng e.a. (2005). Community Member Key Informant Interview Guide.

De vragen van Eng e.a. (2005) bieden een handleiding om vragen op te stellen voor interviews met sleutelinformanten in een community. Het gaat om algemene informatie over een community, de middelen en behoeften die er zijn in een gemeenschap, hoe er met problemen wordt omgegaan, welke diensten en voorzieningen er zijn, etc. De vragenlijst behoort bij het hoofdstuk van dezelfde auteurs waarin ook andere methoden worden beschreven voor het in kaart brengen van een gemeenschap: participatieve observatie, focusgroep interview en forum.

Eng E, Strazza Moore S, Rhode SD, Griffith DM, Allison LL, Shirah K, Mebane EM. Community Member Key Informant Interview Guide. In: Israel BA e.a. Methods in Community-Based Participatory Research for Health. San Francisco, John Wiley & Sons, 2005:397-9.

Van der Graaf e.a., (2006). Contactladder©

De contactladder is een diagnose instrument voor het in kaart brengen van sociale cohesie in de buurt. Het instrument laat zien hoe er in buurten samen wordt geleefd en waar verschillende groepen bewoners behoefte aan hebben. De contactladder maakt een momentopname van de sociale contacten in een straat en geeft op verschillende dimensies van contact aan hoe buurtgenoten de contacten met elkaar beleven. Interessant is dat de Contactladder als interventie-instrument is ingezet om buurtgenoten elkaar te laten ondervragen. Het idee hierachter is dat met het instrument niet alleen gegevens over de sociale infrastructuur verkregen kunnen worden, maar dat het instrument tegelijkertijd een impuls kan zijn om buurtgenoten met elkaar in contact te laten komen en met elkaar te praten. Dit bleek echter te hoog gegrepen en uiteindelijk zijn de interviews door professionals afgenomen.

De contactladder is ontwikkeld door het Verwey-Jonker instituut. De CD-rom en ook bijbehorende publicaties (Van der Graaf et al, 2006a en 2006b; 2004) kan besteld worden via de website van het Verwey-Jonker Instituut: www.Verwey-jonker.nl.

Graaf P van der, Boonsra N, Bos, R. Buurtcontact in Leiden Zuidwest. De Contactladder© als diagnose-instrument. Verwey Jonker Instituut, Utrecht, 2006.

Graaf P van der, Oudenampsen D, Wentink M. Onze Buurt aan Zet onder het vergrootglas. Tussenevaluatie en instrument eindevaluatie. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Verwey Jonker Instituut, Utrecht, 2004

Graaf P van der, Nieborg S, Oudenampsen D, Wentink M. Eindevaluatie Onze Buurt aan Zet. Een thematische vergelijking van tien steden. Verwey Jonker Intituut, Utrecht, 2006.

Onyx and Bullen (2000). Measuring Social Capital.

In Australië hebben Onyx en Bullen (2000) sociaal kapitaal gemeten om zodoende bij te kunnen dragen aan de empirische definitie van sociaal kapitaal. In eerste instantie zijn 68 potentiële items om sociaal kapitaal te meten getest onder 1200 volwassenen in vijf verschillende gemeenschappen, zowel op het platteland als in de stad. Op basis van statische analyses is gekomen tot een lijst bestaande uit 36 items die gezamenlijk een betrouwbaar en deels valide instrument vormen voor het meten van sociaal kapitaal, aldus de auteurs. De belangrijkste factor in sociaal kapitaal is community participatie. De vragenlijst bestaat uit vragen die beantwoord moeten worden op een 4-punts Likert-type antwoordschaal, uiteenlopend van 1 tot 4 (nee, soms, vaak, ja). De vragen zijn onderverdeeld in de volgende factoren:

- A. Participatie in de lokale gemeenschap
- B. Pro-activiteit in de sociale context
- C. Gevoelens van vertrouwen en veiligheid
- D. Connecties in de buurt
- E. Connecties met vrienden en familie
- F. Tolerantie en diversiteit
- G. Waardering van leven
- H. Connecties op het werk.

Onyx J, Bullen P. Measuring Social Capital in Five Communities. The Journal of Applied Behavioral Science 2000;36:23-42.

Bopp e.a. (1999). Assessing community capacity for change

Bopp e.a. (1999), geven zeven domeinen aan die fundamenteel zijn voor gezondheidsbevordering in een community. Dit zijn:

1. gedeelde visie
2. gemeenschapsgevoel
3. participatie
4. leiderschap
5. bronnen, kennis en vaardigheden
6. communicatie
7. voortdurend leerproces.

Deze begrippen zijn gedefinieerd en aangegeven is wat er nodig is om bijvoorbeeld een gedeelde visie te bewerkstelligen. Per domein zijn vervolgens een aantal vragen geformuleerd.

Een kerngroep in een gemeenschap start met de community assessment, bijgestaan door anderen, zoals bijvoorbeeld professionals. De auteurs geven voorts een aantal praktische tips, tot en met een voorbeeld van een uitnodiging voor een bijeenkomst.

Bopp M, Germann K, Bopp J, Baugh Littlejohns L, Smith N. Assessing community capacity for change. Alberta, Canada, 1999.

De participatieladder van Pretty

De participatie ladder van Pretty wordt gebruikt om 'community participatie' of in het geval van wijkgerichte interventies, de mate van bewonersparticipatie te meten. De ladder bestaat uit zeven niveau's, lopend van geen participatie (niveau 1) tot volledige participatie (niveau 7). De ladder kan ingevuld worden door de betrokkenen in het samenwerkingsverband, maar ook door (actieve) mensen uit de doelgroep.

Pretty JN. Regenerating agriculture policies and practice for sustainability and self-reliance. London: Earthscan Publication Ltd, 1995.

Visser e.a., (2007). Empowerment Kwaliteit Instrument

Dit instrument is hier opgenomen omdat het behalve empowerment ook participatie van de doelgroep meet. Het instrument is ontwikkeld door het NIGZ in samenwerking met de Universiteit van Humanistiek en is gefinancierd door Zon/Mw (Visser e.a., 2007; Berkouwer e.a., 2007). Het uitgangspunt in het empowerment kwaliteitsinstrument is dat participatie van de doelgroep één van de belangrijkste manieren is om empowerment te realiseren. Het instrument bevat verschillende items over de mate van participatie van de doelgroep. Het scoren van de items gebeurt door het beantwoorden van vragen en deze vervolgens in te vullen op een lijst. De projectleider is doorgaans de aangewezen persoon om dit te doen. Ook is het mogelijk dat iemand van buitenaf het project beoordeelt, maar dan moet deze persoon het project goed kennen. Het participatiegedeelte meet de participatie door de doelgroep en bestrijkt alle fasen van het project.

Berkouwer L, Visser F, Molleman G. Empowerment Kwaliteit Instrument. Verslag van de testfase. Woerden, NIGZ, 2007.

Visser F, Molleman G, Peters L, Jacobs G, Rozing M. Empowerment kwaliteitsinstrument. Voor gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers als aanvulling op de Preffi 2.0. Toelichting score formulier. Operationalisering en Normering. Woerden, NIGZ, 2007.

South e.a., (2005). Well Connected: A Self-Assessment Tool.

De ontwikkeling van de self-assessment tool voor het evalueren van de betrokkenheid in een community is beschreven door South en collega's (2005). Behalve dat de tool de betrokkenheid meet, worden ook de sterke en zwakke punten in een community in kaart gebracht opdat vervolgens actie ondernomen kan worden. South en collega's melden dat community involvement moeilijk meetbaar is omdat dit veel processen en activiteiten omvat. Het instrument helpt organisaties om strategieën en activiteiten op te zetten voor het vergroten van de betrokkenheid in een community. Het toepassen van de tool beslaat zes weken. In die zes weken zijn drie bijeenkomsten gepland. De eerste bijeenkomst om de tool te introduceren en een start te maken; de tweede bijeenkomst om concreet aan de slag te gaan en de derde bijeenkomst om te evalueren en vervolgcacties te plannen. De tool is enigszins vergelijkbaar met de participatieladder van Pretty omdat er op zes dimensies gemeten wordt. Wel zijn de dimensies verschillend van die van Pretty: diversiteit, procedures, communicatie, staff support, opportuniteiten en resources. Evenals bij Pretty worden de vragen gescoord en de resultaten in een spinnenweb zichtbaar gemaakt.

South J, Fairfax P, Green, E. Developing an assessment tool for evaluating community involvement. *Health Expectations* 2005; 8:64-73.

Fairfax P, Green E, Hawran H, South J, Cairns L. Well Connected! A self assessemnt tool on community involvement for organisations. A Bradford Health Action Zone and Building Communities Partnerschip Initiative. www.corporatecitizen.nhs.uk/community.html (eerste document).

Bijlage 7. Checklist intersectorale samenwerking Eindhoven.

Bijeenkomst op dinsdag 30 januari 2007

	Nee (0)	eerder niet (25)	niet – wel (50)	eerder wel (75)	Ja (100)	Geen ant- woord	Totaalscore (gemiddelde) (0-100)	Clusterscore (0-100)	Prioritering na groepsdiscussie (+ succes; - verbeterpunt)
Algemeen								100	
1 'Gezond in de buurt' is een aanwinst voor het project 'Hart voor Lakerlopen'					7		100		+10
Geschiktheid partners								77	
2 Voor het thema 'Gezond in de buurt' zitten de juiste mensen in de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen'.			2	3	2		75		
3 De inbreng van de partners in de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' is gelijkwaardig.		1		2	4		82		
4 De inbreng in de werkgroep vanuit de buurt en/of buurtbewoners is naar volle tevredenheid.		1	4		2		61		-13
5 Ik heb er vanuit mijn functie / organisatie direct belang bij te participeren aan de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen'.				1	6		90		+8
6 Ik ben in staat mij voldoende in te zetten (tijd, middelen) voor 'Hart voor Lakerlopen'.			3	1	3		75		-2
7 Ik voel mij betrokken bij 'Gezond in de buurt'.			3		4		79		+0
8 Ik kan een deskundige bijdrage leveren aan 'Gezond in de buurt'.			1	4	2		79		-0
Taakdimensie								78	
9 Er is overeenstemming over 'Gezond in de buurt' onder de leden van de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen'. (Denk hierbij o.a. aan doel, werkwijze en planning).			3	1	2	1	71		-2

	Nee (0)	eerder niet (25)	niet – wel (50)	eerder wel (75)	Ja (100)	Geen ant-woord	Totaalscore (gemiddelde) (0-100)	Clusterscore (0-100)	Prioritering na groepsdiscussie (+ succes; - verbeterpunt)
10 De werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' boekt tussentijds (kleine) successen.				3	4		89		+7
11 De werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' functioneert goed.			1	5	1		75		
Relatiedimensie								84	
12 De werkgroepleden werken constructief samen en weten elkaar te vinden als er iets gebeuren moet.				4	3		86		
13 De werkgroepleden voeren besluiten en acties loyaal uit.			2	1	4		82		
Groeidimensie								74	
14 Ik koppel informatie uit de werkgroep terug naar naaste medewerkers binnen mijn eigen organisatie.				4	3		86		
15 Ik koppel informatie uit de werkgroep terug naar de leidinggevende/management in mijn eigen organisatie.			3	2	2		71		
16 Ik creëer goodwill en betrokkenheid voor de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' binnen mijn organisatie.				5	2		82		
17 Er is een goede terugkoppeling vanuit de werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' naar de coördinerende ambtenaren en het lokaal beleid.			4	2		1	58		-3
18 De werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' is bereid in de loop van de tijd andere partners op te nemen.			2	2	3		79		-0
19 De werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' slaagt erin om anderen te mobiliseren voor haar acties.		1	1	4	1		68		-10
Profilering werkgroep								82	
20 De werkgroep 'Hart voor Lakerlopen' heeft een goed imago in de buitenwereld.			1	3	3		82		+5

Bijlage 8. Terugkoppeling checklist Eindhoven.

Paula Dijkema, 7 februari 2007

Werkgroep Hart voor Lakerlopen.

Actiebegeleidend onderzoek Gezond in de buurt

Uitkomsten van de bijeenkomst op 30 januari 2007

De belangrijkste succespunten zijn:

1. De werkgroep vindt 'Gezond in de buurt' een aanwinst voor Hart voor Lakerlopen; men ervaart (kleine) successen van Gezond in de buurt.
2. Men ziet het belang van eigen deelname aan de werkgroep. Samenwerken gaat goed, men weet elkaar te vinden en de werkgroep heeft een goed imago in de buitenwereld. Er is een stevige basis!

Toelichting:

Deze succespunten blijken uit de gezamenlijke discussie en prioritering en uit de totaalscores op de lijstjes. Er zijn in totaal ook hoge scores op andere punten, zoals het loyaal uitvoeren van acties en besluiten, de terugkoppeling naar collega's in eigen organisatie, en het creëren van goodwill voor Hart voor Lakerlopen in de eigen organisatie. Zie voor meer details het overzicht van scores in de bijlage.

De belangrijkste verbeterpunten zijn:

- 1) De inbreng / participatie vanuit de buurt en/of buurtbewoners.
- 2) Het mobiliseren van andere partijen.

Beide verbeterpunten sluiten op elkaar aan. Het gaat om het bereiken en activeren van bewoners, bewonersvertegenwoordigers én (professionele) partijen, die op hun beurt een rol kunnen spelen in het mobiliseren van bewonersgroepen.

Uit de discussie bleek dat er verschillende aanknopingspunten zijn, maar ook vragen leven:

- Op wie (welke gebieden binnen de buurt) willen we ons richten?
- Bewoners in deelgebieden moeten misschien op verschillende wijzen benaderd worden.
- De rol van Welzijn Eindhoven in het ondersteunen van de SWHL bij het betrekken van bewoners.
- Welke andere partijen kunnen we mobiliseren? Bijvoorbeeld 1^e lijnszorg, scholen, CWI.
- Een lijst van potentiële partners bestaat al en zal worden opgezocht.
- Via welke kanalen bereiken we doelgroepen als ouderen en jongeren?
- In hoeverre willen we ons aan de geografische grenzen van de buurt houden?

Andere verbeterpunten zijn:

3) Het ontbreken van voldoende tijd voor 'Hart voor Lakerlopen'. Aansluitend hierbij is aangegeven dat het inzetten voor gezondheid of 'Gezond in de buurt' niet is vastgelegd in het takenpakket, noch in contracten tussen organisaties onderling of met de gemeente.

4) De gebrekkige (communicatie over) 'terugkoppeling naar de coördinerende ambtenaren en het lokaal beleid'. Dit is opgepakt met het voorstel dit als vast punt op de agenda te zetten.

Met name voor Ton E. en Nienke ligt hier een taak, zowel in het communiceren van zaken uit

de werkgroep naar de projectgroep wijkvernieuwing, andere gemeentelijke organen en de GGD, alsook de terugkoppeling over deze communicatie in de werkgroep.

5) Het ontbreken van een gezamenlijke visie en plan met speerpunten voor Gezond in de buurt in Lakerloper. Niet iedereen heeft hieraan direct behoefte, maar uit de totaalscore op de stelling ('...overeenstemming over Gezond in de buurt...') blijkt wel dat hier een verbeterpunt ligt.

Vraag voor dinsdag 13 februari: Kunnen jullie je vinden in deze uitkomsten?

Een voorstel voor het vervolg: aan de slag met verbeterpunten

1. Binnen de projectgroep inhoudelijk praten over 2 verbeterpunten:

- Doelstellingen en speerpunten van GidB in Lakerloper.
Hierbij kan nader bekeken worden wie we willen bereiken (doelgroepen), binnen welke grenzen we blijven, en via welke kanalen (nieuwe partners?) en op welke manier?
- Eigen tijd en inzet (met name wat er nodig is om dit te verbeteren, wat bijv. de GGD zou kunnen doen, of een klankbordgroep)

2. Bewonersparticipatie nader vorm geven

- Wat voor participatie?
- Hoe dit aan te pakken?
Bijv. in de vorm leuke gesprekjes/interviews + aansluitend actie
Doel hiervan: bewoners en sleutelfiguren prikkelen / zin geven om mee te gaan doen, zicht krijgen op motiverende factoren en de behoeften die leven onder de doelgroep.
- student inzetten om dit mede uit te voeren?

Vraag voor dinsdag 13 februari: Wat vinden jullie van dit voorstel?

Bijlage 9. Checklist intersectorale samenwerking AGORA.

	Nee (0)	eerder niet (25)	niet – wel (50)	eerder wel (75)	Ja (100)	Geen ant- woord	Totaalscore (gemiddelde) (0-100)	Clusterscore (0-100)
Algemeen								93
1De academische Werkplaats is een aanwinst voor praktijk, wetenschap en beleid rondom gezond ouder worden.			1	2	11		93	
Geschiktheid partners								83
2Om het doel 'gezond ouder worden' te bereiken zijn de juiste mensen werkzaam in en betrokken bij de academische werkplaats AGORA.			1	9	4		80	
3Goede samenwerking in de academische werkplaats AGORA staat of valt met de gelijkwaardigheid van de partners.	1		3	2	8		79	
4De inbreng van de verschillende betrokkenen van AGORA is naar volle tevredenheid.			6	5	1	2	73	
5Ik heb er vanuit mijn functie/organisatie direct belang bij betrokken te zijn/te werken binnen de academische werkplaats AGORA.		1	2	3	8		82	
6Ik ben in staat mij voldoende in te zetten (tijd, middelen) voor AGORA.		1	1	6	6		88	
7Ik voel mij betrokken bij AGORA.			1	2	11		93	
8Ik kan een deskundige bijdrage leveren aan AGORA.			1	4	9		89	
Taakdimensie								59
9Er is overeenstemming onder betrokkenen over de missie, het doel en de planning van AGORA.	3	2	5	3	1		45	
10De academische werkplaats AGORA boekt tussentijds (kleine) successen.	1	1	4	6	2		63	
11De academische werkplaats AGORA functioneert goed (werkstructuur, werkmethode).		1	7	6			59	
12De academische werkplaats AGORA evalueert tussentijds de voortgang en voert zonodig bijstellingen door.			6	5	3		70	

	Nee (0)	eerder niet (25)	niet – wel (50)	eerder wel (75)	Ja (100)	Geen ant- woord	Totaalscore (gemiddelde) (0-100)	Clusterscore (0-100)
Relatiedimensie								59
13De betrokkenen van AGORA zijn open in hun communicatie en hebben geen verborgen agenda.		3	4	5	2		61	
14De betrokkenen van AGORA werken constructief samen en weten elkaar te vinden als er iets gebeuren moet.		2	5	6	1		61	
15De betrokkenen van AGORA zijn bereid tot het sluiten van compromissen.		4	6	4			50	
16Binnen de academische werkplaats AGORA wordt constructief omgegaan met conflicten.		2	10	2			50	
17De betrokkenen van AGORA voeren besluiten en acties loyaal uit.			3	8	3		75	
Groeidimensie								71
18Ik creëer goodwill en betrokkenheid voor de academische werkplaats AGORA binnen mijn organisatie/afdeling.			1	6	7		86	
19Er is een goede terugkoppeling vanuit de academische werkplaats AGORA naar de coördinerende ambtenaren en het lokaal beleid.	2		5	4	2	1	58	
20 De academische werkplaats AGORA is bereid in de loop van de tijd andere/nieuwe partners op te nemen.			4	3	6	1	79	
21De academische werkplaats AGORA slaagt erin anderen te mobiliseren voor haar acties.		1	8	4	1		59	
Profilering werkgroep								69
22De academische werkplaats AGORA onderhoudt nauwkeurig haar externe relaties.	1		8	2	2	1	58	
23De academische werkplaats AGORA wordt door externe samenwerkingspartners als een betrouwbare en legitieme actor gezien.			4	7	2	1	71	
24De academische werkplaats AGORA heeft een goed imago in de buitenwereld.			5	2	7		79	

Bijlage 10. Vragenlijst doelgroep participatie Ghanese vrouwen

Voor GGD Amsterdam, Project: Diabetespreventie, Thuiszorg regio Amsterdam/Diemen
Doelgroep/Community: Allochtone groepen in Amsterdam: Ghanese vrouwen.

Inleiding

In het project 'Diabetes Preventie' richt Amsterdam Thuiszorg zich op het voorkomen en opsporen van diabetes en het verbeteren van bestaande diabetes zorg. Hoewel de activiteiten voor alle Amsterdammers zijn, worden extra interventies ingezet voor allochtone bevolkingsgroepen, gezien de verhoogde diabetes prevalentie bij deze groepen. GGD Amsterdam is betrokken bij het onderdeel 'voorkoming van diabetes bij de gezonde bevolking'. Wageningen Universiteit biedt ondersteuning aan bij het zoeken naar en samenstellen van meetinstrumenten. Zij doet dit in het kader van het pilot project Referentiekader Gezondheidsbevordering', waarin de opdracht is om sociaal draagvlak te meten.

Doel van de vragenlijst

De vragenlijst wordt ingezet tijdens de ontwikkeling van de interventie. De vragenlijst wordt gezien als middel om sleutelfiguren en de doelgroep te raadplegen en te betrekken bij het opzetten en uitvoeren van interventies (fase idee ontwikkeling en contacten leggen). Op grond van de uitkomsten van de interviews, kunnen actieve deelnemers getraind worden in het promoten en werven van nieuwe deelnemers, deelnemen aan focusgroepgesprekken en participeren in de organisatie van op te zetten interventies (fase planning en uitvoering). De vragenlijst moet het volgende opleveren:

- Inzicht in het draagvlak voor de interventie vanuit de community
- Actieve deelnemers die ingezet kunnen worden voor promotie en organisatie
- Potentiële deelnemers aan de interventies (werving).
- Inzicht in hoe de doelgroep/community tegen overgewicht aankijkt
- Aangrijpingspunten voor interventies

Methode

Interviews met sleutelinformanten om meer informatie te krijgen over de community en het werven van mensen uit de doelgroep. Voor het meten van sociaal draagvlak zijn een aantal vragen van Jakes en Shannon (2002) geselecteerd en geïntegreerd met open vragen. De interviews zijn verkennend van aard en worden mondeling afgenomen met mensen uit de doelgroep.

Aandachtspunten

Doelgroep/community nader omschrijven: wie worden er mee bedoeld. Dit ook in de interviews benoemen.

Vragen moeten ook geschikt zijn voor mensen uit de lagere ses-groepen.

Interviews zonodig in de eigen taal afnemen of in het Engels.

Duidelijke instructies maken voor de interviewers, o.a.

- Het is de bedoeling is dat het een leuk gesprek is, dat er contact is.
- Praten vanuit/in aansluiting op de belevenissen, leefwereld van de geïnterviewde.
- Doorvragen.

De vragenlijst voor Ghanese vrouwen.

Introductie

Wij willen graag praten met u over gezondheid, hoe u hier tegen aan kijkt en wat u er eventueel aan wilt doen. Ook gaat het gesprek over overgewicht en suikerziekte/diabetes. Overgewicht (of diabetes) is een groot probleem. Steeds meer mensen krijgen er mee te maken. Wij willen daar wat aan gaan doen. Dat willen we graag doen met u en andere mensen in uw gemeenschap. Daarom willen wij van u weten wat uw mening is over een aantal onderwerpen. Het is belangrijk dat u zegt wat u denkt. Alle antwoorden zijn goed.

1. Eerst wil ik wat vragen over uw gemeenschap. Met welke mensen in uw omgeving gaat u het meest om?

- Familie Vrienden Kerk Buurt
 Anders.....

2. Bent u betrokken bij deze mensen? Graag wil ik weten of u het er heel erg mee eens bent, mee eens, klein beetje eens of niet mee eens.

	Zeer mee eens	Mee eens	Klein beetje eens	Niet eens
Ik voel mij betrokken bij mijn gemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Kunt u vertellen hoe u met hen betrokken bent?

4. Ook bij de volgende vraag wil ik graag weten of u het er heel erg mee eens bent, mee eens, klein beetje eens of niet mee eens.

	Zeer mee eens	Mee eens	Klein beetje eens	Niet eens
Ik neem deel aan activiteiten in mijn gemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Aan welke activiteiten neemt u deel?

En aan welke activiteiten zou u graag deel willen nemen?

6. Kunt u een voorbeeld geven van een activiteit die u erg leuk vond om aan deel te nemen?

7. Waarom was het leuk om aan deze activiteit deel te nemen (doorvragen)?

8. Wat betekent gezondheid voor u?

9. Wat is belangrijk om gezond te kunnen zijn/blijven?

Denk aan:

- Familie en vrienden
- Contacten met andere mensen
- Werk hebben
- Niet roken

- Voeding
- Bewegen
-

10. Praat u wel eens met andere Ghanese vrouwen?

Zo ja, waar praat u over met andere Ghanese vrouwen?

Praat u ook wel eens over voeding?

11. Vindt u voeding belangrijk voor uw gezondheid?

Waarom wel/niet?

Hoe ziet gezonde voeding er volgens u uit?

Zou u gezonder willen eten? Wat heeft u daar voor nodig?

Denk aan:

- Ondersteuning van echtgenoot, anderen....
- Aanbod van winkels
- Prijs van gezond eten
- Informatie over gezond eten
- Kooklessen
-

12. Kunt u voor de volgende uitspraak aangeven in welke mate u het er mee eens bent.

	Zeer mee eens	Mee eens	Klein beetje eens	Niet mee eens
Als er een cursus over voeding komt, doe ik mee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Waarom lijkt het u (niet) leuk om mee te doen?

14. Hoe vaak beweegt u?

Denk aan activiteiten waarbij u licht gaat zweten, bijvoorbeeld traplopen, fietsen, wandelen. In minuten invullen.

Week	Ma	Di	Wo	Do	Vrij	Za	Zo	Week totaal
Fietsen								
Lopen								
Actiemomenten								
Sporten								
Huishouden								
Dagtotaal								

Zo ja, wat doet u?

Hoe vaak in de week? Hoe lang per keer? In tabel invoegen.

Vindt u bewegen belangrijk voor uw gezondheid?

Zou u meer willen bewegen dan u nu doet?

Zo nee, waarom niet?

Zo ja, wat zou u willen doen?

Wat stimuleert u om meer te gaan bewegen?

- Samen met anderen
- aanbod
- Goede prijs van activiteiten
- bereikbaarheid
-

15. Kunt u voor de volgende uitspraak aangeven in welke mate u het er mee eens bent.

	Zeer mee eens	Mee eens	Klein beetje eens	Niet mee eens
Als er een cursus 'bewegen' komt, doe ik mee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Waarom doet u wel/niet mee?

17. Kunt u voor de volgende uitspraak aangeven in welke mate u het er mee eens bent.

	Zeer mee eens	Mee eens	Klein beetje eens	Niet mee eens
Ik help graag mee met het organiseren van een activiteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wat vindt u leuk om te doen?

19. Met wie wilt u dit graag samen doen?

Afronding van het interview

20. We zijn van plan om binnenkort activiteiten op te zetten, en doen dat op basis van het gesprek met u en anderen. Bent u geïnteresseerd om hier in een groep met ons over te praten? Zo ja, afspraak maken.

21. Weet u nog iemand die we ook over dit onderwerp vragen kunnen stellen?

Waarom is hij of zij belangrijk om te vragen?

Hoe kunnen we in contact komen met hem of haar?

22. Dit was het interview.

Wat vond u van het interview?

De vragenlijst voor sleutelinformanten.

Introductie

Wij willen graag praten met u over gezondheid, hoe u hier tegen aan kijkt en wat u er eventueel aan wil doen. Ook gaat het gesprek over overgewicht en suikerziekte/diabetes.

Overgewicht (of diabetes) is een groot probleem. Steeds meer mensen krijgen er mee te maken. Wij willen daar wat aan gaan doen voor de Ghanese gemeenschap. Dat willen we graag doen met u en andere mensen in uw gemeenschap. Van u willen we ook graag meer weten over de Ghanese gemeenschap en hoe we het beste iets kunnen organiseren. Daarom willen wij van u weten wat uw mening is over een aantal onderwerpen. Het is belangrijk dat u zegt wat u denkt. Alle antwoorden zijn goed.

De vragen zijn grotendeels hetzelfde als de vragen in de vragenlijst voor de Ghanese vrouwen.

1. Eerst wil ik wat vragen over uw gemeenschap.
 Hoe lang woont u hier al?
 Wat is uw rol in deze gemeenschap?
 Kunt u vertellen wat de meeste mensen doen voor hun levensonderhoud?
 Wat doen mensen in hun vrije tijd?
 Welke organisaties en kerken zijn belangrijk in de gemeenschap?
 Met welke mensen in uw omgeving gaat u het meest om?

De volgende vragen worden ook verwerkt in de interviews:

Indien geïnterviewde enthousiast is over activiteiten en wel mee wil doen nog enkele vragen:

20. Kunt u voor de volgende uitspraak aangeven in welke mate u het er mee eens bent.

	Zeer mee eens	Mee eens	Klein beetje eens	Niet mee eens
Ik ken veel mensen in mijn gemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Kunt u voor de volgende uitspraak aangeven in welke mate u het er mee eens bent.

	Zeer mee eens	Mee eens	Klein beetje eens	Niet mee eens
De mensen in mijn gemeenschap zijn betrokken bij wat er gebeurt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Waarom ... mee eens?

23. Kunt u voor de volgende uitspraak aangeven in welke mate u het er mee eens bent.

	Zeer mee eens	Mee eens	Klein beetje eens	Niet mee eens
Mensen in mijn gemeenschap doen mee als er iets te doen is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Waar denkt u aan?

25. Kunt u voor de volgende uitspraak aangeven in welke mate u het er mee eens bent.

	Zeer mee eens	Mee eens	Klein beetje eens	Niet mee eens
Lokale organisaties, bijvoorbeeld het buurthuis, de school, komen tegemoet aan de behoeften in de gemeenschap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Waar denkt u aan?

Bijlage 11. Vragenroute diabetespreventie

Doelen focusgroep:

1. Inventariseren behoeften en interesses van deelnemers
 - welke onderwerpen
 - welke vorm (cursus, contactmomenten, duur).
2. Betrokkenheid en enthousiasme opwekken
 - aansluiten bij positieve ervaringen tot op heden
 - leuk en gezellig met elkaar wat doen

Opzet bijeenkomst:

4. Introductie. Naar aanleiding van beweeginterventie: Wat vindt u leuk?
5. Vragen over voeding:

Introductie:

Wat eten jullie als je iets gezelligs doet met elkaar, feestje...

Als het over voeding gaat, wil ik graag weten.....

Als het over voeding gaat, wil ik graag doen.....

Als het over voeding gaat, wil ik graag lijkt het me leuk om.....

Zet op flappen. In het achterhoofd:

- Soort producten
- Vetgehalte
- Suikergehalte
- Bereidingswijze
- Hoeveelheden
- Alternatieven
- Gezin, familie, cultuur
- Tijdstip van maaltijden en tussendoortjes

3. De onderwerpen die op de flappen zijn gezet door de deelnemers laten prioriteren. Alle deelnemers krijgen vijf stickertjes die ze bij de onderwerpen kunnen plakken. Meer stickertjes bij één onderwerp plakken mag.

7. We gaan een cursus over voeding organiseren met jullie.

Wat is dan een goede vorm? - drie bijeenkomsten van 2,5 uur?

Welke lokatie is geschikt voor de cursus?

8. Tot slot nog rondje met vragen en groene of rode kaart omhoog. Tel de uitkomsten.
 - a. Als de cursus komt doe ik graag mee? Waarom wel, waarom niet?
 - b. Ik vind het leuk om met deze mensen de vervolgcursus te doen.
 - c. Ik ken nog andere mensen die ook graag mee willen doen.
 - d. Ik wil helpen bij het voorbereiden/opzetten van de cursus. Ja mensen vragen en noteren

6. Afspraak voor vervolg.