



Overkoepelend evaluatieonderzoek Gezonde Toekomst Dichterbij

OVERKOEPELEND EVALUATIEONDERZOEK GEZONDE TOEKOMST DICHTERBIJ

EINDRAPPORTAGE

Lenneke Vaandrager

Lette Hogeling

Christianne Crijns

Renske van Lonkhuijzen

Freek de Meere

Niels Hermens

Harriëtte Snoek

Ireen Raaijmakers

Elsje Oosterkamp

Maria Koelen

NOVEMBER 2020

Wageningen University & Research, Gezondheid en Maatschappij

Wageningen Economic Research

Verwey-Jonker Instituut

Voorwoord

In 2015 startte het programma Gezonde Toekomst Dichterbij met als doel het verminderen van gezondheidsachterstanden bij gezinnen in achterstandssituaties. De keuze voor dit onderwerp kwam voort uit de hoop dit hardnekkige intergenerationeel overgedragen probleem gericht aan te pakken. Het programma ondersteunde in 2 programmalijnen 46 projecten die integraal werkten aan het verbeteren van de ervaren gezondheid van gezinnen en/of het verminderen van roken en/of alcoholgebruik en /of overgewicht. Binnen het programma was veel ruimte voor kennisdeling tussen de projecten. Een samenwerkingsverband van Wageningen University & Research, Wageningen Economic Research en het Verweij Jonker Instituut evalueerde het gehele programma.

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van dit overkoepelende evaluatieonderzoek dat is uitgevoerd van januari 2016 tot juni 2020. De keuze voor een participatieve aanpak van echt onderzoek waarbij het onderzoek zich voegde naar de praktijk en ontwikkelingen in de projecten maakte het extra complex maar het heeft waardevolle resultaten opgeleverd.

In dit onderzoeksrapport vindt u veel nieuwe kennis en aanknopingspunten voor beleid, onderzoek en praktijk naar het verminderen van gezondheidsachterstanden in Nederland. FNO zal deze resultaten meenemen in het vormgeven en inrichten van een nieuw programma, dat wederom gericht zal zijn op het verminderen gezondheidsachterstanden en start in 2021. Daarbij nemen we belangrijke resultaten en aanbevelingen uit dit onderzoek mee, zoals het inzetten van ervaringsdeskundigheid van gezinnen, het betrekken van professionals op verschillende beleidsterreinen.

We danken de projectleiders die al die jaren hebben meegewerkt aan dit onderzoek door het invullen van tussentijdse rapportages, geven van interviews en het organiseren van groepsinterviews. We bedanken de andere geïnterviewden voor hun bijdragen via vraaggesprekken. Een woord van dank ook voor de programmacommissie voor het meedenken en beoordelen van tussentijdse rapportages van het evaluatieonderzoek. Daarbij een speciaal woord van dank aan voorzitter Professor Karien Stronks. Ook veel dank aan de klankbordgroep die actief meedacht bij tussentijdse presentaties van het evaluatieonderzoek. We hebben ons altijd gesteund gevoeld door het bestuur van FNO met interesse en positieve steun rondom het programma en de evaluatie ervan, waarvoor veel dank. Daarnaast zijn we ook heel blij het besluit een nieuw programma vorm te geven gericht op het verminderen van gezondheidsachterstanden bij gezinnen in achterstandssituaties.

Tot slot een woord van dank aan het complete onderzoeksteam dat al die jaren zo intensief betrokken is geweest bij het programma en de projecten. Er is enorm veel werk verzet en de resultaten bieden veel aanknopingspunten om de aanpak van gezondheidsachterstanden te verbeteren. Een bijzonder woord van dank aan projectleider dr. Lenneke Vaandrager, promovenda Lette Hogeling en onderzoeksassistent Christianne Crijns met wie we al die jaren veelvuldig contact hadden en erg prettig hebben samengewerkt.

De afgelopen 5 jaar hebben door de betrokkenheid van de vele professionals en gezinnen in het hele land erg mooie resultaten opgeleverd. Op veel plekken wordt op een nieuwe manier gewerkt om de gezondheid van gezinnen in achterstandssituaties te verbeteren. We hebben samen veel geleerd over de aanpak van gezondheidsachterstanden maar er is ook nog genoeg te doen. Met veel enthousiasme en vertrouwen kijken we uit naar een nieuw programma!

Monique Schrijver, Programmaleider, Angela Nijland, Programmasecretaris

Tamar Shahinian, Programmaondersteuner

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	6
1. Inleiding.....	14
1.1 Gezondheidsachterstanden	14
1.2 Gezonde Toekomst Dichterbij.....	14
1.3 Evaluatie	15
2. Onderzoeksmethoden	18
2.1 Introductie.....	18
2.2 Dataverzameling.....	19
2.2.1 Projectdocumenten.....	20
2.2.2 Groepsgesprekken.....	20
2.2.3 Telefonische interviews.....	23
2.2.4 Voortgangsrapportages en eindrapportage.....	25
2.2.5 Projectevaluaties (secundaire data).....	25
2.2.6 Dataverzameling programma-aanpak.....	25
2.3 Analyse	27
2.3.1 Doelstellingen, bereiken en betrekken gezinnen en borging: kwantitatieve en kwalitatieve analyses.....	27
2.3.2 Effecten: Qualitative Comparative Analysis	29
2.3.3 Wat werkt, wanneer, voor wie? Realist-analyse.....	33
2.3.4 Kwalitatieve analyse van de programma-aanpak.....	34
3. Inleiding op de resultaten.....	36
4. Doelstellingen van de projecten en de gehanteerde aanpakken	38
4.1. Geformuleerde doelstellingen	38
4.2. Vormgeven aan doelstellingen	40
4.3 Indeling projecten op basis van aanpak.....	41
4.4 Een terugblik op de doelstellingen.....	43
4.5 Conclusie/duiding	46
5. Bereik als noodzakelijke voorwaarde	47
5.1 Doelgroepen en wervingsstrategieën	47
5.2 Bereik en intensiteit	49
5.3 Succesfactoren voor bereik.....	50
5.4 Conclusie/duiding	51
6. Betrekken van gezinnen in een achterstandssituatie	53
6.1 Inleiding.....	53
6.2 Betrokkenheid van gezinnen in een achterstandssituatie.....	55
6.3 Conceptualisaties van betrokkenheid binnen Gezonde Toekomst Dichterbij	56
6.4 Conclusie/duiding	58
7. Afnahme gezondheidsrisico's en toename van de ervaren gezondheid	59
7.1 Overgewicht/bewegen	59
7.2 Ervaren gezondheid.....	62
7.3 Roken.....	64
7.4 Alcohol	65
7.5 Conclusie/duiding	65
8. Realistische evaluatie	67
8.1 Inleiding.....	67
8.2 Wat werkt voor gezinnen en in welke omstandigheden?.....	69
8.2.1 Gelijkgestemden: herkenning en je begrepen voelen.....	70
8.2.2 Gelijkwaardigheid: serieus genomen worden.....	71
8.2.3 Onvoorwaardelijk: je bent goed zoals je bent.....	73
8.2.4 Er toe doen: er wordt iets voor jou gedaan en jij kunt iets betekenen voor anderen.....	74
8.2.5 Succeservaringen: liefelijk ervaren, plezier en trots.....	75
8.2.6 Zwaan kleef aan: een voorbeeld doet volgen.....	76

8.2.7 Aansprekend	78
8.3 Wat werkt voor professionals in welke omstandigheden?	79
8.3.1 Haalbaarheid	81
8.3.2 Ruimte om het anders te doen	83
8.3.3 Saamhorigheid.....	84
8.3.4 Waardering	86
8.3.5 Inspiratie	87
8.4 Overkoepelende resultaten	89
8.5 Conclusie/duiding	90
9. Borging.....	92
9.1 Kennisopbouw en verspreiding	93
9.2 Eigenaarschap bevorderen	95
9.3 Voortzetting van de financiering	96
9.4 De aanpak verbreden	96
9.5 Structurele aandacht voor het onderwerp	97
9.6 Borging van de samenwerking	97
9.7 Duurzame gedragsverandering bij gezinnen	98
9.8 Bevorderende en beperkende factoren	98
9.9 Conclusie/duiding	99
10. Evaluatie programma-aanpak Gezonde Toekomst Dichterbij	100
10.1 De programma-aanpak	100
10.1.1 Kwartiermakersronde	101
10.1.2 Literatuurstudie	101
10.1.3 Twee programmalijnen.....	101
10.1.4 Kennisdeling en agendasetting.....	102
10.1.5 Overkoepelend evaluatieonderzoek	103
10.1.6 Organisatie van het programma binnen FNO.....	103
10.2 De ervaren waarde van de verschillende programma-activiteiten	104
10.2.1 Kwartiermakersronde	104
10.2.2 Literatuurstudie	104
10.2.3 Het werken met twee programmalijnen.....	104
10.2.4 Kennisdeling en agendasetting.....	105
10.2.5 Het overkoepelende evaluatieonderzoek.....	106
10.2.6 Organisatie van het programma binnen FNO.....	107
10.2.7 Ervaren waarde van de doelstelling en duur van Gezonde Toekomst Dichterbij.....	108
10.3 Conclusie/duiding	109
11. Conclusie en discussie	110
11.1 Inleiding.....	110
11.2 Beantwoording onderzoeksvragen	110
11.3 Overkoepelende discussiepunten	114
11.4 Methodologische beschouwing	117
12. Aanbevelingen.....	122
12.1 Uitgangspunten voor het verkleinen van gezondheidsachterstanden	122
12.2 Aanbevelingen voor de praktijk	124
12.3 Aanbevelingen over de opzet van een nieuw programma.....	127
Referenties.....	132
Bijlagen	134
Bijlage A: Interviewleidraad 2017, 2018 & 2019	134
Bijlage B: Format eindrapportage.....	144
Bijlage C: Verandertheorie Gezonde Toekomst Dichterbij	149
Bijlage D: Regels bij scoring QCA.....	150
Bijlage E: Data matrix QCA.....	151
Bijlage F: Toelichting op condities, consistentie en dekking.....	153
Bijlage G: CIMO Analyseschema	154
Bijlage H: Bereikcijfers en intensiteit	155

Samenvatting

Inleiding

Het programma Gezonde Toekomst Dichterbij van FNO (2016-2020) wil kansen vergroten van gezinnen in achterstandssituaties. Hiermee worden huishoudens/gezinnen bedoeld waarin 'ten minste een ouder en een kind samenleven, dat meerdere problemen heeft op het gebied van financiën, onderwijs, arbeid of welzijn en een gezondheidsachterstand heeft door roken, alcoholgebruik of overgewicht, of onderliggende psychosociale problematiek'. Het programma achtte het wenselijk dat de interventies zich richten op het doorbreken van de intergenerationele overdracht bij minimaal één gezinslid van het gezin in een achterstandssituatie en dat de doelgroep actief werd betrokken bij de interventies. Daartoe financierde zij 46 projecten en zorgden zij voor kennisdeling tussen de projecten en met (lokale) beleidsmakers.

Het programma bestond uit 2 verschillende programmalijnen. Projecten van programmalijn 1 hadden een voorfase waarin de verkenning van het gebied werd gemaakt en in gesprek met bewoners is gekomen tot een integraal plan van aanpak om de gezondheid te bevorderen. Dit plan werd in de tweede fase uitgevoerd. In deze programmalijn zijn 19 projecten gehonoreerd. Projecten uit programmalijn 2 hadden een integrale benadering en geen voorfase, maar moesten wel gestoeld zijn op behoeften van de doelgroep. In deze programmalijn zijn 27 projecten gehonoreerd. Alle projecten dienden zich te richten op de ervaren gezondheid en daarnaast op één of meer van de drie gezondheid gerelateerde (risico)gedragingen: alcoholgebruik, roken en een beweeg- en voedingspatroon dat leidt tot overgewicht. Een grote diversiteit in uitgangspunten, doelen en opzet van de projecten bleek al snel typerend voor het programma als geheel. In opdracht van FNO voert een onderzoek consortium sinds voorjaar 2016 een overkoepelend evaluatieonderzoek uit van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij. Voorliggend rapport is het resultaat van deze overkoepelende evaluatie. Het onderzoek is uitgevoerd door de Leerstoelgroep Gezondheid & Maatschappij van Wageningen University and Research (WUR), Wageningen Economic Research en het Verwey-Jonker instituut.

In dit rapport beschrijven we de resultaten van het evaluatieonderzoek en beogen inzicht te geven in:

1. De doelstellingen van de projecten en de wijze waarop deze zijn vormgegeven en geborgd.
2. In hoeverre en op welke wijze het de projecten is gelukt om hun doelgroepen te bereiken.
3. De bijdrage van het programma aan een afname van de gezondheidsrisico's.
4. De mechanismen (succesfactoren) bij het terugdringen van gezondheidsrisico's en de theoretische kaders die hieraan ten grondslag liggen.
5. Wat de verschillende elementen van de programma-aanpak betekend hebben voor het verminderen van gezondheidsachterstanden.

Methode

Bij de ontwikkeling van het evaluatieonderzoek stond aansluiting bij de complexiteit van de problematiek van gezinnen in achterstandssituaties centraal. Ook hebben de ervaring en kennis van de betrokkenen en de diversiteit van de projecten een centrale rol gespeeld bij de ontwikkeling van de aanpak. Er is voor dit onderzoek gebruik gemaakt van data van de projecten zelf zoals projectvoorstellen en evaluaties. Daarnaast is data verzameld door middel van 2-jaarlijkse voortgangsrapportages, per project twee of drie groepsgesprekken, jaarlijkse interviews met de projectleiders en interviews met FNO programma betrokkenen en externen (zie tabel 1). Bij de analyses is een mix van methoden gebruikt. Kwalitatieve analyses zijn uitgevoerd om doelstellingen, bereik en borging van projecten te analyseren en om de bijdrage van de programma-aanpak inzichtelijk te maken. De QCA is gebruikt om inzicht te

verkrijgen in de aspecten die samenhangen met veranderingen voor de leefstijl-uitkomsten. Middels realistische evaluatie is geanalyseerd 'wat werkt voor wie in welke context en met welke uitkomst'.

Tabel 1: Overzicht van onderzoeksdoelen, data en methode

Doel	Data	Analyse
1. De doelstellingen van de projecten en de wijze waarop deze zijn vormgegeven en geborgd	Projectdocumenten (projectplannen, rapportages startfoto's); groepsgesprekken projecten; voortgangsrapportages projecten Groepsgesprekken projecten; voortgangsrapportages projecten; telefonische interviews projectleiders	Kwalitatieve analyse
2. In hoeverre en op welke wijze het de projecten gelukt is om hun doelgroepen te bereiken	Voortgangsrapportages en eindrapportage projecten; telefonische interviews projectleiders Voortgangsrapportages en eindrapportage projecten; groepsgesprekken projecten; telefonische interviews projectleiders	Kwantitatieve en kwalitatieve analyse
3. De bijdrage van het programma aan de afname van gezondheidsrisico's	Projectevaluatie (secundaire data); voortgangsrapportages en eindrapportage projecten; telefonische interviews projectleiders	Qualitative comparative analysis
4. De mechanismen (succesfactoren) bij het terugdringen van gezondheidsrisico's en de theoretische kaders die hieraan ten grondslag liggen	Voortgangsrapportages en eindrapportage projecten; groepsgesprekken projecten; telefonische interviews projectleiders Groepsgesprekken projecten; voortgangsrapportages projecten; telefonische interviews projectleiders	Realist-evaluation
5. Wat de verschillende elementen van de programma-aanpak betekend hebben voor het verminderen van gezondheidsachterstanden.	Interviews FNO; interviews GTD-programmacommissie; groepsinterview GTD klankbordgroep; interviews landelijke samenwerkingspartners; eindrapportages projecten; telefonische interviews projectleiders	Beschrijvende kwalitatieve analyse

Resultaten

De projecten hebben zich overwegend gericht op het verbeteren van de ervaren gezondheid (39 projecten) van gezinnen in een achterstandsituatie. Daarnaast waren er ook veel projecten (34) gericht op overgewicht onder gezinnen, vaak door middel van het stimuleren tot meer bewegen en/of gezonde eetgewoonten. Een kleiner aandeel van de projecten hadden als doel stoppen met roken (21) of het verminderen van alcoholgebruik (11). Bij de meeste projecten was er sprake van een combinatie van een doelstelling op ervaren gezondheid en één van de andere indicatoren.

Binnen de gestelde kaders van FNO hebben de projecten vormgegeven aan de doelstellingen via activiteiten en door het kiezen voor een bepaalde aanpak of werkwijze. In het eerste jaar van het onderzoek hebben wij op basis van een eerste ronde groepsgesprekken bij de projecten een indeling gemaakt van 4 aanpakken die de projecten hanteerden om hun doelen te behalen:

1. activiteiten die zich direct op leefstijl richten: 'Naar gezond gedrag';
2. actieve betrokkenheid van de gezinnen bij organisatie en uitvoering: 'Gezinnen aan zet';
3. de (zorg)professional als belangrijke schakel: 'Werken in de buurt';
4. sociale en professionele netwerken versterken: 'De buurt in verbinding'.

Vaak ging het om een combinatie van deze aanpakken binnen een project en over de tijd hebben we een aantal strategiewisselingen gezien om projecten beter te laten aansluiten op de context. Activiteiten binnen de projecten waren gericht op het bereiken van de doelgroep, kennis vergroten en motiveren, activeren en participeren. Bij projecten die (mede) een aanpak hadden die draaide om actieve betrokkenheid van gezinnen (gezinnen aan zet) zagen we dat de door FNO gegeven ruimte voor en flexibiliteit in het invullen van projectactiviteiten cruciaal was; actieve betrokkenheid was hier immers onderdeel van de projectactiviteiten en kostte tijd en energie. Echter, ook wanneer de aanpak van een project meer gericht was op het creëren van een buurtnetwerk (buurt in verbinding) of op een veranderende rol van de professional (werken in de buurt), waren tijd en flexibiliteit cruciale voorwaarden voor de ontwikkeling en uitvoering van een project.

De uiteenlopende aanpakken die de projecten hebben gekozen, maken verder inzichtelijk dat er naast de leefstijluitkomsten en een verbeterde ervaren gezondheid er ook aanvullende, tussenliggende doelen een rol speelden bij het verbeteren van de gezondheid van gezinnen. Deze tussenliggende doelen gingen bijvoorbeeld over kennis en vaardigheden, de rol van een sociaal netwerk en sociale participatie, empowerment, de rol van de professional en van buurtnetwerken.

Borging

Verschillende manieren van borging kwamen naar voren: 1) Kennisopbouw en verspreiding, 2) Eigenaarschap bevorderen, 3) Voortzetting van de financiering, 4) Verbreden van de aanpak, 5) Structurele aandacht voor het onderwerp, 6) Borging van samenwerking en 7) Duurzame gedragsverandering. De eerste drie, kennisopbouw en verspreiding, eigenaarschap borgen en voortzetting van de financiering kwamen het meest voor. Bezuinigingen bij organisaties, personeelwisselingen zowel binnen als buiten de projectgroep, en gescheiden portefeuilles bij gemeentes bleken borging te remmen. Persoonlijk contact met betrokkenen, enthousiasme bij organisaties en professionals, en het hebben van een lange adem en doorzettingsvermogen bleken bevorderend voor de borging.

Bereik

Het bereiken van gezinnen waarbij meerdere problemen tegelijk spelen vroeg om een grote investering van de projectteams en/of partners. Een persoonlijke en herhaalde benadering en met mensen in contact komen op plekken waar zij toch al komen of zijn, bleek daarbij een belangrijke rol te spelen. In totaal zijn naar schatting ruim 24.000 kinderen, 17.000 volwassenen en 35.700 gezinnen bereikt. Er is een indeling gemaakt van hoog, matig en laag intensieve projecten. Hoog intensieve projecten zoals coachingstrajecten voor zowel professionals als de gezinnen kenden over het algemeen een kleiner bereik dan laag intensieve projecten zoals een mediacampagne in een bepaalde buurt. Projecten met een hoger bereik waren niet noodzakelijkerwijs effectiever dan projecten met een lager bereik.

Betrekken (participatie van de doelgroep)

Het betrekken van de gezinnen is in beide programmalijnen op veel verschillende manieren ingevuld. Gezinnen zijn vooral betrokken geweest bij de ontwikkeling en uitvoering van projectonderdelen en activiteiten. In veel mindere mate was er sprake van empowerment waarbij de doelgroep helemaal zelfstandig vormgaf aan de ideeën en activiteiten en waarbij dit ook als een hoofddoel van het project werd gezien.

Bijdrage van het programma aan de afname van gezondheidsrisico's

Het programma Gezonde Toekomst Dichterbij heeft voor zover bekend ten dele een bijdrage geleverd aan de afname van het gezondheidsrisico overgewicht/weinig bewegen en aan een toename van de ervaren gezondheid.

Op basis van de QCA blijkt dat meer dan de helft van de projecten een verbetering op ervaren gezondheid hebben gemeten en dat de condities 'Programmaliijn 1' en 'Naar gezond gedrag' hier positief aan bijdragen. Dat betekent dat de kenmerken van programmalijn 1 - het starten met een voorfase om samen met bewoners een plan van aanpak te ontwikkelen - en activiteiten direct gericht op leefstijlfactoren tot een positieve uitkomst leiden op ervaren gezondheid.

Ook blijkt dat de QCA uitwijst dat van de projecten die zich richten op overgewicht:

- Een meerderheid ook daadwerkelijk een kleine verbetering hebben gemeten.
- Voor het verminderen van overgewicht (meer bewegen en gezonder eten) een aanpak 'Naar gezond gedrag' (het organiseren van leefstijlactiviteiten) nodig is. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat er vaak nog voorbereiding nodig is zoals vertrouwen winnen, tijd nemen om op zoek te gaan naar de kwetsbare doelgroep, blijven uitnodigen, zoeken naar activiteiten die aansluiten, activiteiten organiseren die leuk zijn ofwel de situatie moet rijp zijn voor deze aanpak.
- Vooral de combinatie van condities 'Programmaliijn 1', 'Werken in de buurt' en 'Naar gezond gedrag' een positief effect had op overgewicht. Dat betekent de combinatie van een voorfase waarin in beeld was gebracht welke problemen er speelden en waar behoefte aan was bij bewoners én waarbij (zorg)professionals een belangrijke schakel waren en waarbij ingezet werd op activiteiten gericht op leefstijl een positief effect hadden op overgewicht.

Over bijdragen aan een afname van de risico's roken en alcoholgebruik kunnen we geen uitspraken doen op basis van de voor deze evaluatie beschikbare informatie.

Mechanismen

Context, oftewel geschiedenis, sociale en fysieke omgeving, persoonlijkheden, bestaande attitudes en eerdere ervaringen speelden een belangrijke rol in de werkzaamheid van de verschillende interventies. Of een aanpak of activiteit werkt of niet bleek mede bepaald door de context waarin deze is geïmplementeerd.

Zeven mechanismen speelden een belangrijke rol bij de aanpakken waarin verandering bij gezinnen (mede) centraal stond ('gezinnen aan zet' en 'buurt in verbinding'). De activiteiten die binnen deze aanpakken waren ontplooid 'werken' omdat (1) mensen hierdoor ervaren dat ze niet de enigen zijn met een bepaalde problematiek, (2) mensen ervaren serieus te worden genomen (3) mensen ervaren dat er geen tegenprestaties worden verwacht (4) mensen ervaren dat ze daadwerkelijk iets kunnen bijdragen (5) mensen ondervinden wat een gezonder leven met hen doet (6) mensen het voorbeeld van anderen gaan volgen (7) mensen ervaren dat de interventie bij hen past.

Ook voor de aanpakken waarin professionals centraal stonden ('werken in de buurt' en 'buurt in verbinding') zien we een aantal belangrijke mechanismen terugkomen. Activiteiten hadden een positieve uitkomst als deze het volgende opriepen bij de professionals: (1) professionals ervaren dat een gevraagde inspanning realistisch is (2) professionals ervaren ruimte voor een andere manier van werken (3) professionals ervaren dat ze als professional in verbinding staan met andere professionals (4) professionals ervaren waardering en (5) professionals voelen zich geïnspireerd.

Theoretische kaders

De vier aanpakken dienden als uitgangspunt en 'praktisch theoretisch kader' bij het verdiepend onderzoek naar mechanismen. Met dit kader bedoelen we de verwachtingen die er bij projectteams waren over hoe en via welke mechanismen doelen bereikt konden worden. Een groot deel van de projecten had de theoretische of praktische verwachting dat actieve participatie van gezinnen bij het project leidt tot gezondheidswinst. Een aantal van de gevonden mechanismen of succesreacties onder gezinnen bevestigt deze verwachting. Door participatie kunnen gezinnen ervaren dat zij serieus

genomen worden en dat zij iets kunnen bijdragen. Hier, en ook bij alle andere mechanismen, geldt dat de projectactiviteiten enkel in een specifieke situatie (context) positieve reacties oproepen.

Projecten hadden ook de verwachting dat veranderingen bij professionals een belangrijke rol speelden bij gezondheidswinst onder gezinnen in een achterstandssituatie. In de positieve uitkomsten bij professionals op het gebied van kennis, vaardigheden en attitudes is te zien dat veranderingen bij professionals als uitgangspunt wel degelijk iets op kan leveren, bijvoorbeeld een andere werkwijze of een andere houding tegenover het werken met gezinnen in een achterstandssituatie. Ook op buurtniveau zien we dit terug: uitkomsten op het niveau van de professional gaan vaak over het versterken van het professioneel netwerk.

Programma-aanpak

Verschillende onderdelen en kenmerken van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij zoals de kwartiermakersronde, het literatuuronderzoek, het werken met de programmalijnen en de manier waarop FNO het programma aanstuurde, hebben op indirecte wijze impact gehad op het verminderen gezondheidsachterstanden van gezinnen in een achterstandssituatie. Ze zijn van waarde geweest voor (a) het in de 46 projecten kunnen werken aan het verminderen van gezondheidsachterstanden en (b) het verspreiden van kennis over het op integrale en participatieve wijze verminderen van gezondheidsachterstanden.

Discussie - inhoudelijk

Vooraf is voor veel projectleiders niet duidelijk geweest welke tijdsinvestering en aandacht nodig was om gezinnen in een achterstandssituatie daadwerkelijk te bereiken. Dit heeft ervoor gezorgd dat sommige projecten pas gedurende de looptijd van het project een goede of alternatieve strategie op bereik ontwikkelden. Leefstijl(verandering) bleek vaak niet de eerste prioriteit. Een aantal projecten hebben daarom hun focus veranderd en zijn vanwege de ervaringen of wensen van de gezinnen overgestapt op andere activiteiten dan oorspronkelijk gepland.

Ook al lijkt het erop dat de projecten uit programmalijn 1 meer resultaat hebben opgeleverd met betrekking tot een afname van overgewicht en een toename van de ervaren gezondheid wil het niet zeggen dat de projecten uit programmalijn 2 geen effect hadden: in deze projecten is veel bereikt als het gaat om het trainen en scholen van professionals, het betrekken van de gezinnen en het bouwen van netwerken om de gezinnen heen.

Het doorbreken van de intergenerationele overdracht binnen gezinnen is binnen de projecten op verschillende manieren vormgegeven zoals het aanpassen van de sociale omgeving waarin kinderen opgroeien, om zo verandering bij volgende generaties tot stand te brengen. Het doorbreken van intergenerationele overdracht gaat uit van een lange termijn effect van de projecten. Op basis van de in deze evaluatieperiode beschikbare cijfers over bereik en effectiviteit is niet af te leiden in hoeverre zo'n rimpeleffect binnen en naar gezinnen zich daadwerkelijk heeft voorgedaan.

Het samenspel tussen praktijk en onderzoek leverde aan beide kanten ook spanning op: de meer 'onderzoeksgerichte' projecten hadden meer moeite om aan te sluiten bij de praktijk en de meer 'praktijkgerichte' projecten hadden meer moeite met het eigen evaluatieonderzoek. Bij goed samenspel leverde dit mooi versterkende teams op.

Discussie - methodologisch

We zijn trots op de rijkdom van data die we hebben weten te verzamelen en dat we projecten met onze dataverzameling hebben kunnen ondersteunen bij het reflecteren op hun aanpak en dat we zo over en weer van elkaar hebben kunnen leren. Het gevolg van onze aanpak en de sturing vanuit FNO op impact is dat we niet op een gestandaardiseerde manier effecten hebben kunnen meten en er dus niet een uitspraak mogelijk is over tot hoeveel gewichtsverlies het programma precies heeft geleid of over

hoeveel deelnemers zijn gestopt met roken of minder zijn gaan drinken. Het grote voordeel is dat projecten de ruimte hadden om metingen te doen die goed aansloten bij de activiteiten en de eigen doelstellingen en onderzoeksvragen en dat we dus heel dicht bij de dagelijkse werkelijkheid van de praktijk konden blijven. Doordat in dataverzameling en analyses 'wat werkt' leidend is geweest, en minder 'wat niet werkt' missen er mogelijk wat nuances. Daarnaast waren de projecten voor de onderzoekers het meest zichtbare en tastbare onderdeel van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij en hierdoor zijn de andere onderdelen van de programma-aanpak wellicht iets onderbelicht geweest in het onderzoek.

Conclusie

Het verminderen van gezondheidsachterstanden vraagt om aanpakken waarin oog is voor de diversiteit binnen de doelgroep gezinnen in een achterstandssituatie, voor de contexten waarin zij leven, voor de stressoren in het dagelijkse leven van de gezinnen en voor de achterliggende problematiek van de gezondheidsachterstanden. Gezondheidsachterstanden zijn gerelateerd aan hardnekkige problemen wat de nodige investering in geld, menskracht en vooral ook tijd betekent. Tijd is bijvoorbeeld nodig om gezinnen te bereiken en duurzaam te betrekken bij activiteiten, om een netwerk van professionals en bewoners op te bouwen en om professionals te helpen bij het ontwikkelen van een andere werkwijze.

Aanbevelingen

Op basis van deze evaluatie formuleerden we een aantal algemene aanbevelingen over de uitgangspunten voor het verkleinen van gezondheidsachterstanden onder gezinnen in een achterstandssituatie, aanbevelingen voor het beleid en de praktijk, aanbevelingen over de opzet van een nieuw programma, over de rol van onderzoek bij een nieuw programma en de rol van het programmabureau. Veel van de aanbevelingen staan niet los van elkaar maar hangen juist samen en versterken elkaar.

De algemene aanbevelingen zijn:

- *Oog voor diversiteit.* Uit de evaluatie blijkt dat het verminderen van gezondheidsachterstanden eerst en vooral vraagt om aanpakken waarin oog is voor de diversiteit binnen de doelgroep gezinnen in een achterstandssituatie, voor de contexten waarin zij leven, voor de stressoren in het dagelijkse leven van de gezinnen en voor de achterliggende problematiek van de gezondheidsachterstanden.
- *Stuur op wat werkt in welke context.* We zien dat als je goed rekening houdt met de omstandigheden waarin gezinnen leven, het bestaand aanbod in een wijk, de geschiedenis die mensen hebben met hulpverleners of de aan- of afwezigheid van sociale netwerken, dat het beter lukt om bewoners te betrekken en te participeren in activiteiten.
- *Stel participatie en samenwerking centraal.* Bij het ontwikkelen en uitvoeren van succesvolle aanpakken dient de participatie van en samenwerking tussen gezinnen, vrijwilligers en professionals centraal te staan, en niet enkel het organiseren en uitvoeren van de interventie, de cursus, de activiteit zelf.
- *Stuur op werkzame mechanismen die bekend zijn uit dit en ander onderzoek.* Dit maakt het mogelijk om een aanpak te vinden die past bij de context en doelgroep waar het om gaat, en daarmee een aanpak die werkt.
- *Ga flexibel en al lerend te werk, zowel professionals, vrijwilligers, projectleiders, onderzoekers en en programmamakers.* Een lerende houding, en het faciliteren daarvan door programmamakers en onderzoek, kan het succes van een aanpak ondersteunen.
- *Creëer ruimte voor alle betrokkenen,* zodat gezinnen kunnen ontzorgen, vrijwilligers zich kunnen ontplooien en professionals anders kunnen gaan (samen)werken.
- *Neem ruim de tijd om een aanpak te ontwikkelen en financier die tijd.* Tijd is cruciaal zodat vertrouwen kan ontstaan tussen de partijen en mensen die samenwerken en bewoners tijd gegund

wordt om een rol te vinden in het project. Stimuleren dat projecten/consortia de tijd nemen, bijvoorbeeld door het opdelen van de projecten in 2 fasen, zoals in programmalijn 1 is gebeurd.

- *De aanhouder wint.* De problematiek van deze achterstanden is hardnekkig, en vraagt daarmee om een 'hardnekkige oplossing'; de nodige investering in geld, menskracht en vooral ook tijd.
- *Ga uit van de potentie van de gezinnen in een achterstandssituatie.* In aanpakken gericht op het verminderen van gezondheidsachterstanden is het aan te bevelen de gezinnen om wie het gaat te bevragen op hun kunde, kennis en hun talenten en vaardigheden tot hun recht te laten komen zodat ze zich trots voelen of van betekenis kunnen zijn voor anderen. In deze 'assetbenadering' (Andrade, 2016; Morgan & Ziglio, 2007) liggen mogelijkheden voor de toekomst.
- *Sluit aan bij de bestaande structuren.* Asset-mapping en mobilising assets kunnen waardevolle inzichten geven en maken het mogelijk om aan te sluiten bij bestaande (informele) structuren zoals een buurthuis, een lopend programma of een ontmoetingsplek.
- *Experimenteer met Living Labs: innovaties uitproberen en koppelen aan onderzoek.* Living labs waarbij kan worden geëxperimenteerd met andere manieren van financieren en waarbij geïnvesteerd wordt in de lokale preventie-infrastructuur, in intersectorale samenwerking, met name tussen het sociaal domein, publieke gezondheid en curatieve zorg en betrokkenheid van bewoners zijn daarom aan te bevelen.

Meer specifieke aanbevelingen voor de praktijk - over het bereiken en betrekken van gezinnen, gedragsverandering en het bevorderen van de ervaren gezondheid en de rol van de professionals - gaan over:

- *Het bereiken van gezinnen.* Hierbij is een gelijkwaardige en respectvolle manier van omgang met elkaar belangrijk. Ook goed aansluiten bij wat voor gezinnen in een achterstandssituatie een rol speelt in het dagelijks leven is belangrijk.
- *Het betrekken van de gezinnen.* Het is aan te bevelen te onderzoeken welke vorm van betrekken - meedenken, meedoen of empowerment - past bij het voortbouwen op de sterke punten en hulpbronnen die al aanwezig zijn in de wijk of het oplossen van de aanwezige problematiek.
- *Gedragsverandering en betere ervaren gezondheid.* Bij het bevorderen van gezond gedrag en de ervaren gezondheid verdient het een aanbeveling om in te zetten op ervarend leren en het doen van activiteiten in groepsverband. Goed getrainde professionals kunnen een belangrijke rol spelen, alsook de sociale netwerken en het versterken van het professionele netwerk. Meer concreet: organiseer leuke ervaringen in groepsverband, vier successen en reflecteer ook op deze ervaringen en successen.
- *De rol van de professionals.* Neem de rol van de professional serieus, door hen mee te nemen als doelgroep in onderzoek, door te investeren in bewustwording over armoede, vaardigheden in het omgaan met gezinnen en netwerken van professionals. Professionals moeten in feite vakbekwame duizendpoten zijn die goed kunnen inschatten wat gezinnen nodig hebben, of zij de juiste persoon zijn om dit te bieden en ook nog kunnen reflecteren om zo al doende zijn of haar praktijk steeds verder te verbeteren.

De overkoepelende evaluatie van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij heeft een aantal lessen opgeleverd voor een nieuw programma om gezondheidsachterstanden verkleinen:

- *Focus.* Samen met de doelgroep plannen ontwikkelen en uitvoeren blijkt een belangrijke randvoorwaarde te zijn voor gezondheidsbevordering en is voor een toekomstig programma ook van groot belang. Ook is het op basis van deze evaluatie aan te bevelen het vergezicht verminderen van gezondheidsachterstanden als overkoepelend doel te behouden, maar focus binnen de

gefinancierde activiteiten op korte termijn doelstellingen. Een vierde aanbeveling over de focus van zo'n nieuw programma betreft het financieren van lokale of regionale consortia met de doelgroep.

- **Borging.** Het is aan te bevelen om voor een nieuw programma een visie te ontwikkelen over borging, waarbij het borgen van de coördinatiefunctie, het borgen van de samenwerking en inbedden van succesvolle aanpakken in het beleid aan bod te komen. Sturing op borging die past bij de context en het monitoren van borging dient al in de programmabeschrijving zijn opgenomen en een randvoorwaarde voor financiering zijn.
- **Looptijd.** Een programma met de doelstelling 'verkleinen van gezondheidsachterstanden op de thema's overgewicht, roken, overmatig alcoholgebruik en ervaren gezondheid', maar met een lange looptijd (minstens 10 jaar) en met diverse tussenstappen waar naartoe wordt gewerkt verdient de aanbeveling.
- **Onderzoek.** Net als in het afgelopen programma Gezonde Toekomst Dichterbij bevelen we aan om kennisontwikkeling via onderzoek een rol te geven in een eventueel nieuw programma, zowel op overkoepelend niveau als binnen de consortia/projecten. Waar daarbij vooral op gelet moet worden zijn de uitgangspunten van empowerment, gelijkheid, diversiteit en complexiteit, de indicatoren participatie en samenwerking, de manieren van data-verzameling en de juiste balans tussen onderzoek en praktijk.
- **Rol FNO.** Het verdient aanbeveling om kennis over welke contexten vragen om welke werkwijzen te bundelen en te verspreiden. Deze overkoepelende evaluatie kan daar een beginpunt voor zijn. Daarnaast: blijf activiteiten/projecten/partners ondersteunen bij een continue cyclus van leren en kwaliteitsverbetering en het delen van (tussen)evaluaties op project - en overkoepelend niveau. Besteed naast het zichtbaar maken van de aanpakken in de praktijk ook tussentijds zoveel mogelijk aandacht aan het zichtbaar maken van de kennis uit het onderzoek van de consortia/ projecten, alsook het begeleidend/overkoepelend onderzoek. Blijf je opstellen als partner van de consortia/projecten. Betrek waar mogelijk het beroepsonderwijs (hbo en mbo) in de programma-aanpak en de lokale of regionale consortia zodat het belang van participatie en samenwerking tussen gezinnen, vrijwilligers en professionals op het netvlies van studenten (en dus de toekomstige professionals) komt te staan. Werk wederom met een programmacommissie en een klankbordgroep. Vraag de projecten/consortia om een halfjaarlijkse rapportage op hoofdlijnen rondom de belangrijkste uitgangspunten van het programma.

1. Inleiding

1.1 Gezondheidsachterstanden

Gezondheidsachterstanden bij lagere inkomensgroepen zijn wereldwijd een probleem zelfs in een welvarend land als Nederland. Van Nederlanders met een laag inkomen en/of een laag opleidingsniveau is bekend dat ze gemiddeld genomen zes jaar korter leven dan mensen met een hoog opleidingsniveau. Waar het gaat om het aantal levensjaren in goede ervaren gezondheid is dit verschil 15 jaar. Mensen met een migratie-achtergrond ervaren hun gezondheid vaker als slechter dan mensen zonder migratie-achtergrond (VTV, 2018; RIVM, 2020).

Het verkleinen van gezondheidsachterstanden van gezinnen in een achterstandssituatie is niet makkelijk. Rookgedrag, alcoholgebruik en ongezonde eetgewoonten worden doorgegeven van generatie op generatie (Ten Cate, Huijts & Kraaykamp, 2013), en hebben meerdere oorzaken. Oorzaken die *dichtbij* de invloedssfeer van de gezinnen zelf liggen, zijn bijvoorbeeld beperkte kennis van wat een gezonde leefstijl is, negatieve attitudes over gezond gedrag of een sociale omgeving die niet stimuleert tot gezond gedrag. Bovendien spelen in deze gezinnen stressoren een rol die vaak eerst moeten worden aangepakt voordat er ruimte is voor een gezonde leefstijl. Voorbeelden van deze stressoren zijn financiële problemen, een onveilige sociale omgeving en een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Andere oorzaken van gezondheidsachterstanden liggen *verder* van de invloedssfeer van gezinnen zelf af, bijvoorbeeld de kwaliteit van de leefomgeving in buurten, wijken of regio's, de toegankelijkheid van zorg voor kwetsbare groepen en regionale of landelijke ontwikkelingen in werkgelegenheid.

1.2 Gezonde Toekomst Dichterbij

FNO¹ voerde het programma 'Gezonde Toekomst Dichterbij' in de periode 2015-2020 uit met als doel de gezondheidsachterstanden van mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) en met name 'gezinnen in achterstandssituaties' terug te dringen (FNO, 2014). Vanwege het brede palet aan oorzaken voor gezondheidsachterstanden zette FNO in het programma in op een integrale aanpak. Met een integrale aanpak bedoelt FNO een aanpak gericht op meerdere leefgebieden, en in het bijzonder de gebieden onderwijs, arbeid, zorg en welzijn. Naast het integrale karakter stond participatie van de gezinnen in een achterstandssituatie en het doorbreken van de intergenerationele cyclus van problemen centraal binnen het programma. Gezinnen werden daarom geraadpleegd bij het bepalen van de koers van het hele programma en werden betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van projecten in de praktijk.

FNO heeft bij het uitzetten van de calls voor projecten een duidelijk kader meegegeven voor de overkoepelende doelstelling die de projecten dienden na te streven: het verminderen van gezondheidsachterstanden bij gezinnen in achterstandssituaties. Meer concreet dienden de projecten zich allen te richten op de ervaren gezondheid en daarnaast op één of meer van de drie gezondheid gerelateerde (risico)gedragingen: alcoholgebruik, roken en overgewicht (FNO, 2014a). Binnen dit kader hadden projecten de vrijheid om één of meerdere leefstijlindicatoren te kiezen, en om zelf invulling te geven aan op welke manier gaan zij de gestelde doelen wilden bereiken. Aan alle gehonoreerde projecten is gevraagd een eigen projectevaluatie uit te voeren.

¹ FNO Zorg voor Kansen is een vermogensfonds dat zich inzet voor mensen in een kwetsbare situatie in onze samenleving. Het fonds ondersteunt projecten in het gezondheidsdomein. Sinds 2015 doet ze dat programmatisch via vier programma's, waaronder het programma Gezonde Toekomst Dichterbij.

Het programma Gezonde Toekomst Dichterbij bestond uit 2 verschillende programmalijnen. Projecten van programmalijn 1 hadden een voorfase waarin een startfoto van het gebied werd gemaakt en in gesprek met bewoners werd een integraal plan van aanpak om de gezondheid te bevorderen gemaakt. Dit plan werd in de tweede fase uitgevoerd. In deze programmalijn zijn 20 projecten gehonoreerd waarvan er één is afgefallen. Projecten uit programmalijn 2 hadden een integrale benadering maar geen voorfase. In het plan van aanpak moesten aantonen dat het project gestoeld was op behoeften van bewoners. In deze programmalijn zijn 27 projecten gehonoreerd.

Naast de financiering van projecten kende het programma nog een aantal andere elementen: Het programmabureau van FNO organiseerde projectleidersbijeenkomsten en communiceerde projectresultaten waarmee ze kennis en ervaringen uit de projecten ontsloten met beleidsmakers en professionals in het veld. Ook zette FNO een klankbordgroep op en agendeerden ze gezondheidsachterstanden bij beleidsmakers en politici.

1.3 Evaluatie

In opdracht van FNO voert een onderzoeksconsortium sinds voorjaar 2016 een overkoepelend evaluatieonderzoek uit van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij. Het consortium bestaat uit drie partners: de leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij van de WUR (Wageningen University & Research), WECR (Wageningen Economic Research) en het Verwey-Jonker Instituut. Het onderzoek bestond uit 2 fases: een eerste jaar om een onderzoeksvoorstel op hoofdlijnen verder uit te werken en daarna 4 jaar om het onderzoek uit te voeren. Voorliggend rapport is het resultaat van deze overkoepelende evaluatie.

Er stonden vijf onderzoeksvragen centraal in dit overkoepelend evaluatieonderzoek:

1. Welke doelstellingen hebben de projecten geformuleerd, op welke wijze wordt hieraan vormgegeven en hoe is dit geborgd?
2. In hoeverre en op welke wijze is het de projecten gelukt om hun doelgroepen te bereiken?
3. In hoeverre heeft het programma 'Gezonde Toekomst Dichterbij' bijgedragen aan een afname van de gezondheidsrisico's roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht en aan een toename van de ervaren gezondheid?
4. Wat waren de mechanismen (succesfactoren) bij het terugdringen van gezondheidsrisico's en het bevorderen van de ervaren gezondheid en welke theoretische kaders liggen hieraan ten grondslag?
5. Wat hebben de verschillende elementen van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij apart en in samenhang met elkaar betekend voor het verminderen van gezondheidsachterstanden?

Eerdergenoemde focus van het programma op participatie hebben wij ook doorgevoerd in de overkoepelende evaluatie. De opzet van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij was zodanig dat er een veelheid aan projecten tot bloei kon komen, omdat door het betrekken van de doelgroep bleek dat niet overal hetzelfde nodig was. Een grote diversiteit in (theoretische) uitgangspunten, doelen, opzet, en evaluatie van de projecten, in hun praktische uitvoering én resultaten bleek al snel typerend voor het programma als geheel. We hebben beoogd om aan te sluiten bij de complexiteit van de problematiek en de diversiteit van de projecten. De evaluatie is opgezet en uitgevoerd volgens een aantal uitgangspunten, die gaan over *diversiteit, complexiteit, meetbaarheid & tijd en empowerment & gelijkheid*.

Diversiteit

De grote diversiteit aan projecten binnen Gezonde Toekomst Dichterbij bood veel kansen voor het overkoepelend evaluatieonderzoek. Als niet vaststaat welke activiteiten projecten moeten uitvoeren omdat bewoners hier een belangrijke stem in moeten krijgen, geeft dat potentieel inzicht in de verschillende perspectieven die er bestaan in praktijk, beleid en wetenschap over het terugdringen van gezondheidsachterstanden. En als er ruimte is voor projectleiders - met inachtneming van het verbeteren van de ervaren gezondheid en één van de drie gezondheidsgedragingen- om een keuze te maken voor een focus op specifieke indicatoren in hun project, geeft dat potentieel informatie over effectiviteit van projecten (interventies) op al die verschillende indicatoren. Niet alleen voor het evaluatieonderzoek maar ook voor de uitvoering van het programma bood deze diversiteit kansen, omdat projecten tijdens de uitvoering van elkaar konden leren. Recht doen aan de kansen die de diversiteit aan projecten bood, én leren van die diversiteit, is daarom één van de eerste uitgangspunten van de overkoepelende evaluatie geweest. Dit heeft zich binnen de evaluatie vertaald in een onderzoeksopzet die recht doet aan die diversiteit door *mixed-methods* in te zetten (zie Hoofdstuk 2 over onderzoeksmethoden) en door het gegeven van diversiteit terug te laten komen bij de data-analyse en het beantwoorden van alle onderzoeksvragen.

Complexiteit, meetbaarheid en tijd

Het terugdringen van gezondheidsachterstanden is een complexe aangelegenheid. Niet alleen kennen gezondheidsachterstanden een breed scala aan proximale en distale determinanten, ook de dagelijkse praktijk waarin gezondheidsprojecten worden uitgevoerd is complex. Verschillende benaderingen van (evaluatie)onderzoek kunnen recht doen aan deze complexiteit. Wij hebben er in deze overkoepelende evaluatie voor gekozen om onder andere met een *realist-evaluation* benadering (Pawson & Tilley, 1997) te werken, waarin juist de complexiteit van projecten een centrale rol heeft door aandacht voor de context van de projecten en de reacties van diegenen die betrokken waren bij de projecten.

Veranderingen in (risico)gedrag worden niet van de ene op de andere dag bewerkstelligd. Ook binnen vijf jaar, de looptijd van het programma, is het de vraag of een daadwerkelijke verandering in gedrag bij de doelgroep gerealiseerd én gemeten kon worden. Het was voor deze overkoepelende evaluatie daarom van belang om oog te hebben voor determinanten van gedrag, zowel de meer proximale als de meer distale determinanten. Anders gezegd: veranderingen van houding, motivatie, minder eenzaamheid, verbeterde participatie en empowerment zijn mogelijk meer realistische opbrengsten - binnen de periode van het programma- dan verandering van rookgedrag, alcoholgebruik, voedings- en beweegpatronen. Daarom was het belangrijk deze determinanten ook te meten. Binnen de overkoepelende evaluatie vertaalden deze aspecten van tijd en meetbaarheid zich in het centraal stellen van de (eigen, aanvullende) doelstellingen van projecten.

Aan projecten binnen het programma is door FNO gevraagd een eigen proces- en/of effectevaluatie uit te voeren inclusief een voor- en nameting, om zo inzicht te verkrijgen in de effectiviteit van het project op één of verschillende leefstijlindicatoren en ervaren gezondheid. De informatie uit deze projectevaluaties is ter beschikking gesteld aan het onderzoeksconsortium en is gebruikt voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 3. Bij het beantwoorden van deze vraag is gekozen voor de methode *Qualitative Comparative Analysis* (QCA), die de mogelijkheid gaf op een kwantitatieve manier uitspraken te doen over grotendeels kwalitatieve gegevens.

Empowerment en participatie

Zoals eerder benoemd, is betrokkenheid van gezinnen bij de opzet en uitvoering van de projecten een voorwaarde geweest voor cofinanciering vanuit het programma Gezonde Toekomst Dichterbij. Participatie (betrokkenheid) van de gezinnen binnen de projecten is daarom in alle vormen van

dataverzameling en analyse één van de thema's van de overkoepelende evaluatie geweest. In dit rapport bedoelen we met participatie twee dingen, namelijk bereiken en betrekken van de doelgroep.

Als onderzoeksconsortium hebben wij daarnaast vanaf het begin bewust ruimte gemaakt voor het versterken van projecten vanuit en tijdens het overkoepelend onderzoek. In de dataverzameling is bijvoorbeeld gebruik gemaakt van waarderend interviewen (*appreciative inquiry*). Daarnaast zijn waar mogelijk tussentijdse resultaten gecommuniceerd aan projectleiders en andere betrokkenen om te kunnen leren van deze resultaten. Ook zijn tijdens projectleidersbijeenkomsten en in de nieuwsbrieven (tussentijdse) onderzoeksresultaten op overkoepelend niveau, of over clusters van projecten, teruggekoppeld.

Een overkoepelende evaluatie als deze vraagt een extra inspanning van alle betrokkenen, inclusief de projectleiders en lokaal betrokkenen bij de projecten. We zijn dankbaar voor alle inspanningen die de projectleiders, professionals, vrijwilligers en gezinnen steeds hebben willen leveren in het kader van dit onderzoek. De kennis en ervaringen van al deze (lokale) betrokkenen hebben het onderzoek vormgegeven (Hogeling, Vaandrager & Koelen, 2019) én staan centraal in de resultaten. Naast *appreciative inquiry* is daarom ook gekozen voor een aanpak waarbij ruimte was voor samenspraak met de projecten en tegemoet te komen aan verzoeken en ervaringen van de projecten ten aanzien van de dataverzameling zoals het meer of minder tijd te plannen voor een groepsgesprek of interview.

Leeswijzer

Het vervolg van deze rapportage is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 beschrijven we een methodologische verantwoording van deze aanpak en gaan we in op de gebruikte onderzoeksmethoden. Hoofdstukken 4 tot en met 9 bevatten de resultaten van de verschillende onderdelen van het onderzoek. In 4 gaan we in op de doelstellingen van de projecten, in 5 beschrijven we het bereik, in 6 het betrekken van de gezinnen, in 7 beschrijven de resultaten van de *Qualitative Comparative Analysis*, 8 bevat de resultaten van de *realist* evaluatie en 9 betreft borging van de projectactiviteiten. In hoofdstuk 10 rapporteren we over de evaluatie van de programma-aanpak, waarna in hoofdstuk 11 de beantwoording van de onderzoeksvragen, de discussie en conclusie volgt. Hoofdstuk 12 bevat tot slot de aanbevelingen.

2. Onderzoeksmethoden

2.1 Introductie

De onderzoeksvragen zijn beantwoord door *mixed-methods* – in dataverzameling en analyse – in te zetten. We beschrijven in dit hoofdstuk de doelen, uitvoering en relevante ervaringen en kanttekeningen bij de gebruikte methoden, eerst voor de dataverzameling (paragraaf 2.2) en daarna voor de analyse (paragraaf 2.3).

Naast de *mixed-method* aanpak hebben we in de onderzoeksopzet en uitvoering gewerkt volgens een aantal uitgangspunten. Deze gaan over *diversiteit, complexiteit, meetbaarheid & tijd en empowerment & gelijkheid*, en zijn in de inleiding zijn toegelicht. Voor de uitvoering van het evaluatieonderzoek betekenden deze uitgangspunten dat:

- De ervaringen en kennis van de bij de projecten betrokken projectleiders, professionals, vrijwilligers en gezinnen een centrale rol hebben gekregen in de ontwikkeling van het definitieve onderzoeksdesign, de dataverzameling en analyse
- In dataverzameling zoveel mogelijk is aangesloten bij de eigen dynamiek en lokale context van ieder project, met als aanvullende doel de onderzoekslast voor betrokkenen te beperken.
- Binnen de dataverzameling gebruik is gemaakt van participatieve methoden van onderzoek zoals groeps gesprekken waarbij ook mensen uit de doelgroep werden uitgenodigd.
- In de dataverzameling gebruik is gemaakt van methoden als *appreciative inquiry* (waarderend interviewen).
- Waar mogelijk tussentijdse resultaten zijn gecommuniceerd aan projectleiders en andere betrokkenen om zo het leren van de overkoepelende evaluatie op projectniveau mogelijk te maken
- De terugkoppeling van de onderzoeksresultaten plaatsvond op overkoepelend niveau, of soms over clusters van projecten, maar nooit op projectniveau.

Naast deze uitgangspunten is de uitvoering van evaluatie mede gevormd door een aantal meer praktische overwegingen:

- Het intensief volgen van 46 diverse projecten is een complexe klus. Omdat juist de tijd (hoe verlopen de projecten) en de nuance een belangrijke rol spelen in onze analyses, hebben we er in 2016 voor gekozen om aan ieder project één onderzoeker uit het onderzoeksteam toe te wijzen (een *accountholder*). Deze onderzoeker voerde waar mogelijk alle dataverzameling bij de betreffende projecten uit. In de analysefase was er daarmee ook steeds één onderzoeker die een project volledig en goed in beeld had, ook over de jaren heen.
- Voor de beantwoording van de onderzoeksvraag over de effecten van de projecten op gezondheidsgedrag binnen de gezinnen hebben we de proces- en effectevaluaties van de projecten gebruikt. Bij een eerste scan van de projectevaluaties bleken deze zo divers van aard en kwaliteit, dat ervoor is gekozen op basis van een Qualitative Comparative Analysis (zie paragraaf 2.3.2) uitspraken te doen over de effectiviteit van de geclusterde projecten. Om de onderzoekslast voor de lokale projectbetrokkenen te beperken, hebben we niet zelf een extra vragenlijst vanuit het overkoepelend onderzoek uitgezet onder (deelnemende) gezinnen.
- De eerste call voor programmalijn 2 leverde onvoldoende projecten op van voldoende kwaliteit en spreiding over de onderwerpen roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik. In de loop van 2016 opende FNO daarom een derde *call* voor projecten binnen programmalijn 2. Dit betekende dat het aantal projecten opliep naar 46 (in plaats van 40). De dataverzameling was

toen al gestart. In overleg met FNO is ervoor gekozen bij de projecten van deze call een groepsgebesprek en een interview minder uit te voeren dan bij de projecten uit programmalijn 1 en de projecten uit de eerste call binnen programmalijn 2.

2.2 Dataverzameling

In deze paragraaf lichten we toe welke data zijn verzameld en welke methoden zijn gebruikt voor de beantwoording van de onderzoeksvragen. In Tabel 2.1 is weergegeven welke methoden van dataverzameling zijn toegepast, per onderzoeksvraag.

Tabel 2.1: Methoden van dataverzameling per onderzoeksvraag

Onderzoeksvraag	Data
1. (A) Welke doelstellingen hebben de projecten geformuleerd, (B) op welke wijze wordt hieraan vormgegeven en hoe is dit geborgd?	(A) projectdocumenten (projectplannen, rapportages startfoto's); groepsgebesprekken projecten; voortgangsrapportages projecten (B) groepsgebesprekken projecten; voortgangsrapportages projecten; telefonische interviews projectleiders
2. (A) In hoeverre en (B) op welke wijze is het de projecten gelukt om hun doelgroepen te bereiken?	(A) voortgangsrapportages en eindrapportage projecten; telefonische interviews projectleiders (B) voortgangsrapportages en eindrapportage projecten; groepsgebesprekken projecten; telefonische interviews projectleiders
3. In hoeverre heeft het programma 'Gezonde Toekomst Dichterbij' bijgedragen aan een afname van de gezondheidsrisico's roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht en aan een toename van de ervaren gezondheid?	Projectevaluatie (secundaire data); voortgangsrapportages en eindrapportage projecten; telefonische interviews projectleiders
4. (A) Wat waren de mechanismen (succesfactoren) bij het terugdringen van gezondheidsrisico's en het bevorderen van de ervaren gezondheid en (B) welke theoretische kaders liggen hieraan ten grondslag?	(A) Voortgangsrapportages en eindrapportage projecten; groepsgebesprekken projecten; telefonische interviews projectleiders (B) groepsgebesprekken projecten; voortgangsrapportages projecten; telefonische interviews projectleiders
5. Wat hebben de verschillende elementen van de programma-aanpak van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij apart en in samenhang met elkaar betekend voor het verminderen van gezondheidsachterstanden?	Interviews FNO; interviews GTD-programmacommissie; groepsinterview GTD klankbordgroep; interviews landelijke samenwerkingspartners; eindrapportages projecten; telefonische interviews projectleiders

Privacy

In het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) is een verwerkersovereenkomst opgesteld tussen FNO en WUR. De verzamelde data is alleen toegankelijk voor de betrokken onderzoekers, intern via een afgeschermd schijf en extern via een beveiligde omgeving. Data is alleen gedeeld met personen buiten het team onder strikte voorwaarden, bijvoorbeeld voor het uitschrijven van interviews en met studenten voor hun bachelor- of masterthesis.

2.2.1 Projectdocumenten

Bij het beantwoorden van onderzoeksvraag 1 is gebruik gemaakt van projectdocumenten die door FNO zijn gedeeld met het onderzoeksteam. Voor alle projecten is gebruik gemaakt van het definitieve projectplan/projectvoorstel. Voor de projecten uit programmalijn 1 (N=19) is ook gebruik gemaakt van de plannen van aanpak voor het maken van de startfoto en de startfotorapportages. Deze informatie is gebruikt om inzicht te krijgen in de (op papier) gestelde doelen per project en de voorgenomen activiteiten. Dit diende ook ter voorbereiding op de eerste ronde groepsgesprekken (paragraaf 2.2.2).

2.2.2 Groepsgesprekken

In de periode 2016 – 2020 is met elk van de projecten uit programmalijn 1 en met de projecten uit de eerste subsidieronde van programmalijn 2 drie keer een groepsgesprek georganiseerd. Met de projecten uit de extra subsidieronde van programmalijn 2 is dit twee keer gebeurd (zie Tabel 2.2). Bij deze projecten is het tweede gesprek ‘overgeslagen’ omdat de gesprekken anders te dicht op elkaar zaten.

Tabel 2.2: Uitvoering groepsgesprekken

Projecten Programmalijn 1	Groepsgesprek 1	Groepsgesprek 2	Groepsgesprek 3
Gezonde Toekomst Dichterbij Hengelo	11-7-2016	8-3-2018	1-7-2019
Op eigen kracht naar een gezonde toekomst	27-6-2016	4-4-2018	13-5-2019
Wijk in Beweging	6-9-2016	29-1-2018	20-5-2019
Gezond Nieuw-Lekkerland	30-6-2016	13-3-2018	12-9-2019
Vaals Ontmoet	15-7-2016	16-1-2018	9-4-2019
Samen Gezond en Sociaal Actief	14-9-2016	14-2-2018	11-4-2019
Kids in Aktie	1-7-2016	1-1-2018	9-4-2019
Family Project	12-7-2016	21-3-2018	14-3-2019
Voorstad beweegt	28-6-2016	13-2-2018	6-6-2019
Gezond in IJsselmonde / Beverwaard	17-1-2017	20-11-2017	28-6-2019
Goed bezig!	8-6-2016	13-12-2017	13-12-2018
SameNoord	16-6-2016	22-2-2018	15-2-2019
Goes Gezond	19-9-2016	13-11-2017	6-5-2019
Nieuw Welgelegen zet gezinnen in hun kracht	16-6-2016	15-2-2018	18-4-2019
Nieuwe wegen naar gezond leven in Almere Poort	20-6-2016	13-12-2017	15-4-2019
Samen lekker lang leven	21-6-2016	22-5-2018	23-5-2019
Go Noord	18-8-2016	16-11-2017	28-3-2019
KLIK Rotterdam	1-7-2016	4-4-2018	20-3-2019
Tiel aan de gezonde zijde	2-6-2016	7-12-2017	1-4-2019
Projecten Programmalijn 2			
Samen Happie	15-6-2016	8-2-2018	19-9-2019
Laaggeletterdheid is van gewicht - de huisarts helpt	7-6-2016	6-2-2018	11-2-2019
Back2Balance	29-6-2016	21-12-2017	29-1-2019
Superfit	23-5-2016	12-10-2017	22-1-2019
Betere gezondheid voor Somalische en Afghaanse Nederlanders	15-9-2016	23-10-2017 10-11-2017	6-11-2018 28-11-2018
Gezond gewicht kansrijk in Zaanstad	22-4-2016	20-11-2017	24-6-2019
De wijk in topvorm	23-6-2016	19-12-2017	27-2-2019
Fit @ Weekendacademie	10-5-2016	21-2-2018	29-5-2019
KEIGAAF	15-6-2016	13-12-2017	6-2-2019
Voorzorg verder	23-6-2016	18-1-2018	27-5-2019
PROMISE	30-6-2016	11-1-2018	28-1-2019
Samen gezond eten en bewegen	2-5-2016	11-12-2017	10-12-2018

Voel Je Goed!	10-6-2016	11-1-2018	27-11-2018
Hoe geven we kinderen een goede start	8-9-2016	1-5-2018	n.v.t.
De Geweldige Wijk	21-9-2017	n.v.t.	11-7-2019
Supporter van Elkaar	27-3-2017	n.v.t.	18-3-2019
Zoetermeer Samen Sterk & Gezond	27-6-2017	n.v.t.	14-1-2019
Stress- en rookvrije zwangerschap	2-6-2017	n.v.t.	2-9-2019
Ik ben het zat!	31-8-2017	n.v.t.	18-6-2019
Een integrale aanpak van armoede: meer ruimte voor stoppen met roken?	22-5-2017	n.v.t.	18-6-2019
Grip & Gezondheid: een integrale aanpak van armoede	10-7-2017	n.v.t.	18-2-2019
Een gezonde omgeving	27-6-2017	n.v.t.	3-9-2019
Wijkchallenge stoppen met roken: wie gaan de uitdaging aan?	15-6-2017	n.v.t.	30-1-2019
Rookvrij Opgroeien Haarlem Oost	10-4-2017	n.v.t.	11-7-2019
Applied gaming voor een rookvrije generatie	20-3-2017	n.v.t.	16-5-2019
Family Check-Up	29-6-2017	n.v.t.	3-6-2019
SAFER Pregnancy Study	24-7-2017	n.v.t.	9-9-2019

1e groepsgesprek

Het doel van het eerste groepsgesprek was inzicht verkrijgen in de doelen, doelgroepen en (voorgenomen) activiteiten, maar ook om kennis te maken met de projectteams en om hen de gelegenheid te geven nog eens te reflecteren op de planning in het eigen project.

Deze groepsgesprekken zijn uitgevoerd volgens de Effectenarena-methode (Bouwman, n.b.; Kerckhaert & Alvarez, 2018). Dit is een hulpmiddel om het maatschappelijk rendement van interventies inzichtelijk te maken, door middel van het helder krijgen van de input (bronnen die nodig zijn om de activiteiten te ondernemen), output (tastbare resultaat van de activiteiten) en outcome (welk verschil maakt de interventie voor de wijk en/of de gezinnen) (Deuten, 2009).

Aan de projectleiders is gevraagd alle relevante betrokkenen bij het project op dat moment uit te nodigen voor het gesprek, en een datum en locatie te prikken die voor de projectbetrokkenen haalbaar was. Voor de effectenarena was 3 uur gereserveerd, wat bij enkele projecten wegens praktische haalbaarheid werd ingekort naar 2-2,5 uur. De gesprekken werden geleid door één van de onderzoekers van het overkoepelend onderzoeksteam, waarbij een tweede onderzoeker of onderzoeksassistent aanwezig was om verslag te leggen.

Van alle 1^e groepsgesprekken is een geanonimiseerd verslag gemaakt, en een visuele weergave van de voorgenomen *inputs*, activiteiten, *outputs* en *outcomes*. Het verslag is vervolgens voorgelegd aan de projectleider van het project.

In totaal namen meer dan 330 mensen deel aan de groepsgesprekken, met een gemiddelde van 7 (range 4-17) per groepsgesprek. Bij grote groepen hebben we soms in subgroepen gewerkt. De reacties op de eerste groepsgesprekken vanuit de projecten waren overwegend positief, omdat het vaak heeft geleid tot een verdere aanscherping van de plannen.

2e groepsgesprek

Het doel van het tweede groepsgesprek was tweeledig: (1) de projectteams een moment van reflectie bieden op hun werk en (2) informatie ophalen over de stand van zaken en doorgemaakte ontwikkelingen.

Bij deze gesprekken werd aan de hand van de tijdlijnmethode (Wielinga, 2012; Zaalmlink, Smit, Wielinga, Geerling-Eiff & Hoogerwerf, 2007) gesproken over wat er goed ging in het project, wat minder, en

waarom. De tijdlijnmethode in dit gesprek hield in dat de geïnterviewden terugdachten aan een bepaalde periode en daarbij de individuele hoogte- en dieptepunten benoemden. De deelnemers plakten daarna de individuele hoogte- en dieptepunten met geeltjes op een gezamenlijke tijdlijn en lichtten deze kort toe aan de groep. Hierdoor ontstond er een informatieve tijdlijn die het verloop van het project weergaf vanuit verschillende perspectieven. De methode gaf ruimte aan persoonlijke ervaringen in de context van bredere ontwikkelingen in een project en ook de andere deelnemers kregen zo zicht op elkaars standpunten en ervaringen.

Ook voor deze gesprekken werd aan de projectleiders gevraagd om een locatie, datum en tijd te kiezen die voor het project gunstig uitkwam. Daarnaast is gevraagd alle relevante projectbetrokkenen op dat moment uit te kiezen. En ten slotte is benadrukt dat we het belangrijk vonden dat gezinnen/buurtbewoners uit het project aanwezig waren bij het gesprek omdat zij centraal stonden in het programma Gezonde Toekomst Dichterbij. Voor het groepsgesprek is gevraagd 3 uur te reserveren. In verband met praktische haalbaarheid is dit voor een aantal projecten 2-2,5 uur geworden. In totaal namen meer dan 270 mensen deel aan de tweede ronde groepsgesprekken, met een gemiddelde groepsgrootte van 8 (range 3-19) per groepsgesprek.

3e groepsgesprek

De 3^e en afsluitende ronde groepsgesprekken is bij alle projecten behalve één georganiseerd. Bij dit ene project achtte de projectleider een groepsgesprek weinig zinvol en zijn de vragen aan bod gekomen tijdens het afsluitende interview met de projectleider en een collega. Het doel van de afsluitende groepsgesprekken was drieledig: (1) in beeld brengen wat volgens de aanwezigen/betrokkenen de belangrijkste opbrengsten waren, (2) toetsen of de succes- en faalfactoren die we in tussentijdse analyses hebben geïdentificeerd herkend werden, en (3) een blik op de toekomst werpen en borging bespreken.

De afsluitende groepsgesprekken werden zo gefaciliteerd dat er ruimte was voor het delen van persoonlijke ervaringen in de context van de bredere ontwikkelingen het project. Ook is gekozen voor een vorm waarbij deelnemers aan het gesprek zicht krijgen op elkaars standpunten en ervaringen. Deelnemers werden eerst gevraagd om individueel na te denken over de opbrengsten van het project waar ze trots op waren en over wat daartoe had bijgedragen. De deelnemers presenteerden vervolgens hun punten (op een geeltje) kort voor de groep. Daarna werden ze in de groep besproken en de geeltjes werden op een groot vel geplakt. Hierop konden de andere deelnemers reageren en aanvullen en ontstond er een interactieve discussie. Vervolgens presenteerde de gespreksleider de werkzame mechanismen die hij/zij vooraf op basis van de tot dan toe verzamelde data had opgesteld. Dit betrof dan werkzame mechanismen die in het project hebben bijgedragen aan het behalen van de gekozen opbrengsten, of het behalen van opbrengsten juist belemmerden. Presentatievormen die daarbij gebruikt werden waren:

- het schematisch/tekening/visueel verbinden van relevante opbrengsten en mechanismen op een groot vel papier,
- het voorleggen van stellingen (al dan niet op papier) en
- meer verhalend.

De aanwezigen werd gevraagd of zij de werkzame mechanismen herkenden en er was expliciet ruimte voor eventuele opbrengsten en werkzame mechanismen die wij nog niet gezien hadden. Aan het eind van het groepsgesprek volgde er nog een korte reflectie over de toekomstplannen voor het project aan de hand van de volgende drie vragen:

- Wat neem je mee als belangrijkste inzicht/opbrengst uit dit project?
- Wat ga jij doen om dit inzicht verder toe te passen of uit te werken?

- Wat zou je aan een ander willen meegeven die een soortgelijk project zou willen gaan doen?

Ook voor deze afsluitende gesprekken werd aan projectleiders gevraagd een locatie, datum en tijd te kiezen die voor het project gunstig uitkwam. Daarnaast is gevraagd alle relevante projectbetrokkenen op dat moment uit te kiezen, en is benadrukt wat de waarde is van de aanwezigheid van gezinnen/ buurtbewoners uit het project bij het gesprek. Voor het groepsgesprek is gevraagd 3 uur te reserveren, in verband met praktische haalbaarheid is dit voor een aantal projecten 2-2,5 uur geworden. In totaal namen meer dan 380 mensen deel aan de derde ronde groepsgesprekken, met een gemiddelde groepsgrootte van 9 (range 3-24).

Ontwikkeling gespreksleidraad

Voor alle drie de groepsgesprekken is de methode en gespreksleidraad uitvoerig besproken, afgestemd en geoefend in het onderzoeksteam. De eerste twee groepsgesprekken van een ronde werden doorgaans als 'test' gebruikt om de leidraad en methode waar nodig nog aan te scherpen, te verduidelijken of verder in te vullen. De opzet van de gesprekshandleiding voor de groepsgesprekken was grotendeels semi-gestructureerd. De methode en belangrijkste onderwerpen lagen vast. Daarnaast was er altijd vrije ruimte in de gespreksleidraad voor de verschillende onderzoekers om iets nader in te vullen op een manier die volgens hen bij het betreffende project en de aanwezigen bij het groepsgesprek paste.

Aan alle aanwezigen bij de groepsgesprekken is bij aanvang van het gesprek uitgelegd wat de doelen waren van het gesprek, dat er anoniem wordt gerapporteerd en dat het de aanwezigen vrij stond zich op elk moment terug te trekken uit de gesprekken en uit de verslaglegging. Daarnaast is gevraagd of er bezwaar was tegen het maken van een audio opname van het gesprek. Deze opnames zijn gebruikt voor het maken van een verslag dat ook aan de projectleiders werd opgestuurd.

2.2.3 Telefonische interviews

Eén keer per jaar zijn de projectleiders benaderd voor een telefonisch interview (zie Tabel 2.3). Wanneer het moment van het interview samenviel met een gepland groepsgesprek bij het betreffende project vond het interview face-to-face plaats. De doelen van de interviews met de projectleider waren:

1. reflecteren op de algemene voortgang van de projecten met de projectleider op basis van informatie in de voortgangsrapportages,
2. verdiepend inzicht verkrijgen in de processen binnen de projecten aan de hand van tussentijdse analyses van de tot dan toe verkregen data op het project.

Tabel 2.3: Uitvoering telefonische interviews

Projecten Programmalijn 1	Interview 1	Interview 2	Interview 3
Gezonde Toekomst Dichterbij Hengelo	17-2-2017	19-7-2018	9-12-2019
Op eigen kracht naar een gezonde toekomst	13-3-2017	6-9-2018	16-12-2019
Wijk in Beweging	29-3-2017	29-8-2018	19-12-2019
Gezond Nieuw-Lekkerland	3-4-2017	5-9-2018	17-12-2019
Vaals Ontmoet	8-3-2017	30-8-2018	10-12-2019
Samen Gezond en Sociaal Actief	10-3-2017	30-8-2018	15-1-2020
Kids in Actie	20-3-2017	27-8-2018	17-1-2020
Family Project	17-2-2017	20-9-2018	31-1-2020
Voorstad beweegt	24-4-2017	10-9-2018	17-12-2019
Gezond in IJsselmonde / Beverwaard	24-4-2017	30-5-2018	15-1-2020
Goed bezig!	3-4-2017	13-6-2018	16-9-2019
SameNoord	16-3-2017	12-9-2018	10-12-2019

Goes Gezond	26-4-2017	22-5-2018	2-12-2019
Nieuw Welgelegen zet gezinnen in hun kracht	12-4-2017	23-8-2018	12-12-2019
Nieuwe wegen naar gezond leven in Almere Poort	15-5-2017	7-6-2018	9-12-2019
Samen lekker lang leven	11-4-2017	9-10-2018	16-12-2019
Go Noord	6-3-2017	11-9-2018	10-12-2019
KLIK Rotterdam	9-3-2017	4-9-2018	14-1-2020
Tiel aan de gezonde zijde	29-3-2017	18-6-2018	18-12-2019
Projecten Programmalijn 2			
Samen Happie	5-4-2017	28-8-2018	18-12-2019
Laaggeletterdheid is van gewicht - de huisarts helpt	5-4-2017	13-9-2018	11-9-2019
Back2Balance	29-3-2017	4-6-2018	16-12-2019
Superfit	4-5-2017	31-5-2018	16-9-2019
Betere gezondheid voor Somalische en Afghaanse Nederlanders	5-4-2017	27-8-2018 4-9-2018	11-9-2019 18-9-2019 14-11-2019
Gezond gewicht kansrijk in Zaanstad	20-2-2017	5-6-2018	6-1-2020
De wijk in topvorm	16-3-2017	29-5-2018	6-1-2020
Fit @ Weekendacademie	11-4-2017	11-9-2018	13-1-2020
KEIGAAF	28-3-2017	30-5-2018	3-10-2019
Voorzorg verder	3-4-2017	3-9-2018	13-1-2020
PROMISE	18-4-2017	4-9-218	22-10-2019
Samen gezond eten en bewegen	9-3-2017	29-5-2018	7-10-2019
Voel Je Goed!	29-3-2017	6-9-2018	14-10-2019
Hoe geven we kinderen een goede start	28-3-2017	11-10-2018	2-12-2019
De Geweldige Wijk	n.v.t.	11-4-2018	17-10-2019
Supporter van Elkaar	n.v.t.	27-3-2018	16-1-2020
Zoetermeer Samen Sterk & Gezond	n.v.t.	26-3-2018	28-8-2019
Stress- en rookvrije zwangerschap	n.v.t.	10-4-2018	31-10-2019
Ik ben het zat!	n.v.t.	16-4-2018	19-12-2019
Een integrale aanpak van armoede: meer ruimte voor stoppen met roken?	n.v.t.	17-4-2018	15-1-2020
Grip & Gezondheid: een integrale aanpak van armoede	n.v.t.	3-4-2018	3-12-2019
Een gezonde omgeving	n.v.t.	27-3-2018	23-12-2019
Wijkchallenge stoppen met roken: wie gaan de uitdaging aan?	n.v.t.	29-3-2018	4-12-2019
Rookvrij Opgroeien Haarlem Oost	n.v.t.	15-5-2018	16-12-2019
Applied gaming voor een rookvrije generatie	n.v.t.	13-4-2018	9-12-2019
Family Check-Up	n.v.t.	27-3-2018	16-12-2019
SAFER Pregnancy Study	n.v.t.	10-4-2018	17-1-2020

Voor elke ronde interviews werd een nieuwe interviewleidraad opgesteld (zie Bijlage A). De opzet van de leidraad was steeds *semi-gestructureerd*. Het was duidelijk welke onderwerpen besproken moesten worden, maar er was ook ruimte voor de betrokken onderzoeker om de onderwerpen verder te verdiepen en uit te vragen die voor het betreffende project of proces relevant waren. Voor de interviewleidraad werd door één van de onderzoekspartijen een opzet gemaakt, waarna deze na gezamenlijk overleg met het volledige onderzoeksteam definitief werd gemaakt.

Voor de interviews werd aan projectleiders gevraagd 1 uur te reserveren. De interviews zijn met toestemming van de projectleider opgenomen en getranscribeerd. Hierbij is aangegeven dat de

informatie vertrouwelijk werd behandeld en dat werd gerapporteerd op basis van anonimiteit van personen en projecten, tenzij in overleg met de projectleider anders is afgesproken.

De interviews konden veelal zonder al te veel moeilijkheden gepland en uitgevoerd worden. Een enkele keer is een interview wat later dan gepland uitgevoerd omdat dit voor de projectleider of naast andere dataverzameling beter uitkwam. Bij één van de projecten zijn meerdere interviews per ronde gehouden, omdat dit project uitgevoerd werd op verschillende locaties met per locatie een eigen, lokale projectleider. Bij verschillende interviews waren naast de projectleider ook bijvoorbeeld de projectonderzoeker (projectevaluatie) of een andere relevante projectmedewerker aanwezig.

2.2.4 Voortgangsrapportages en eindrapportage

Projectleiders van de 46 projecten rapporteerden schriftelijk twee keer per jaar aan FNO over de voortgang van hun project, en één keer aan het einde van het project. De informatie in deze schriftelijke rapportages werd zowel door FNO als door het onderzoeksteam gebruikt.

Voor tussenrapportages en eindrapportages is een format opgesteld in overleg tussen FNO en het onderzoeksteam. De vragen gingen over de activiteiten die plaatsvonden en voor welke doelgroepen, de aantallen deelnemers per activiteit (bereik), lokale samenwerking, participatie van de doelgroep, werkzame mechanismen en belemmeringen.

Voor de verschillende rapportages werden de formats steeds wat aangevuld, veranderd of aangescherpt. In latere rapportages is bijvoorbeeld explicieter gevraagd naar het aantal deelnemers en naar de borging en zijn er specifiekere vragen opgenomen over opbrengsten. Het format voor de eindrapportage is opgenomen in Bijlage B.

2.2.5 Projectevaluaties (secundaire data)

Eén van de subsidievoorwaarden van FNO was dat de projecten zelf een proces en/of een effectevaluatie inclusief een voor- en nameting moesten uitvoeren. Projecten mochten zelf invulling geven aan - waaruit de voor- en nameting bestond, hoe en door wie het werd uitgevoerd, en de wijze van rapporteren. Een diversiteit aan evaluatierapporten, wetenschappelijke artikelen, factsheets en video's is uitgebracht. Deze projectevaluaties hebben wij - naast de tussen- en eindrapportages, interviews en groepsgesprekken - gebruikt als input voor onze analyses. Van een aantal projecten hebben wij de geanonimiseerde datasets van hun projectevaluatie ontvangen.

2.2.6 Dataverzameling programma-aanpak

Voor de beantwoording van onderzoeksvraag 5 over de programma-aanpak zijn drie typen data verzameld en geanalyseerd: documenten, interviews (11 individuele interviews en één groepsinterview) en informatie uit 46 afsluitende interviews met de projectleiders en de eindrapportages van de projecten. Hieronder lichten we de verzamelde data nader toe.

Documentanalyse

Om in beeld te brengen wat de programma-aanpak van FNO inhield vond allereerst een analyse van documenten plaats. Hiervoor zijn de volgende documenten gebruikt: de programmatekst, de door FNO opgestelde verandertheorie (Zie Bijlage C) voor het programma Gezonde Toekomst Dichterbij, de subsidie-oproepen, de voortgangsverslagen van het programmabureau voor het bestuur van FNO en de documentatie op de website van FNO, zoals de portretten, de projectbeschrijvingen en de podcasts.

Interviews

In totaal zijn voor de evaluatie van de programma-aanpak van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij 11 individuele interviews en 1 groepsinterview afgenomen. Het groepsinterview betrof een

groepsgesprek met een informeel karakter met de door FNO samengestelde klankbordgroep. De groep bestond uit vijf moeders uit de doelgroep. De individuele interviews zijn gehouden met:

- Medewerkers van FNO op directie- en programmaniveau (n=3)
- Leden van de programmacommissie die FNO voor het programma Gezonde Toekomst Dichterbij had samengesteld (n=5)
- Vertegenwoordigers van landelijke organisaties waarmee FNO vanuit het programma Gezonde Toekomst Dichterbij samenwerkte: Pharos, Platform31 en Alles is Gezondheid (n=3).

Alle interviews hadden een open karakter die begonnen met vragen over hoe de geïnterviewde het programma Gezonde Toekomst Dichterbij ervaarde, wat de geïnterviewde zag als de belangrijkste opbrengsten van het programma en welke aspecten van het programma volgens de geïnterviewde bijdroegen aan het behalen van die opbrengst. Om ervoor te zorgen dat alle aspecten van het programma in ieder interview werden besproken hebben we in het interview vervolgens de verschillende onderdelen van programma-aanpak besproken. Bij ieder onderdeel werd gevraagd wat volgens de geïnterviewde de waarde was van dit programmaonderdeel voor het bereiken van de programmadoelstelling. De programmaonderdelen waar we naar hebben gevraagd waren: de kwartiermakersronde, het literatuuronderzoek vooraf, de aanvraagprocedure, de verschillende subsidierondes (programmaliijn 1 en 2), het werken met een programmacommissie en klankbordgroep, het overkoepelende evaluatieonderzoek, de projectleiders- en themabijeenkomsten en de website en andere producten van FNO over het programma Gezonde Toekomst Dichterbij.

Ieder interview is afgesloten met vragen gericht op de toekomst, waaronder over de rol die een programma als Gezonde Toekomst Dichterbij kan vervullen bij het verminderen van gezondheidsachterstanden en hoe FNO zou kunnen voortbouwen op de resultaten en lessen uit het huidige programma. Uiteraard verschilde het per interview waar de nadruk op lag. Zo hadden bijvoorbeeld de landelijke samenwerkingspartners veel minder zicht op wat de verschillende programmaonderdelen hebben betekend voor het bereiken van het programmadoel dan de medewerkers van FNO. Alle interviews vonden eind 2019 plaats en van ieder interview is een samenvattend verslag gemaakt.

Data vanuit de projecten

Ook vanuit de projecten hebben we data verzameld over de programma-aanpak. Allereerst hebben we hier tijdens de afsluitende telefonische interviews met de projectleiders enkele vragen over gesteld. Deze gingen over hun ervaringen met de procedure van aanvragen, de manier (vorm en inhoud) waarop ze aan FNO moesten rapporteren en het overkoepelende evaluatieonderzoek. Daarnaast hebben we tijdens de interviews gevraagd welk advies projectleiders FNO zouden geven voor een vervolg programma.

Ook aan het format voor de schriftelijke eindrapportage hebben we enkele vragen toegevoegd over de programma-aanpak van FNO. Wij hebben de projectleiders gevraagd om twee punten op te schrijven die zij als prettig hebben ervaren aan de samenwerking met FNO en twee punten voor verbetering. Verder is de projectleiders gevraagd om te beschrijven wat zij in algemene zin vonden van een aantal aspecten van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij. Dit waren: de doelstelling van het programma, de vorm en inhoud van de door FNO georganiseerde projectleidersbijeenkomsten, de opdeling van het programma in twee programmaliijnen en de mogelijkheid tot kennisuitwisseling tussen projecten. Een laatste vraag in de eindrapportages ging over wat de projectleiders van het overkoepelende evaluatieonderzoek vonden dat werd uitgevoerd door WUR/WEER/Verwey-Jonker Instituut.

2.3 Analyse

In deze paragraaf beschrijven we de doelen, uitvoering en relevante ervaringen en kanttekeningen bij de gebruikte methoden voor analyse. Bij het opzetten van de analyses speelde een belangrijke rol dat de praktijk leidend was in het onderzoeken van hoe er gewerkt werd en dat de diversiteit van de projecten het mogelijk maakte om verdiepend onderzoek te doen naar wat werkt, in welke situatie, voor wie. Een uitgebreidere toelichting op deze punten en de verdere keuzes die gemaakt zijn voor het design van het overkoepelend evaluatieonderzoek is te vinden in Hogeling et al. (2019).

In Tabel 2.4 is weergegeven welke (analyse)methoden zijn toegepast, per onderzoeksvraag.

Tabel 2.4: Data en (analyse)methoden per onderzoeksvraag

Onderzoeksvraag	Data	Analyse
1. (A) Welke doelstellingen hebben de projecten geformuleerd en (B) op welke wijze wordt hieraan vormgegeven en hoe is dit geborgd?	(A) projectdocumenten (projectplannen, rapportages startfoto's); groepsgesprekken projecten; voortgangsrapportages projecten (B) groepsgesprekken projecten; voortgangsrapportages projecten; telefonische interviews projectleiders	Kwalitatieve analyse (paragraaf 2.3.1)
2. (A) In hoeverre en (B) op welke wijze is het de projecten gelukt om hun doelgroepen te bereiken?	(A) voortgangsrapportages en eindrapportage projecten; telefonische interviews projectleiders (B) voortgangsrapportages en eindrapportage projecten; groepsgesprekken projecten; telefonische interviews projectleiders	Kwantitatieve en kwalitatieve analyse (paragraaf 2.3.1)
3. In hoeverre heeft het programma 'Gezonde Toekomst Dichterbij' bijgedragen aan een afname van de gezondheidsrisico's roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht en aan een toename van de ervaren gezondheid?	Projectevaluaties (secundaire data); voortgangsrapportages en eindrapportage projecten; telefonische interviews projectleiders	Qualitative comparative analysis (QCA, paragraaf 2.3.2)
4. (A) Wat waren de mechanismen (succesfactoren) bij het terugdringen van gezondheidsrisico's en het bevorderen van de ervaren gezondheid en (B) welke theoretische kaders liggen hieraan ten grondslag?	(A) Voortgangsrapportages en eindrapportage projecten; groepsgesprekken projecten; telefonische interviews projectleiders (B) groepsgesprekken projecten; voortgangsrapportages projecten; telefonische interviews projectleiders	Realist-evaluation (paragraaf 2.3.3)
5. Wat hebben de verschillende elementen van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij apart en in samenhang met elkaar betekend voor het verminderen van gezondheidsachterstanden?	Interviews FNO; interviews GTD-programmacommissie; groepsinterview GTD-klankbordgroep; interviews landelijke samenwerkingspartners; eindrapportages projecten; telefonische interviews projectleiders	Beschrijvende kwalitatieve analyse (paragraaf 2.3.4)

2.3.1 Doelstellingen, bereiken en betrekken gezinnen en borging: kwantitatieve en kwalitatieve analyses

Onderzoeksvragen 1 en 2 gaan over de thema's doelstellingen, bereik, participatie en borging. Deze thema's zijn in alle verschillende vormen van dataverzameling aan de orde gekomen, wat uiteindelijk een rijk beeld opleverde over deze thema's.

- Om inzicht te krijgen in het *bereik* van en *participatie* binnen de projecten, is een kwantitatieve analyse uitgevoerd gebruik makend van de cijfers in de door de projectleiders ingediende

projectplannen, voortgangs- en eindrapportages. Projectleiders hebben genoteerd hoeveel kinderen, volwassenen en/of gezinnen er betrokken waren bij de ontwikkeling en uitvoering van een activiteit, en hoeveel gezinnen, volwassenen en kinderen deelnamen aan een activiteit. Daarbij is specifiek gevraagd naar hoeveel kinderen, ouders en/of gezinnen behoren tot de doelgroep van gezinnen in een achterstandssituatie. Deze aantallen zijn naast elkaar gezet en opgeteld, gemiddelden en standaarddeviaties zijn berekend. Om een schatting te kunnen maken van het percentage deelnemers met een lage SES, zijn we uitgegaan van wat projectleiders in de eindrapportages hebben gerapporteerd. Daar waar projectleiders aangaven 'de school of opvang staat in een kwetsbare wijk dus alle deelnemers zijn lage SES' of 'alle deelnemers komen wonen in een aandachtswijk', zijn we uitgegaan van een percentage lage SES van 60 procent (CBS StatLine, 2015). Naast de kwantitatieve analyse was er veel kwalitatieve data beschikbaar over bereik en participatie. Deze informatie is gebruikt om een goede inschatting te kunnen maken van welke doelgroep daadwerkelijk is bereikt, de cijfers te duiden, en een verdiepend beeld te geven van bereik en participatie binnen Gezonde Toekomst Dichterbij.

- Tijdens het in kaart brengen van het bereik zijn enkele beperkingen aan het licht gekomen, waarvan de belangrijkste zijn: 1) De bereikcijfers zijn onduidelijk (e.g. overlap, dubbeltellingen), 2) De bereikcijfers zijn niet compleet, 3) Er is sprake van inconsistentie in de data (e.g. data is niet op dezelfde wijze verzameld, tellen van aantallen). Deze beperkingen betekenden dat de bereikcijfers in dit rapport een indicatie geven van het programmabereik en geen exacte weergave.
- Om de bereikcijfers beter te kunnen interpreteren hebben we de projecten ook ingedeeld naar intensiteit. Hierbij kijken we naar de kracht, frequentie en duur van interventies binnen het project en is een driedeling van hoog, matig en laag intensieve projecten (zie Kader 2.1). Bij het indelen van de projecten hebben we gekeken naar waar volgens ons de nadruk binnen het project op ligt. Deze indeling is besproken binnen het onderzoeksteam en waar nodig aangepast.

Hoog intensieve projecten

Projecten waarbij de nadruk ligt op interventies die bestaan uit meerdere activiteiten of een langdurig traject (voor één gezin of professional), of interventies waarbij een structurele aanpassing wordt gedaan in de werkwijze van professionals.

Voorbeelden: cursus met meerdere bijeenkomsten voor gezinnen, regelmatig terugkomende gespreksgroepen, trainingen voor professionals die een structurele verandering in de werkwijze teweeg hebben gebracht.

Matig intensieve projecten

Projecten waarbij hoog en laag intensieve initiatieven worden gecombineerd.

Voorbeelden: intensief traject voor ouders gecombineerd met activiteiten voor de gehele wijk of school.

Laag intensieve projecten

Projecten waarbij de nadruk ligt op korte, eenmalige interventies, of interventies die breed worden ingezet.

Voorbeelden: informatiebijeenkomst, mediacampagne, buurtspeelmiddag.

Kader 2.1: Intensiteit van de projecten

- Op het thema *doelstellingen* is een kwalitatieve analyse uitgevoerd op de verslagen van de eerste ronde groepsgesprekken (Effectenarena's). In een documentanalyse, gebruikmakend van Atlas.TI, is op inductieve wijze (zonder vooropgestelde categorieën of thema's) geïnventariseerd welke (onbewuste) verwachtingen, theoretische kaders en plannen een rol spelen binnen de projecten. Deze aanpakken zijn gecategoriseerd. De uiteindelijke *clusters* van aanpakken zijn plenair voorgelegd aan de projecten in een projectleidersbijeenkomst en per project voorgelegd in een groepsgesprek. De clusters dienden als *framework* voor de verdere

evaluatie. De resultaten van deze analyse zijn ook verwerkt en worden verder toegelicht in een wetenschappelijk artikel (Hogeling et al., 2020)

- Ook op het thema borging is een kwalitatieve analyse uitgevoerd. Gebruik makend van de door projectleiders ingediende eindrapportages en getranscribeerde telefonische eindinterviews, is in een documentanalyse op inductieve wijze geïnventariseerd welke categorieën of thema's betreft borging door projectleiders werden benoemd. Deze thema's zijn gecategoriseerd, geclusterd en besproken binnen het onderzoeksteam.

2.3.2 Effecten: Qualitative Comparative Analysis

Onderzoeksvraag 3 omvat in hoeverre dit programma heeft bijgedragen aan een afname van de gezondheidsrisico's en aan een toename van de ervaren gezondheid. Ieder project heeft zelf een evaluatie uitgevoerd om te meten wat het effect van de projectactiviteiten was op de individuele effectmaten ervaren gezondheid, overgewicht, alcohol en roken. Er was geen standaard format voor deze evaluaties en sommige projecten deden een kwantitatieve evaluatie en andere projecten deden een kwalitatieve evaluatie of een combinatie. Om de opbrengsten van de 45 projecten (en niet 46 omdat het project waar geen 3e groepsgesprek is geweest hier buiten beschouwing is gelaten) te duiden is een methode gebruikt die kwalitatieve data op een transparante en systematische manier vergelijkt: Qualitative Comparative Analysis (QCA) in het Nederlands aangeduid als systematische vergelijkende analyse. Het doel van QCA is het vaststellen van de condities die alleen of in combinatie met elkaar leiden tot een positieve uitkomst. Door middel van QCA is op een overkoepeld niveau geanalyseerd of 1) overgewicht, roken, alcoholconsumptie en ervaren gezondheid zijn veranderd en 2) of daarin verschillen zijn tussen de aanpakken en programmalijnen.

Qualitative Comparative Analysis

Gezien de grote diversiteit aan methoden, instrumenten en indicatoren die in de projecten zijn gebruikt voor de projectevaluaties is voor de overkoepelende analyse van effecten op de individuele uitkomstmaten gebruik gemaakt van QCA. Met QCA kan een analyse uitgevoerd worden van een klein aantal (15-50) casussen (hier: projecten) (Legewie, 2013) waarbij de complexiteit van de afzonderlijke projecten grotendeels behouden blijft (Ragin, 1987). Om met behulp van QCA een analyse te kunnen doen zijn de kwantitatieve en kwalitatieve data van de projecten omgezet in een score tussen 0 en 1. Doordat in de analyse alle data is omgezet naar kwantitatieve variabelen (scores) kunnen deze geanalyseerd worden en kan hierover een uitspraak gedaan worden (Tashakkori & Teddlie, 2010). QCA kan zo worden gebruikt om de grote hoeveelheid kwantitatieve en kwalitatieve evaluaties samen te vatten, te ordenen en patronen te ontdekken – waardoor er, ondanks variëteit tussen data, overkoepelende uitspraken over alle projecten gedaan kunnen worden (Rihoux & Ragin, 2009; Sandelowski, 2000).

QCA gaat uit van complexe causaliteit, wat inhoudt dat causaliteit in deze methode wordt gezien als gecombineerd, meervoudig, contextueel en asymmetrisch. Gecombineerd houdt in dat uitkomstmaten zoals stoppen met roken of een verbeterde ervaren gezondheid het gevolg kunnen zijn van combinaties van condities ofwel factoren die de uitkomst beïnvloeden. Meervoudig houdt in dat verschillende (combinaties van) condities eenzelfde uitkomst kunnen veroorzaken – zo kunnen een project uit Programmalijn 1 en een project uit Programmalijn 2 bijvoorbeeld beide succes behalen op ervaren gezondheid. Contextueel betekent dat bepaalde condities verschillende uitkomsten kunnen veroorzaken – afhankelijk van de context. Asymmetrisch houdt in dat als in een casus een bepaalde conditie leidt tot een uitkomst, de afwezigheid van die uitkomst in een andere casus niet automatisch verklaard wordt door de afwezigheid van diezelfde bepaalde conditie (Verweij & Gerrits, 2016).

Omdat er bij QCA vanuit wordt gegaan dat causaliteit een complex proces is, wordt binnen deze methode gebruik gemaakt van set-theorie. Een set is een verzameling projecten met één of meer

gemeenschappelijke condities. Zoals in de praktijk is gebleken maakten projecten vaak onderdeel uit van één of meerdere sets – ze combineerden bijvoorbeeld de aanpak naar gezond gedrag met het trainen van professionals. Verschillende sets gaven daarmee verschillende condities van een project aan. Set-theorie wordt gebruikt om uitspraken te doen over voorwaarden voor een bepaalde uitkomst (zie Kader 2.2) (Verweij & Gerrits, 2016). Het is de bedoeling van een QCA om, mede door middel van set-theorie, de condities of combinaties van condities te vinden die noodzakelijk of voldoende zijn voor de aanwezigheid van een bepaalde uitkomst.

Procedure

Van alle projecten is een eindrapportage beschikbaar waarbij de projectleiders hebben gerapporteerd over de effecten van het project op roken, alcohol, overgewicht en ervaren gezondheid. Deze rapportages, de laatste groepsinterviews, de interviews met projectleiders en persoonlijke notities van de onderzoekers van het overkoepelend evaluatieonderzoek zijn gebruikt om de scores voor de QCA bepalen – dit wordt ook wel een secundaire analyse genoemd.

De 45 geïncludeerde projecten hadden doelstellingen geformuleerd om een positieve verandering te bewerkstelligen op overgewicht/bewegen, ervaren gezondheid, roken en/of alcoholgebruik. Tijdens de analyse is echter gebleken dat de scores voor roken en alcohol niet divers genoeg waren om een betrouwbare QCA uit te voeren. Omdat er daardoor te weinig projecten zijn met een positieve uitkomst, kan er geen betrouwbare uitspraak worden gedaan over welke condities bijdragen aan een positieve uitkomst. Daarom is besloten om de analyse alleen uit te voeren voor de uitkomstmaten 'Overgewicht/bewegen' en 'Ervaren gezondheid'. De uitkomsten van roken en alcohol zullen beschrijvend gepresenteerd worden.

Uit de analyse van het eerste jaar waarbij we onderzocht hebben hoe de projecten de eigen doelstellingen hebben vormgegeven werd duidelijk dat, om leefstijlverandering mogelijk te maken, de projecten vier verschillende aanpakken hadden (zie ook Hoofdstuk 4):

- 'Naar gezond gedrag': een aanpak die zich in de activiteiten direct richten op de leefstijlfactoren roken, alcoholgebruik, voeding en beweeggedrag;
- 'Gezinnen aan zet': een aanpak waarbij gezinnen zelf het project in meerdere of mindere mate vormgaven, organiseerden en uitvoerden.
- 'Werken in de buurt': een aanpak waarbij de professional op een andere manier te werk ging
- 'Buurt in verbinding': een aanpak die uitgaat van de kracht van sociale netwerken van de gezinnen én als netwerken van professionals, aanbod en instanties in een wijk.

Projecten werkten vaak met een combinatie van deze aanpakken. Het doel van de QCA was om het effect te achterhalen op 'Overgewicht/bewegen' en 'Ervaren gezondheid' van de condities:

- 'Naar gezond gedrag', 'Gezinnen aan zet', 'Werken in de buurt' en 'Buurt in verbinding'
- Programmalijn 1 en 2 (Programmalijnen, zie Hoofdstuk 4)

Er zijn twee QCA's uitgevoerd. De eerste QCA heeft betrekking op de uitkomstmaat Overgewicht/bewegen en de tweede QCA heeft betrekking op de uitkomstmaat Ervaren gezondheid. De analyses zijn uitgevoerd in 3 stappen die hieronder worden toegelicht.

Analyse stap 1: Kalibratie

Er zijn scores bepaald voor de condities en uitkomstmaten. De scores zijn waarden tussen 0 en 1. Een overzicht van alle scores voor de aanwezigheid van bepaalde condities en uitkomstmaten voor de 45 projecten vormt de *data matrix*. Er zijn 2 manieren van het bepalen van scores: *crisp scores* en *fuzzy scores*. Bij een crisp score kan de waarde 0 of 1 worden toegekend. Hierbij is deelname binnen deze set duidelijk te onderscheiden. Bij de fuzzy score worden ook tussenstappen meegenomen. Voor de

aanpakken en de uitkomstmaten is gebruik gemaakt van fuzzy scores; een zogeheten *four-value scheme* (Ragin, 2008b). De volgende scores zijn toebedeeld: 0 (niet aanwezig), 0.33 (meer niet dan wel aanwezig), 0.67 (meer wel dan niet aanwezig) en 1 (aanwezig). Indien bijvoorbeeld uit de rapportage en het interview bleek dat er een klein effect is behaald op de daling van overgewicht dan werd de score 0.3 toegekend (zie ook Bijlage D). Deze scoringsvorm gaf de mogelijkheid om kwalitatieve verschillen vast te leggen en tegelijkertijd gradaties van scores tussen projecten aan te geven (Ragin, 2008b). Om dit te doen was kalibratie vereist: de originele data wordt omgezet naar een score aan de hand van de informatie die bekend is (Schneider & Wagemann, 2012). De programmalijnen zijn gescoord door middel van crisp scores. Met een 1 wordt dan aangegeven of een project tot een bepaalde programmalijn (programmalijn 1 met startfoto of programmalijn 2 met integrale aanpak zonder voorfase) behoort en met een 0 dat een project niet tot een bepaalde programmalijn behoort.

De kalibratie, het opstellen van scores per project, is uitgevoerd in drie stappen.

- Ten eerste zijn er per project door een onderzoeker scores bepaald voor de mate van aanwezigheid van de condities (aanpakken en type project) en scores bepaald voor de vier uitkomstmaten (overgewicht/bewegen, alcoholgebruik, roken en ervaren gezondheid). Voor het bepalen van de scores zijn regels opgesteld (zie Bijlage D). De onderzoeker stelde tijdens het analyseren per conditie en uitkomstmaat regels op over het toewijzen van de scores. Regels en scores zijn op iteratieve wijze vastgesteld, wat betekent dat scores en regels gelijktijdig werden gevormd door herhaaldelijk aan te passen en aan te vullen. Deze regels dienden als handvatten bij het indelen van de projecten in de verschillende condities en scores.
- Ten tweede zijn deze scores ter controle voorgelegd aan de accounthouders en besproken. De accounthouders hebben de projecten over de jaren heen intensief gevolgd en hebben tevens groepsgesprekken en interviews gedaan. De scores werden in overleg met de accounthouders aangepast indien zij er anders over dachten dan de onderzoeker. Hierbij was de inschatting van de accounthouder leidend, mits deze scores overeenkwamen met de door de onderzoeker opgestelde regels. In deze stap kwamen echter geen grote meningsverschillen naar voren.
- Ten derde zijn alle scores, na overleg met de accounthouders, doorgenomen door de onderzoeker, de projectleider en verschillende accounthouders. Op deze manier werd de consistentie tussen het bepalen van de scores voor de verschillende projecten zo veel mogelijk gegarandeerd.

De ruwe data matrix is opgenomen in Bijlage E. De score per project geeft aan in hoeverre wel of niet aan een conditie of een uitkomstmaat wordt voldaan.

Analyse stap 2: Truth table configuratie

Voor het uitvoeren van stap 2 en 3 in de analyse is gebruik gemaakt van het programma fsQCA (versie 3.1b) (Ragin, Charles & Davey, 2016). De data matrix is in fsQCA getransformeerd tot een *truth table*: een overzicht van de aanwezige combinaties van condities, de uitkomsten van deze combinaties en de projecten die daarbij horen (Verweij & Gerrits, 2016). Elke rij in een *truth table* is een kenmerkenconfiguratie van één van de projecten (zie *truth tables* in Hoofdstuk 7). Deze 'kenmerken' zijn de verschillende condities die worden gezien als mogelijke verklaringen voor de uitkomstmaat. Bij QCA wordt ook gebruik gemaakt van het begrip configuraties. Configuraties zijn combinaties van condities. Het effect van een bepaalde conditie kan verschillen afhankelijk van de combinatie van condities. Hierdoor is het niet verstandig om te focussen op effecten van individuele condities. QCA hanteert daarom, vanwege de focus op combinaties van condities, de term 'condities' in plaats van 'onafhankelijke variabelen' (Rihoux & Meur, 2008: p, 67).

Analyse stap 3: Truth table analyse

Middels deze stap is de (in stap 2 geconfigureerde) *truth table* geanalyseerd. Bij het analyseren van de data in het analyse programma fsQCA zijn alle toegekende scores omgezet in *crisp scores* (zie *truth tables* in Tabellen 7.2 en 7.4). In deze stap werd gezocht naar 2 type condities: een noodzakelijke conditie en een voldoende conditie (zie Kader 2.2 en Bijlage F).

Noodzakelijke conditie – Een noodzakelijke conditie is noodzakelijk voor het optreden van een bepaalde uitkomst. Indien een noodzakelijke conditie aanwezig is in een project, dan is ook een positieve uitkomst aanwezig. Noodzakelijke condities komen weinig voor.

Voldoende conditie – Een conditie kan als voldoende worden gezien als deze op zichzelf voldoende is om de uitkomst te bewerkstelligen. Altijd als deze conditie óf configuratie van condities aanwezig is, is de uitkomst dat ook. De uitkomst kan ook optreden onder andere condities, waardoor voldoende voorwaarden niet altijd noodzakelijke voorwaarden hoeven te zijn. Voldoende condities komen weinig voor.

Kader 2.2: Toelichting over noodzakelijke en voldoende condities (Mackie, 1965; Verweij & Gerrits, 2012).

Om de analyses te interpreteren werd gebruik gemaakt van de maatstaven *consistency* (hier: consistentie) en *coverage* (hier: dekking) (zie Bijlage F).

Consistentie geeft de mate aan van een (combinatie van) conditie(s) als noodzakelijke voorwaarde (zie Kader 2.2). Een hogere consistentie betekent dat een uitkomst vaker voorkomt in combinatie met de conditie. Bij een consistentie van 1 treedt de uitkomst altijd op als de conditie aanwezig is. Ook is een conditie met consistentie van 1 per definitie een noodzakelijke voorwaarde. Voor deze overkoepelende analyse van de projecten werden projecten met een consistentie van ≥ 0.9 gezien als een noodzakelijke combinatie. Een consistentie van 0.9 betekent dat een conditie in negentig procent van de projecten tot een positieve uitkomst leidt. Een consistentie van ≥ 0.75 werd gezien als een voldoende voorwaarde. Dit zijn waardes die worden aangeraden door Schneider & Wagemann (2012).

Naast consistentie is er ook een de score voor dekking bepaald. Deze maatstaf is bedoeld om de empirische relevantie van causale verbanden te evalueren. Bij een lage dekking is het aantal projecten waarbij de uitkomst én de (combinatie van) conditie(s) aanwezig zijn, klein. Dekking geeft daarmee aan hoe relevant de conditie is als noodzakelijke voorwaarde. Bij een dekking van 1 is de conditie altijd aanwezig in combinatie met de uitkomst, en bij '0' komt de conditie niet voor i.c.m. de uitkomst (Bouterse & Pattyn, 2018).

Via QCA kunnen de *causal paths* (=causale paden) beschreven worden van de onderzochte projecten met een bepaalde uitkomst. Indien geen condities op zichzelf voldoende waren voor de uitkomst (zie Kader 2.2), richtte de analyse zich op de *pathways of change*: combinaties van condities die voldoende zijn voor de af- of aanwezigheid van de uitkomst. Via de *truth table* is door middel van logische minimalisering (=logical minimisation) een oplossing (=solution term) verkregen voor de aanwezigheid van de uitkomst. Via Boleaanse algebra vindt QCA drie mogelijke formules om de onderzochte projecten (cases) met een positieve uitkomst te beschrijven in de vorm van causale paden: de *complex*, *parsimonious* en *intermediate* formule. Elke formule heeft zijn eigen sterke en zwakke punten. In deze analyse werd de *intermediate* formule gebruikt, aangezien deze over het algemeen als het nuttigst wordt gezien en in QCA-onderzoek het meest wordt gebruikt (Schneider & Wagemann, 2012; Ragin, 2008a).

Het vereenvoudigen van de *truth table* heet Boleaanse minimalisatie en hierdoor vind je de minimale vergelijkingen om de uitkomst te verklaren: de meest vereenvoudigde combinatie van condities die geassocieerd kunnen worden met een bepaalde uitkomst. De minimale vergelijking wordt geschreven door middel van operators (zie Kader 2.3).

*	en	e.g. A * B
+	of	e.g. A + B
~	niet	e.g. ~A
→	connectie tussen conditie(s) en uitkomst	e.g. A → Y

Kader 2.3: Operators

Minimalisering werkt door middel van de volgende procedure: Als twee of meer *pathways of change* verschillen in slechts één conditie maar wel dezelfde uitkomst vertonen, dan kan de causale conditie die de twee *pathways* onderscheidt, worden verwijderd (Ragin, 1987). Wanneer je dit herhaalt kom je tot de meest vereenvoudigde *causal pathway(s)* die geassocieerd kunnen worden met een bepaalde uitkomst. Deze minimale vergelijkingen worden gepresenteerd in een tabel.

2.3.3 Wat werkt, wanneer, voor wie? Realist-analyse

Voor de verdiepende analyse van *wat werkt, voor wie, in welke situatie*, is gebruik gemaakt van een kwalitatieve analyse die *realist-informed* is te noemen. Bij de 'realist informed' benadering richt men zich op het identificeren van 'wat werkt, voor wie, in welke context en met welke uitkomst' (Pawson, 2013). Dit wordt binnen de *realist* benadering ook wel aangeduid als de relatie tussen de context (C), mechanismen (M) en *outcome* (O). In deze analyse hebben wij voor de duidelijkheid ook gekeken naar bijbehorende interventies (I) of interventieonderdelen.

Het feit dat één van de onderzoekers (accounthouders) zijn/haar projecten over de jaren heeft gevolgd, speelt een belangrijke rol binnen deze analyse. Dit is terug te zien in de stappen die voor deze verdiepende analyse zijn gezet:

- In overleg binnen het onderzoeksteam en op basis van de onderzoeksvragen is een lijst met relevante *outcomes* opgesteld. Besloten is te richten op *outcomes* bij twee doelgroepen: de gezinnen/ buurtbewoners en professionals.
- Er is een analyseschema (CIMO-schema) opgesteld waarin onderzoekers voor de projecten waaraan zij verbonden zijn de relevante mechanismen, context en interventies kunnen rapporteren per *outcome* zoals bereik, ervaren gezondheid of vaardigheden. Dit analyseschema is opgenomen in Bijlage G.
- Er zijn twee teamsessies georganiseerd waarin het invullen van de schema's is besproken:
 - Een eerste sessie waarin het team besprak hoe de schema's konden worden ingevuld aan de hand van een voorbeeld van een ingevuld schema.
 - Een tweede sessie waarin met elkaar een ingevuld schema van ieder teamlid is besproken. Hierop zijn nog een aantal aanpassingen aan het schema gedaan. Het gezamenlijk bespreken van de schema's was noodzakelijk om uit ieder project vergelijkbare informatie te halen, wat nodig was om de data over alle projecten heen te kunnen analyseren.
- Iedere onderzoeker heeft op basis van de data van zijn/haar projecten de CIMO-schema's ingevuld.
- Deze mechanismen in de CIMO-schema's dienden als input voor het afsluitende telefonische interview met projectleiders. In de interviews zijn verschillende CIMO-schema's voorgelegd ter verduidelijking of als verificatie aan de projectleiders. Waar nodig paste de onderzoeker na afloop van het telefonische interview het CIMO-schema aan.
- Nadat alle CIMO-schema's waren ingevuld hebben we met het onderzoeksteam een eerste verkennende, overkoepelende analyse gedaan van alle schema's op één geselecteerde *outcome*. Tijdens die analysebijeenkomst bleek dat er nog wat verschillen waren tussen onderzoekers in de interpretatie van de onderdelen van het schema (de C-, I-, M-, en O's). Een volgende overlegronde heeft nog meer duidelijkheid gegeven in het invullen van de schema's, waarna iedereen deze op dezelfde manier heeft ingevuld.
- Voor de *outcomes* van de gezinnen en doelgroepen is een eerste analyse gemaakt van mechanismen die we veel terug zien komen in de projecten en hoe context en interventie daarbij een rol spelen. Dit is uitgevoerd door twee onderzoekers. De rest van het team heeft deze resultaten gecontroleerd en aangevuld. Zo zijn de CIMO-schema's meerdere malen besproken met het hele onderzoeksteam om ze zo specifiek mogelijk in te kunnen vullen.

2.3.4 Kwalitatieve analyse van de programma-aanpak

De analyse van de data voor de programma-aanpak is gestart met het beschrijven van wat de programma-aanpak en de verschillende onderdelen van de programma-aanpak precies inhielden. Dit is gedaan op basis van de documenten vanuit FNO en de interviews met de medewerkers van FNO. De beschrijving van de programma-aanpak en de verschillende programmaonderdelen is vervolgens ter verificatie voorgelegd aan en besproken met FNO. Naar aanleiding van die bespreking zijn aanpassingen gedaan in de beschrijving van de programma-aanpak en de programmaonderdelen. Vervolgens is de beschrijving nog twee keer voorgelegd aan de medewerkers van het programmabureau van FNO, om ervoor te zorgen dat de aanpak helemaal kloppend op papier stond in deze rapportage. Dit was ook belangrijk omdat het diende als uitgangspunt voor het analyseren van de waarde van de verschillende programmaonderdelen voor het behalen van de programmadoelstelling.

Om de waarde van de verschillende programmaonderdelen voor het behalen van de programmadoelstelling in beeld te brengen hebben we de individuele interviews, het groepsinterview met de klankbordgroep en de data vanuit de projectleiders geanalyseerd. De eerste stap hierin was een analyse van de samenvattende verslagen van de individuele interviews met FNO, de programmacommissie en de samenwerkingspartners en van het verslag van het groepsinterview met de klankbordgroep. De analyse hield in dat we per onderdeel van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij de passages uit de verschillende interviewverslagen over dat onderdeel onder elkaar hebben gezet. Hierdoor ontstond een beeld van hoe de geïnterviewden de afzonderlijke programmaonderdelen hebben ervaren en welke waarde zij van deze programmaonderdelen hebben gezien voor het bereiken van de programmadoelstelling.

De tweede stap was een analyse van de data vanuit de projectleiders. Uit de uitwerkingen van de telefonische interviews en uit de eindrapportages van de projectleiders zijn de passages over de programma-aanpak geknipt en in een apart document geplaatst. Dit leverde 133 pagina's aan relevante informatie die wij vervolgens hebben gecodeerd via het programma Atlas.ti. Hierbij hebben we deels vooraf ontwikkelde codes gehanteerd, waarmee we passages hebben gecodeerd waarin projectleiders vertelden of schreven over hun ervaringen met de verschillende onderdelen en centrale kenmerken van de programma-aanpak. Voor ieder onderdeel of kenmerk van de programma-aanpak hebben we een code gebruikt. De codes waren:

- Doelstelling van het programma, inclusief de vier gezondheidsuitkomsten
- Aanvraag- en selectieprocedure
- Beleidsbeïnvloeding
- Door FNO delen van de thema's en lessen uit de aanpakken
- Door FNO zichtbaar maken van de aanpakken
- Opdelen van programmaliijn 1 in twee fases
- Klankbordgroep FNO
- Literatuurstudie voorafgaand aan aanvraagprocedure
- Overbruggingsimpuls
- Overkoepelend evaluatieonderzoek
- Programmabureau
- Programmacommissie
- Projectleidersbijeenkomsten
- Strategische oriëntatieronde (kwartiermakersronde)
- Tussenrapportages van de projectleiders aan FNO
- Duur van het programma

De passages kregen naast een code over het programmaonderdeel waarover de passage ging ook een code voor wat dit programmaonderdeel volgens de projectleider betekende voor het behalen van de programmadoelstelling. De projectleiders spraken echter nooit over de directe betekenis van het programmaonderdeel voor het verminderen van gezondheidsachterstanden. De betekenis van de programmaonderdelen bleek voor de projectleiders vooral te liggen in (a) het vergroten van de kennis over en het draagvlak voor integrale participatieve aanpakken en (b) het faciliteren van het werk in de projecten, wat indirect natuurlijk wel weer van betekenis kan zijn voor het verminderen van gezondheidsachterstanden. De twee codes die we hier hebben gebruikt zijn dan ook:

- 'Betekenis voor kennis over en draagvlak voor Integrale Participatieve Aanpakken', wanneer de projectleider beschreef of vertelde dat het programmaonderdeel of kenmerk van het programma van waarde was voor het vergroten van de kennis over en het draagvlak voor op integrale participatieve wijze werken aan het verminderen van gezondheidsachterstanden.
- 'Betekenis voor projecten', wanneer de projectleider beschreef of vertelde dat het programmaonderdeel of kenmerk van het programma hen hielp om te werken aan het verminderen van gezondheidsachterstanden.

Op basis van de uit de interviewverslagen en data van de projectleiders geselecteerde tekstsegmenten is een eerste versie van hoofdstuk 10 over de programma-aanpak geschreven. Deze versie is vervolgens besproken met het onderzoeksteam en na enkele aanpassingen ook ter verificatie voorgelegd aan FNO.

De evaluatie van de programma-aanpak betreft een beschrijvende kwalitatieve analyse en dient, net als de andere hoofdstukken, als input voor het overkoepelende in conclusie- en discussie hoofdstuk (Hoofdstuk 11).

3. Inleiding op de resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de resultaten van de verschillende onderdelen van het overkoepelend evaluatieonderzoek worden gepresenteerd in dit rapport.

In Hoofdstuk 4 beschrijven we allereerst hoe de projectleiders binnen hun projecten van plan waren vorm te geven aan de doelstellingen van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij. We gaan in op wat de uiteindelijke doelstellingen waren en hoe de projecten deze eigen doelstellingen hebben vormgegeven. Om leefstijlverandering mogelijk te maken hadden de projecten vier verschillende aanpakken: (1) 'Naar gezond gedrag' waarbij de activiteiten zich direct richtten op de leefstijlfactoren roken, alcoholgebruik, voeding en beweeggedrag, (2) 'Gezinnen aan zet' waarbij gezinnen zelf het project in meerdere of mindere mate vormgaven (3) 'Werken in de buurt' waarin de (zorg)professional een belangrijke rol kreeg bij de aanpak en (4) 'Buurt in verbinding' door verbindingen in de wijk te stimuleren. De aanpakken werden soms los van elkaar, maar vaker in combinatie ingezet door de projecten. Dit hoofdstuk en de vier onderscheiden aanpakken, vormen de basis voor de verdere overkoepelende evaluatie. De aanpakken komen in de evaluatie als volgt aan bod:

- De aanpak 'Naar gezond gedrag' komt vooral terug in de analyse van effecten op leefstijlindicatoren (QCA, Hoofdstuk 7). Deze aanpak leent zich het beste leent voor (semi-) kwantitatieve analyses.
- De aanpakken 'Gezinnen aan zet', 'Werken in de buurt' en 'Buurt in verbinding' worden verder onderzocht in Hoofdstuk 8 over realistische evaluatie. In het 'gezinnen' deel gaat het zowel over 'Gezinnen aan zet' (participatie) maar komt ook het opbouwen van een sociaal netwerk ofwel de aanpak 'Buurt in verbinding' naar voren. In de paragraaf over de realistische evaluatie bij professionals komt de aanpak 'Werken in de buurt' duidelijk naar voren. Echter gaat het hier ook over het versterken van netwerken van professionals, dus daar komt de aanpak 'Buurt in verbinding' ook weer naar voren.

In hoofdstuk 5 gaan we in op het *bereik* van de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij. Daarmee wordt inzicht gegeven in alle mensen die in contact zijn geweest met activiteiten van de 46 projecten. We beschrijven de doelgroepen en wervingsstrategieën van de projecten. De projectactiviteiten variëren van eenmalige, (grootschalige) buurt- en schoolactiviteiten tot wekelijkse, intensieve trainingsgroepen. Daarom wordt ook ingegaan op de verschillen en overeenkomsten in bereik tussen hoog-, middel- en laag intensieve projecten. Tenslotte beschrijven we de succesfactoren voor de verschillende soorten van bereik.

In hoofdstuk 6 presenteren we de resultaten over het actief betrekken van de gezinnen. Betrokkenheid (ook wel vaak aangeduid met participatie) is op veel verschillende manieren ingevuld. Aan de hand van drie conceptualisaties van *community involvement* wordt een beeld gegeven van de manier waarop gezinnen en (individuele) buurtbewoners betrokken zijn geweest in de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij.

In hoofdstuk 7 worden de resultaten van de QCA gepresenteerd. Deze analyse is gebruikt om inzicht te verkrijgen in de aspecten die samenhangen met veranderingen voor de leefstijl-uitkomsten. Voor de uitkomsten overgewicht/bewegen en ervaren gezondheid was de beschikbare data toereikend, voor de uitkomsten alcohol en roken zijn alleen kwalitatieve analyses uitgevoerd.

In hoofdstuk 8 beschrijven we de resultaten van de realistische evaluatie. De kernvraag van dit hoofdstuk is: wat werkt, in welke omstandigheden, voor de gezinnen en voor de professionals? We geven daarmee een verdiepend inzicht in de reacties van de gezinnen en de betrokken professionals op een aangeboden project (of interventie) in een specifieke situatie.

Hoe de projectactiviteiten zijn geborgd wordt beschreven in hoofdstuk 9. Borging heeft op veel verschillende manieren plaatsgevonden: (1) Eigenaarschap bevorderen, 2) Voortzetting van de financiering, 3) Structurele aandacht, 4) Borging van samenwerking, 5) Kennisopbouw en verspreiding, 6) Verbreden van de aanpak en 7) Duurzame gedragsverandering. In dit hoofdstuk worden ook bevorderende en beperkende factoren voor borging zoals die in de projecten naar voren kwamen beschreven.

Tot slot worden in hoofdstuk 10 de resultaten beschreven van de evaluatie van de programma-aanpak.

4. Doelstellingen van de projecten en de gehanteerde aanpakken

- Alle projecten hebben zich gericht op het verbeteren van de leefstijl of de ervaren gezondheid van gezinnen in een achterstandssituatie.
- In programmalijn 1 waren er relatief meer projecten met een 'Gezinnen aan zet' en in programmalijn 2 met een 'Naar gezond gedrag' aanpak.
- Projectdoelen zijn gedurende de evaluatie gemonitord en bij de meeste projecten zijn doelen en aanpak bijgesteld vanwege de veelal dynamische dagelijkse praktijk.
- Vanwege de diversiteit in doelen binnen de projecten, en het feit dat de korte-termijn doelen lang niet altijd gingen over roken, alcoholgebruik, eet- en beweeggedrag of ervaren gezondheid, was het relevant om de projecten op een andere manier dan volgens een leefstijlthema of programmalijn in te delen. De indeling (1) Naar gezond gedrag, (2) Gezinnen aan zet, (3) Werken in de buurt en (4) Buurt in verbinding paste beter.

Dit hoofdstuk behandelt de doelstellingen van de 46 projecten en de wijze waarop de projecten zijn vormgegeven om die doelen te behalen.

De projecten speelden zich af in een veelal dynamische dagelijkse praktijk van gezinnen, gezondheidsprofessionals en beleidsmakers. Daarnaast waren veel projecten op een manier ingericht die gedurende het project ruimte liet voor verandering: de gezinnen konden bijvoorbeeld zelf doelen formuleren en activiteiten opzetten, of er werd een richting gekozen op basis van de ervaring, kennis en expertise van later aangesloten projectpartners. Hierdoor konden ook de door de projecten geformuleerde doelen veranderen gedurende de projectperiode, wat het voor het onderzoek noodzakelijk maakte om de doelen én activiteiten te blijven monitoren en waar nodig aan te passen gedurende de gehele looptijd van de projecten.

We maakten gebruik van de oorspronkelijke en gewijzigde projectplannen en we hebben in groepsgesprekken gedurende de looptijd van de projecten uitgebreid gesproken over hun doelen, hun activiteiten om die doelen te bereiken, en eventuele veranderingen in doelen en activiteiten (zie hoofdstuk 2). We gaan in dit hoofdstuk eerst in op de doelstellingen die zich richten op de leefstijlindicatoren zoals die door FNO zijn vastgesteld in de programmatekst. Daarna komt de invulling van die doelstellingen in activiteiten en aanpakken aan bod. We sluiten het hoofdstuk af met een beschrijving van de uiteindelijke doelstellingen op leefstijlindicatoren en aanpakken van de projecten.

4.1. Geformuleerde doelstellingen

Tabel 4.1 geeft een overzicht van de doelen die de projecten nastreefden op de geformuleerde leefstijlindicatoren. De informatie in de tabel komt uit de eerste projectplannen van de projecten. In de tabel zijn alleen de leefstijlindicatoren opgenomen waarbij de projecten daadwerkelijk van plan waren te *meten* op deze indicatoren.

Alle projecten gaven aan zich op de korte of langere termijn te richten op het verbeteren van de leefstijl (stoppen met roken, minder alcoholgebruik, gezondere voeding of meer bewegen) en/of de ervaren gezondheid van gezinnen in een achterstandssituatie. Van de 46 projecten hadden *aan de start* 28 projecten een doelstelling over het terugdringen van overgewicht door verandering in voeding en/of bewegen, 20 projecten over stoppen met of verminderen van roken, 13 projecten over het terugdringen van alcoholgebruik en 41 projecten hadden een concrete doelstelling geformuleerd op het verbeteren van de ervaren gezondheid.

Tabel 4.1: In de projectplannen geformuleerde indicatoren (te meten) op individueel niveau (2015/2016)

Projectnaam	Over- gewicht/ bewegen	Roken	Alcohol- gebruik	Ervaren gezond- heid
Projecten Programmalijn 1				
Gezonde Toekomst Dichterbij Hengelo	▲	▲	▲	▲
Op eigen kracht naar een gezonde toekomst	▲			▲
Wijk in Beweging				▲
Gezond Nieuw-Lekkerland	▲			
Vaals Ontmoet	▲	▲	▲	▲
Blijvend gezond en sociaal actief	▲			▲
Kids in Aktie	▲			▲
Family Project	▲			▲
Voorstad beweegt				▲
Gezond in IJsselmonde/Beverwaard	▲			▲
Goed bezig!	▲	▲	▲	▲
SameNoord Wijchen	▲			▲
Goes Gezond	▲	▲	▲	▲
Nieuw welgelegen zet gezinnen in hun kracht*				
Nieuwe wegen naar gezond leven in Almere Poort	▲	▲	▲	▲
Samen lekker lang leven**	▲	▲		
Go Noord	▲	▲	▲	▲
KLIK Rotterdam	▲			▲
Tiel aan de gezonde zijde				▲
Totaal programmalijn 1	15	7	6	16
Projecten Programmalijn 2				
Samen Happie	▲			▲
Laaggeletterdheid is van gewicht - de huisarts helpt	▲			▲
Back2Balance	▲	▲	▲	▲
Superfit	▲			▲
Betere gezondheid voor Somalische en Afghaanse Nederlanders				▲
Gezond gewicht kansrijk in Zaanstad	▲			▲
De wijk in topvorm	▲			▲
Fit @ Weekendacademie	▲			▲
KEIGAAF	▲			▲
Voorzorg verder	▲	▲	▲	
PROMISE		▲	▲	▲
Samen gezond eten en bewegen	▲			▲
Voel Je Goed!	▲			▲
Hoe geven we kinderen een goede start ***	▲			▲
De Geweldige Wijk				▲
Supporter van Elkaar		▲	▲	▲
Zoetermeer Samen Sterk & Gezond		▲	▲	▲
Stress- en rookvrije zwangerschap		▲		▲
Ik ben het zat!				▲
Een integrale aanpak van armoede: meer ruimte voor stoppen met roken?		▲		▲
Grip & Gezondheid: een integrale aanpak van armoede		▲		▲
Een gezonde omgeving		▲		▲
Wijkchallenge stoppen met roken: wie gaan de uitdaging aan?		▲		▲
Rookvrij Opgroeien Haarlem Oost				▲
Applied gaming voor een rookvrije generatie		▲		▲
Family Check-Up ***		▲	▲	▲

SAFER Pregnancy Study	▲	▲	▲	
Totaal programmalijn 2	13	13	7	25
Totaal	28	20	13	41

* nog niet duidelijk welke indicatoren concreet zouden worden gemeten.

** kennis en houding van roken en overgewicht.

*** 'Ervaren gezondheid' volgens de SDQ-vragenlijst naar emotionele/psychische gezondheid.

4.2. Vormgeven aan doelstellingen

Het vormgeven van de doelstellingen door de projecten gebeurde (1) door de activiteiten die de projecten uitvoerden om hun doelen te bereiken en (2) door de aanpak die zij kozen.

Activiteiten binnen projecten

Activiteiten binnen de projecten waren gericht op het bereiken van de doelgroep, kennis vergroten en motiveren, activeren en participeren. Op de activiteiten rondom het bereik van de doelgroep en activeren en participeren wordt verder ingegaan in hoofdstuk 5 en 6.

- Activiteiten die veel voorkwamen in de projecten waren activiteiten gericht op het **vergroten van kennis (bewustzijn) over gezondheid gerelateerd gedrag**, het veranderen van de houding ten opzichte van gezondheid of het motiveren van gezinnen in een achterstandssituatie om aan de slag te gaan met gezondheid. Sommige projecten hadden daarvoor een **duidelijk activiteitenplan** uitgevoerd. Dit kon bijvoorbeeld een vooraf bepaald aantal gezondheidslessen voor ouders of beweegactiviteiten voor kinderen zijn.
- Andere projecten hanteerden een **participatieve aanpak** en betrokken wijkbewoners en/of gezinnen die, eventueel samen met professionals, gezondheidsactiviteiten hebben opgezet. Bij deze participatieve projecten zijn de precieze activiteiten die plaatsvonden gedurende de projectperiode in ontwikkeling geweest. In deze projecten was **activeren van de doelgroep en stimuleren van participatie** vaak één van de doelen in de eerste fase. Er werd vaak gewerkt in participatieve werkgroepen van ouders, wijkbewoners of andere doelgroepen die samen aan de slag gingen met één thema.
- Soms richtten projecten zich in hun activiteiten op een duidelijk leefstijlthema (bijvoorbeeld gezonder eten, meer bewegen). Vaker was dat echter een **meer indirect thema**, zoals werken aan empowerment/participatie van gezinnen in een achterstandssituatie, maatregelen organiseren voor een veilige wijk of het onder de aandacht brengen van bestaand aanbod van leefstijlprojecten voor de doelgroep.

Werkwijze binnen projecten

De programmalijnen hebben ook een rol gespeeld bij de manier waarop de projecten zijn vormgegeven. De projecten uit **programmalijn 1** (n=19) werden gekenmerkt door een opstartfase: een periode voor het maken van een startfoto en het opstellen van een plan van aanpak samen met bewoners voorafgaand aan het uitvoeren van het project. Hierbij werd er ruimte en tijd geboden om allereerst lokaal te investeren en de context van het project te verkennen. Zo werd de mogelijkheid geboden om aan te sluiten bij wat er al speelde in het gebied en de bewoners te betrekken bij het opzetten van het project. In **programmalijn 2** (n=27), was geen sprake van een opstartfase maar moest men wel aannemelijk maken dat de plannen samen met de doelgroep waren bedacht.

Projecten hebben tevens vormgegeven aan de doelstellingen via de gekozen werkwijze of aanpak. Dit ging vaak niet direct over de leefstijlthema's. Projecten **focusten zich eerst op andere doelen**, omdat doelen als het vergroten van participatie of het versterken van het (sociaal) netwerk op de relatief korte termijn beter haalbaar leken. Gezondheidswinst bleef steeds wel een doel voor de langere termijn. Daarnaast is er in een aantal projecten bewust voor gekozen om **eerst aan gerelateerde of achterliggende problematiek te werken**, zoals armoede, schuldenproblematiek of het wegnemen van

stress. Ook hier met de verwachting dat dit op de langere termijn gezondheidswinst op kon leveren. Wanneer een participatieve aanpak centraal stond in een project, kon dat ook een reden zijn om niet direct maar meer indirect aan roken, alcoholgebruik, voeding of bewegen te werken. De gezinnen bepaalden in deze projecten immers zelf wat voor hen gezondheid is en dus ook wat gezondheidswinst op zou kunnen leveren. Tenslotte zijn er projecten waarin **de aantrekkelijkheid of toegankelijkheid van deelname aan de activiteiten** een grote rol speelde bij het bepalen van de inhoud van activiteiten. Een activiteit die direct ging over stoppen met roken zou voor de gezinnen een veel hogere drempel vormen dan een activiteit waarmee zij stress konden verminderen of een activiteit waarbij plezier, contact met buurtgenoten of een wedstrijdelement voorop stond.

4.3 Indeling projecten op basis van aanpak

Vanwege de diversiteit in doelen binnen de projecten, en het feit dat de korte-termijn doelen lang niet altijd gingen over roken, alcoholgebruik, eet- en beweeggedrag of ervaren gezondheid, was het relevant om de projecten op een andere manier dan volgens een leefstijlthema of programmalijn in te delen. In het eerste onderzoeksjaar is daarom op basis van gesprekken met betrokkenen binnen de projecten een alternatieve indeling gemaakt. Daarbij is vooral gekeken naar *hoe* de projecten op de korte termijn (binnen de subsidieperiode) verwachten de gezondheidswinst op de langere termijn te realiseren. Deze alternatieve indeling is een vierdeling geworden (zie Figuur 4.1). Er werd vaak op verschillende manieren gewerkt binnen één project, waardoor de indeling niet uitsluitend was. Een project kon dus bij meerdere ‘categorieën’ zijn ingedeeld. Daarnaast beschouwden we de indeling als dynamisch. Projecten konden immers veranderen; een werkwijze kon meer of juist veel minder tijd kosten, beter of juist veel minder effectief blijken. We hebben daarom de aanpakken van de projecten gedurende de vier jaar gemonitord en indien nodig de indeling daar op aangepast.



Figuur 4.1: Aanpak van projecten om gezondheidsdoelen te behalen

De vier aanpakken die we hebben onderscheiden zijn:

- **Naar gezond gedrag**
In deze aanpak zijn projecten ingedeeld die zich in hun activiteiten *juist wel* direct lijken te richten op de leefstijlfactoren roken, alcoholgebruik, voeding en beweeggedrag. Zo waren er projecten die

activiteiten ontplooiën om mensen te laten stoppen met roken, beweeglessen aanbieden in allerlei vormen, en dieet- en voedseladviezen organiseren.

- **Gezinnen aan zet**

De projecten in deze aanpak werkten op een participatieve manier met de doelgroep, dat wil zeggen dat de gezinnen zelf het project in meerdere of mindere mate vormgaven, organiseerden en uitvoerden. Participatie was in deze projecten vaak niet alleen een middel om activiteiten op het gebied van gezondheid en leefstijl te organiseren, maar ook een doel op zich. De projecten gingen uit van de eigen talenten, ervaring en ideeën van de betrokken gezinnen en beoogden een structuur op te zetten waarbinnen de gezinnen activiteiten konden gaan realiseren en vaardigheden verder konden ontwikkelen.

- **Werken in de buurt**

In het eerste jaar werd duidelijk dat er in een deel van de projecten veel van de (zorg)professional wordt verwacht. Hij of zij kan door de manier van werken (al dan niet toegespitst op gezinnen in een achterstandssituatie), door een nieuw instrument of door intensievere of andere samenwerking met andere professionals de doelgroep beter herkennen, bereiken en 'bedienen'. Alle projecten waarin de (zorg)professional zo'n belangrijke rol kreeg zijn bij deze aanpak ingedeeld.

- **Buurt in verbinding**

Een deel van de projecten ging juist uit van de kracht van een netwerk in de buurt. Netwerken worden binnen deze aanpak opgevat als sociale netwerken van de gezinnen én als netwerken van professionals, aanbod en instanties in een wijk. Door verbindingen in de wijk te stimuleren gingen de projecten in deze categorie er vanuit op de langere termijn gezondheidswinst voor gezinnen in een achterstandssituatie in gang te kunnen zetten.

De indeling van alle 46 projecten is terug te vinden in Tabel 4.2. Binnen de 46 projecten waren 29 projecten van plan te werken via de aanpak 'Naar gezond gedrag', 8 via de aanpak 'Gezinnen aan zet', 11 op de aanpak 'Werken in de buurt' en 28 op de aanpak 'Buurt in verbinding'. In programmalijn 1 waren er relatief meer projecten met een Gezinnen aan zet aanpak (32% van de projecten) dan in programmalijn 2 (7% van de projecten). In programmalijn 2 waren er relatief iets meer projecten met een 'Naar gezond gedrag' aanpak (70% van de projecten) dan in programmalijn 1 (53% van de projecten).

Tabel 4.2: Indeling van projecten naar aanpak (2015/2016)

Projectnaam	Naar gezond gedrag	Gezinnen aan zet	Werken in de buurt	Buurt in verbin- ding
Projecten Programmalijn 1				
Gezonde Toekomst Dichterbij Hengelo			▲	▲
Op eigen kracht naar een gezonde toekomst		▲		▲
Wijk in Beweging			▲	
Gezond Nieuw-Lekkerland	▲			▲
Vaals Ontmoet	▲			▲
Blijvend gezond en sociaal actief		▲		▲
Kids in Actie		▲		
Family Project	▲			
Voorstad beweegt		▲		
Gezond in IJsselmonde / Beverwaard	▲			▲
Goed bezig!	▲			▲
SameNoord Wijchen		▲		
Goes Gezond	▲		▲	
Nieuw welgelegen zet gezinnen in hun kracht	▲			▲
Nieuwe wegen naar gezond leven in Almere Poort				▲

Samen lekker lang leven	▲			▲
Go Noord		▲		▲
KLIK Rotterdam	▲			
Tiel aan de gezonde zijde	▲			▲
Totaal Programmalijn 1	10	6	3	12
Projecten Programmalijn 2				
Samen Happie	▲			
Laaggeletterdheid is van gewicht - de huisarts helpt			▲	
Back2Balance	▲			▲
Superfit	▲		▲	
Betere gezondheid voor Somalische en Afghaanse Nederlanders		▲		▲
Gezond gewicht kansrijk in Zaanstad	▲			▲
De wijk in topvorm	▲			▲
Fit @ Weekendacademie	▲			▲
KEIGAAF	▲			▲
Voorzorg verder			▲	▲
PROMISE	▲		▲	
Samen gezond eten en bewegen	▲			
Voel Je Goed!			▲	
Hoe geven we kinderen een goede start		▲		
Ik ben het zat!	▲			▲
Applied gaming voor een rookvrije generatie	▲		▲	
Een gezonde start omgeving			▲	▲
Een integrale aanpak van armoede: meer ruimte voor stoppen met roken?	▲			
Family Check-Up	▲			
De Geweldige Wijk				▲
Grip & Gezondheid: een integrale aanpak van armoede	▲			▲
Rookvrij Opgroeien Haarlem Oost	▲			▲
Supporter van Elkaar	▲			▲
Stress- en rookvrije zwangerschap	▲			
Wijkchallenge stoppen met roken: wie gaan de uitdaging aan?			▲	▲
SAFER Pregnancy Study	▲			▲
Zoetermeer Samen Sterk & Gezond	▲			▲
Totaal programmalijn 2	19	2	8	16
Totaal	29	8	11	28

4.4 Een terugblik op de doelstellingen

Alle projecten gaven in de projectvoorstellen aan zich op de korte of langere termijn te richten op het verbeteren van de leefstijl of de ervaren gezondheid van gezinnen in een achterstandssituatie. In de loop van de projectperiode zijn er door projecten echter wijzigingen aangebracht op basis van voortschrijdend inzicht of vragen en commentaren vanuit FNO. Tabel 4.3 geeft een overzicht van de leefstijlindicatoren die in de projectperiode daadwerkelijk door de projecten zijn gemeten. Uiteindelijk hebben van de 46 projecten er 34 zich gericht op overgewicht/bewegen (in de voorstellen 28), 39 op ervaren gezondheid (in de voorstellen 41), 21 op roken (in de voorstellen 20) en 11 op alcoholgebruik (in de voorstellen 13) (zie Tabel 4.3). In de geel gearceerde vakken is te zien op welke punten de indeling is veranderd ten opzichte van de projectplannen. De nieuwe indeling is gemaakt op basis van een analyse van de uitkomstmaten die ook is gebruikt in de QCA (zie Hoofdstuk 2.3.2 en 7).

Tabel 4.3: Indicatoren gemeten in projecten op individueel niveau (2020). Gele arcering geeft aan waar de tabel afwijkt van de indeling na het eerste jaar (Tabel 4.1)

Projectnaam	Over- gewicht/ bewegen	Roken	Alcohol- gebruik	Ervaren gezond- heid
Projecten Programmalijn 1				
Gezonde Toekomst Dichterbij Hengelo	▲	▲	▲	▲
Op eigen kracht naar een gezonde toekomst	▲			▲
Wijk in Beweging	▲	▲	▲	▲
Gezond Nieuw-Lekkerland	▲			
Vaals Ontmoet	▲			▲
Blijvend gezond en sociaal actief	▲			▲
Kids in Aktie	▲			▲
Family Project	▲	▲	▲	▲
Voorstad beweegt				▲
Gezond in IJsselmonde/Beverwaard	▲			▲
Goed bezig!	▲			▲
SameNoord Wijchen	▲			▲
Goes Gezond	▲	▲	▲	▲
Nieuw welgelegen zet gezinnen in hun kracht	▲			▲
Nieuwe wegen naar gezond leven in Almere Poort	▲			▲
Samen lekker lang leven	▲	▲	▲	▲
Go Noord	▲	▲		▲
KLIK Rotterdam				▲
Tiel aan de gezonde zijde	▲	▲		▲
Totaal programmalijn 1	17	7	5	18
Projecten Programmalijn 2				
Samen Happie	▲			▲
Laaggeletterdheid is van gewicht - de huisarts helpt	▲			▲
Back2Balance	▲			▲
Superfit	▲			
Betere gezondheid voor Somalische en Afghaanse Nederlanders	▲	▲	▲	▲
Gezond gewicht kansrijk in Zaanstad	▲			▲
De wijk in topvorm	▲			▲
Fit @ Weekendacademie	▲			▲
KEIGAAF	▲			
Voorzorg verder	▲	▲	▲	▲
PROMISE		▲		
Samen gezond eten en bewegen	▲			▲
Voel Je Goed!	▲		▲	▲
Hoe geven we kinderen een goede start	▲			▲
De Geweldige Wijk	▲			▲
Supporter van Elkaar	▲	▲	▲	▲
Zoetermeer Samen Sterk & Gezond		▲		▲
Stress- en rookvrije zwangerschap		▲		▲
Ik ben het zat!		▲	▲	▲
Een integrale aanpak van armoede: meer ruimte voor stoppen met roken?	▲	▲	▲	▲
Grip & Gezondheid: een integrale aanpak van armoede		▲		▲
Een gezonde omgeving		▲		▲
Wijkchallenge stoppen met roken: wie gaan de uitdaging aan?		▲		▲
Rookvrij Opgroeien Haarlem Oost		▲		
Applied gaming voor een rookvrije generatie		▲		
Family Check-Up				▲

SAFER Pregnancy Study	▲	▲		
Totaal programmalijn 2	17	14	6	21
Totaal	34	21	11	39

Ook de aanpak van projecten is gedurende de looptijd van het programma deels gewijzigd. In Tabel 4.4 is de uiteindelijke indeling van de projecten qua categorie van werkwijze te vinden. Uiteindelijk hebben 34 projecten zich gericht op de aanpak Naar gezond gedrag (in de voorstellen 29), 11 op de aanpak Gezinnen aan zet (in de voorstellen 8), 18 op de aanpak Werken in de buurt (in de voorstellen 11) en 20 op de aanpak Buurt in verbinding (in de voorstellen 28).

Voor de projecten in Programmalijn 1 heeft een duidelijke verbreding plaatsgevonden (Toename aanpak 'Naar gezond gedrag', 'Gezinnen aan zet' en 'Werken in de buurt'). Bij programmalijn 2 hebben juist een aantal projecten afgezien om te gaan werken volgens de 'Buurt in Verbinding' aanpak.

Omdat er door FNO veel belang werd gehecht aan participatie is het ook interessant om te zien dat in de loop van het programma het aantal projecten met de aanpak 'Gezinnen aan Zet' in programmalijn 1 is gestegen naar van 6 naar 9 projecten (3 gestopt, 2 mee doorgegaan en 6 mee begonnen). In programmalijn 2 is dit aantal hetzelfde gebleven, al was er 1 project mee gestopt er 1 project mee begonnen.

In de geel gearceerde vakken is te zien op welke punten de indeling is veranderd ten opzichte van de projectplannen (zie Tabel 4.2). De nieuwe indeling is gemaakt op basis van de scores die zijn bepaald in de QCA (zie Hoofdstuk 2.3.2 en Hoofdstuk 7).

Tabel 4.4: Indeling van projecten naar aanpak (2020). Gele arcering geeft aan waar de tabel afwijkt van Tabel 4.2.

Projectnaam	Naar gezond gedrag	Gezinnen aan zet	Werken in de buurt	Buurt in verbin- ding
Projecten Programmalijn 1				
Gezonde Toekomst Dichterbij Hengelo	▲		▲	
Op eigen kracht naar een gezonde toekomst	▲			▲
Wijk in Beweging	▲		▲	▲
Gezond Nieuw-Lekkerland	▲			▲
Vaals Ontmoet	▲	▲	▲	▲
Blijvend gezond en sociaal actief	▲		▲	
Kids in Actie				▲
Family Project			▲	▲
Voorstad beweegt		▲	▲	▲
Gezond in IJsselmonde / Beverwaard	▲			
Goed bezig!	▲	▲		
SameNoord Wijchen		▲		▲
Goes Gezond	▲	▲		
Nieuw welgelegen zet gezinnen in hun kracht		▲		▲
Nieuwe wegen naar gezond leven in Almere Poort	▲			
Samen lekker lang leven	▲			▲
Go Noord	▲	▲		▲
KLIK Rotterdam	▲	▲		
Tiel aan de gezonde zijde	▲	▲		▲
Totaal programmalijn 1	14	9	6	12
Projecten Programmalijn 2				
Samen Happie	▲			
Laaggeletterdheid is van gewicht - de huisarts helpt			▲	▲
Back2Balance	▲			▲

Superfit	▲		▲	
Betere gezondheid voor Somalische en Afghaanse Nederlanders		▲		▲
Gezond gewicht kansrijk in Zaanstad	▲		▲	▲
De wijk in topvorm	▲			
Fit @ Weekendacademie	▲			
KEIGAAF	▲			
Voorzorg verder	▲		▲	
PROMISE			▲	
Samen gezond eten en bewegen	▲	▲	▲	▲
Voel Je Goed!	▲		▲	
Hoe geven we kinderen een goede start				▲
Ik ben het zat!	▲		▲	
Applied gaming voor een rookvrije generatie			▲	
Een gezonde omgeving	▲		▲	
Een integrale aanpak van armoede: meer ruimte voor stoppen met roken?	▲			
Family Check-Up	▲		▲	
De Geweldige Wijk			▲	
Grip & Gezondheid: een integrale aanpak van armoede	▲			
Rookvrij Opgroeien Haarlem Oost	▲			▲
Supporter van Elkaar	▲			
Stress- en rookvrije zwangerschap				
Wijkchallenge stoppen met roken: wie gaan de uitdaging aan?	▲			▲
SAFER Pregnancy Study	▲			
Zoetermeer Samen Sterk & Gezond	▲			
Totaal programmlijn 2	20	2	12	8
Totaal	34	11	18	20
▲ = Duidelijk meegenomen als aanpak (score 0.67/1 in QCA)				

4.5 Conclusie/duiding

Alle 46 projecten hebben zich op de korte of langere termijn gericht op het verbeteren van de leefstijl en/of de ervaren gezondheid van gezinnen in een achterstandssituatie. Bij een meerderheid van de projecten hebben zich hierin lichte verschuivingen voorgedaan waarschijnlijk om projecten beter te laten aansluiten bij de wensen en behoeften van de gezinnen. Zowel in programmalijn 1 als in programmalijn 2 zijn meer projecten zich (ook) op overgewicht gaan richten en een paar projecten zijn gestopt met een focus op alcoholgebruik mogelijk omdat dit in de praktijk toch te lastig bleek. Ondanks dat FNO als voorwaarde had gesteld dat alle projecten zich moesten richten op ervaren gezondheid, bleek dat bij een aantal projecten dit niet het geval was. Een mogelijke verklaring is dat deze projecten wel aandacht hadden voor ervaren gezondheid, maar het niet als uitkomstmaat hadden opgenomen in hun plannen voor de evaluatie.

Een indeling volgens een leefstijlthema of programmalijn bleek minder relevant om te vergelijken dan een indeling volgens een bepaalde aanpak. Over de tijd zagen we dat projecten ook hun aanpak hadden aangepast. Vooral in programmalijn 1 is een toename te zien van projecten die zijn gaan werken volgens 'De gezinnen aan zet' aanpak en een aantal projecten zijn meerdere aanpakken gaan toepassen. In programmalijn 2 leken een aantal projecten zich juist meer te gaan focussen op een bepaalde aanpak. Ook weer een teken dat projecten op basis van hun ervaringen al gaandeweg hun strategie trachten te verbeteren. In hoofdstuk 7 bekijken we de samenhang tussen de uitkomstmaten en de toegepaste aanpakken.

5. Bereik als noodzakelijke voorwaarde

- De meeste projecten hebben een bepaalde focus aangebracht wat betreft de kwetsbare doelgroep(en) die ze wilden bereiken, zoals leeftijdscategorie, wijken, gezondheidsproblemen of een specifieke doelgroep zoals zwangere vrouwen.
- In totaal zijn naar schatting ruim 24.000 kinderen, 17.000 volwassenen en 35.700 gezinnen in aanraking gekomen met de projecten.
- 17 projecten zijn aan te merken als hoog intensief, 17 projecten als matig intensief en 11 projecten als laag intensief.
- Programmalijn 2 bevatte meer intensieve projecten, met name programma's voor professionals en de gezinnen. Mogelijk mede daarom zijn binnen deze lijn ook minder mensen bereikt.
- Succesfactoren voor bereik zijn o.a. 1) Individueel, persoonlijk en herhaaldelijk contact, 2) Eén vertrouwd gezicht, 3) Gezelligheid, creëren van een groepsgevoel 4) Aansluiten bij bestaande bijeenkomsten, en een 5) Partner met een grote aantrekkingskracht zoals een sportvereniging.

Het programma Gezonde Toekomst Dichterbij richtte zich op kinderen en ouders die leven in achterstandssituaties. Hiermee worden huishoudens/gezinnen bedoeld waarin 'ten minste een ouder en een kind samenleven, dat meerdere problemen heeft op het gebied van financiën, onderwijs, arbeid of welzijn en een gezondheidsachterstand heeft door roken, alcoholgebruik of overgewicht, of onderliggende psychosociale problematiek'. Het programma achtte het wenselijk dat de interventies zich richten op het doorbreken van de intergenerationele overdracht gezondheid bij minimaal één gezinslid van het gezin in een achterstandssituatie. Ook diende de interventie te bestaan uit aandacht voor de fysieke en sociale omgeving, naast het versterken van de eigen gezondheidsvaardigheden.

Het daadwerkelijk bereiken van de gezinnen in een achterstandssituatie was een belangrijke voorwaarde voor het behalen van de gestelde doelen. Onder bereik verstaan we alle mensen die in meer of mindere mate in contact zijn geweest met activiteiten van het project. Dit kon variëren van eenmalige, (grootschalige) buurt- en schoolactiviteiten tot wekelijkse, intensieve trainingsgroepen.

In dit hoofdstuk gaan we in op de doelgroepen die de projecten wilden bereiken, de wervingsstrategieën die projecten hebben toegepast, de bereikte aantallen kinderen, volwassenen en gezinnen, en de intensiteit van dat bereik.

5.1 Doelgroepen en wervingsstrategieën

De 46 projecten hebben ieder op hun eigen manier invulling gegeven aan de doelgroep van het programma. Hierbij konden we de volgende categorieën onderscheiden:

- Gezinnen in achterstandssituaties in de brede zin (n=9)
- Gezinnen met kinderen in een bepaalde leeftijdscategorie (n=16)
- Buurtbewoners in bepaalde wijken (n=9)
- Gezinnen met gezondheidsproblemen (n=9)
- Zwangere vrouwen in een achterstandssituatie met een ongezonde leefstijl (n=4)
- Kinderen in achterstandswijken (n=3)
- Gezinnen in een achterstandssituatie met een bepaalde nationaliteit (n=2)
- Gezinnen die te maken hebben met laaggeletterdheid en een ongezonde leefstijl (n=2)

Hierbij moet worden opgemerkt dat een aantal projecten in meerdere, 2 of 3, van de bovenstaande categorieën (n=6) zijn ingedeeld. Zij richtten zich op een doelgroep die volgens de classificatie in meerdere categorieën valt bijvoorbeeld door zich te richten op een bepaalde wijk, maar ook op gezinnen met een bepaalde nationaliteit of laaggeletterdheid.

Er zijn 18 projecten (zie tabel 4.2) die, naast de gezinnen in een achterstandssituatie, zich ook richten op doelgroepen zoals professionals die werken met de gezinnen en mensen uit het sociale netwerk van deze gezinnen (familie, vrienden, burens).

Wervingstrategieën

Projecten hebben verschillende strategieën toegepast om in contact te komen met gezinnen. Bijvoorbeeld door het project breder te trekken naar alle wijkbewoners of alle kinderen op een kinderopvang of school. Sommige projecten hebben afgezien van bepaalde selectiecriteria zoals een armoedegrens of het opleidingsniveau om zo makkelijker (laagdrempelig) contact te leggen. De strategieën waren:

- via professionals zoals een sociaal wijkteam, huisarts, diëtist of verloskundige (n=22)
- via scholen en andere partnerorganisaties in de projecten die al in contact zijn met de gezinnen zoals organisaties voor kinderopvang, welzijnsorganisaties, hulpverleningsinstanties (n=16)
- via bestaande programma's (n=9)
- via face-to-face contact bij bestaande activiteiten en bijeenkomsten (n=7)
- via lokale vrijwilligers die al actief zijn in de wijk óf die binnen het project geworven en georganiseerd worden (n=5)
- via communicatiemiddelen als lokale radio, flyers, brieven, facebook (n=5)
- via de gezinnen zelf, hetzij door gezinsleden als intermediairs bij het project te betrekken, hetzij door gezinnen te vragen via mond-op-mond promotie anderen aan te dragen voor het project (n=3)
- via Taskforce Tegenprestatie (n=3)
- als vervolg op een eventueel voortraject zoals het maken van de startfoto door de projecten van programmalijn 1 (n=2)

Hierbij moet worden opgemerkt dat projecten vaak meerdere wervingsstrategieën hebben toegepast. Het in contact komen met de doelgroep bleek een grote tijdsinvestering te zijn voor het projectteam en/of partners:

'Subsidies geven helpt om buurtinitiatieven van de grond te krijgen, maar dan vooral via bestaande wijk- en buurtorganisaties. Er is meer nodig om ook niet georganiseerde bewoners te activeren.' (Interview projectleider)

'Op een moment dat een hulpverlener een cliënt krijgt, worden er prioriteiten gesteld. Een ding wat aan bod komt is het versterken van netwerken (zorgen voor genoeg contacten om je heen), maar voeding en bewegen komt pas later aan bod. Niet uit huis gezet worden, financiën en genoeg eten zijn toch hogere prioriteiten.' *'Het is een hele lastige doelgroep, we hebben echt alles uit de kast gehaald. We zijn de wijken ingegaan en zijn op alle ontmoetingsplekken geweest. Deze hele actieve benadering heeft echt geholpen. Het is een heel arbeidsintensieve manier, maar zo bereik je de doelgroep wel het beste. Je kunt rustig uitleggen waar het over gaat, het verspreidt zich als een olievlek. [...] Het moet heel laagdrempelig zijn om het vertrouwen van mensen te winnen. Werving was niet de leukste activiteit om te doen, maar het heeft echt met veiligheid en vertrouwen te maken dat mensen toch mee willen doen.'* (Eindgesprek met projectbetrokkenen)

Factoren die het bereiken van de gezinnen lastig maken waren:

- meerdere problemen die tegelijk speelden bij gezinnen
- gebrek aan infrastructuur zoals een lopend hulpverleningsprogramma of regulier traject of organisaties zoals opvang of een buurthuis
- hulpverleningsprogramma('s) die nog niet meededen

5.2 Bereik en intensiteit

Bereik

Aan de hand van de door projectleiders gerapporteerde aantallen hebben we een inschatting gemaakt van het bereik. Aantallen bereikte kinderen, volwassenen en gezinnen gerapporteerd door projectleiders variëren van tientallen tot duizenden personen. In totaal zijn naar schatting ruim 24.000 kinderen, 17.000 volwassenen en 35.700 gezinnen in aanraking gekomen met GTD interventies (zie Bijlage H). Op basis van de inschatting van de projectleiders die in de voortgangsreportages gevraagd was naar het % lage SES dat zij bereikt hadden, schatten wij in dat 70% behoorde tot de doelgroep met een lage SES. De overige 30% betrof andere mensen uit de buurt, van de school, ofwel mensen die niet direct tot de lage SES groep behoorden, maar wel in aanraking kwamen met de projectactiviteiten. Er is hier niet apart over gerapporteerd, maar de bereikte volwassenen waren voor het merendeel vrouw. In de praktijk bleek het moeilijk met vaders in contact te komen, zeker bij de meer intensieve trajecten.

Bereikcijfers zijn bijgehouden door projectleiders zelf. Tijdens het in kaart brengen van het bereik zijn enkele beperkingen aan het licht gekomen, waarvan de belangrijkste zijn: 1) De bereikcijfers zijn onduidelijk (e.g. overlap, dubbeltellingen), 2) De bereikcijfers zijn niet compleet, 3) Er is sprake van inconsistentie in de data (e.g. data is niet op dezelfde wijze verzameld, tellen van aantallen). De bereikcijfers in dit rapport geven een indicatie van het programmabereik, maar zijn vanwege deze beperkingen geen exacte weergave.

Intensiteit

Om bovenstaande cijfers verder te interpreteren hebben we de projecten, naast aantal bereikte deelnemers, ingedeeld naar intensiteit (zie Tabel 5.1). Hierbij keken we naar de intensiteit, frequentie en duur van interventies binnen het project. Hiervoor is een driedeling van hoog, matig en laag intensieve projecten aangehouden (zie Kader 2.1 in Hoofdstuk 2). Op basis van deze indeling zijn 17 projecten aan te merken als *hoog intensief*. Dit type projecten kwam meer voor in programmalijn 2 dan in programmalijn 1 (3 van de 19 projecten uit programmalijn 1 en 14 van de 27 projecten uit programmalijn 2). Ze omvatten over het algemeen intensieve coachingstrajecten voor gezinnen of individuen, trainingstrajecten voor ambassadeurs, intensieve meedenksessies voor klankbordgroepleden of structurele aanpassingen in de werkwijze van professionals. Het bereik per project lag tussen de 15 – 800 deelnemers (kinderen of volwassenen). Gemiddeld heeft een project 200 deelnemers en/of gezinnen bereikt. Dit gemiddelde bereik werd omhoog getrokken door één hoog intensief project met een groot bereik van 800 deelnemers. Het bereik binnen dit project was te danken aan de inzet van enkele professionals die, dankzij andere financieringsbronnen dan FNO, veel gezinnen konden begeleiden.

Tabel 5.1: Verdeling van de projecten over de categorieën laag, matig en hoog intensief

	Programmalijn 1	Programmalijn 2	Totaal
Hoog intensief	3	14	17
Matig intensief	10	7	17
Laag intensief	6	6	12
Totaal	19	27	46

Er waren 17 *matig intensieve projecten* (10 projecten uit programmalijn 1 en 7 projecten uit programmalijn 2) waarbij hoog en laag intensieve initiatieven zijn gecombineerd, bijvoorbeeld door het aanbieden van zowel een intensief coachingstraject voor individuen, als een wandel of kookclub en activiteiten voor de gehele school. Deze projecten hadden een bereik van 20 – 4.800 deelnemers (gemiddeld ruim 600 deelnemers en/of gezinnen).

Binnen het programma waren er 11 projecten (6 projecten uit programmalijn 1 en 5 projecten uit programmalijn 2) die aangemerkt konden worden als *laag intensief*. Activiteiten binnen deze projecten richtten zich met name op het creëren van bewustzijn bij grotere groepen mensen (school, buurt, stad) of het intensiveren van een bepaalde boodschap via mediacampagnes, het organiseren van diverse activiteiten gericht op de hele wijk/school, ‘mensen komen in aanraking met, hebben gehoord over...’. Het bereik van deze projecten lag tussen de 110 – 30.460 gezinnen. Gemiddeld hebben deze projecten ruim 3.900 deelnemers en/of gezinnen bereikt. Dit gemiddelde bereik werd omhoog getrokken door één laag intensief project met een groot bereik van ruim 30.000 gezinnen. Het bereik binnen dit project is te danken aan het verspreiden van hun boodschap binnen een drukbezocht, grootschalig evenement.

We zien dat over het algemeen hoog intensieve projecten een kleiner bereik hadden en laag intensieve projecten een groter bereik. Dit is te linken aan zowel de doelgroep waarop deze interventies zijn gericht (bijv. een hoog intensief project voor rokende zwangeren zal logischerwijs een kleiner bereik hebben dan een laag intensief project voor schoolkinderen), als de activiteiten die ondernomen zijn (een intensief coachingstraject versus een mediacampagne). Het is belangrijk om bij de interpretatie van bereikgegevens rekening te houden met de intensiteit van het bereik. Het is te verwachten dat een intensief coachingstraject voor rokende zwangeren meer gezondheidswinst teweeg heeft gebracht bij deelnemers dan een grootschalige mediacampagne of lokale waterdrink-dag.

5.3 Succesfactoren voor bereik

Van alle projecten hebben we geanalyseerd wat gerapporteerd werd door de projectleiders in de voortgangsverslagen over succesfactoren voor het bereiken van de doelgroep (zie Hoofdstuk 2.3.1). We rapporteren apart voor hoog intensieve en laag intensieve projecten welke factoren goed bleken te werken om gezinnen te bereiken. In hoofdstuk 8 wordt verder ingegaan op de bijbehorende mechanismen betreffende het bereik.

Succesfactoren voor bereik van hoog intensieve projecten:

- Individueel, persoonlijk en herhaaldelijk contact
 - Een persoonlijke benadering van potentiële deelnemers en via-via uitnodigen (gezinnen nemen bekenden mee, kinderen komen met ouders) werden genoemd als werkzame strategieën voor de werving

- Eén vertrouwd gezicht voor deelnemers en partnerorganisaties
 - Vroegtijdig en langdurige betrokkenheid van professionals zorgt er volgens betrokkenen voor dat kennis binnen een project continu is en het biedt tijd voor het opbouwen van een vertrouwensband met de gezinnen.
 - Succesvolle activiteiten worden in meerdere projecten toegeschreven aan de inzet van een (verbindende) tussenpersoon die met één been in de gemeenschap of buurt staat. Een ambassadeur, een community builder, enthousiaste vrijwilliger of professional die dicht bij de doelgroep staat. Specifiek het opbouwen van een vertrouwensband tussen deze persoon en de gezinnen wordt genoemd als succesvolle strategie.
- Gezelligheid, het creëren van een groepsgevoel bij zowel deelnemers als projectpartners.
 - Gezelligheid en het vaak bij elkaar komen creëert een groepsgevoel. Dat geldt voor de project overleggen maar ook bij en rondom activiteiten waarbij men elkaar ziet en ontmoet. Het onderling vertrouwen en de betrokkenheid tussen zowel professionals als deelnemers is gegroeid.
 - Goed zorgen voor bewoners door bijvoorbeeld voor lekker eten en drinken te zorgen of mensen te ontvangen op een gezellige en sfeervolle locatie helpt ook goed mee.
- Regelmatig wordt een beroep gedaan op de professional, die immers contact heeft met de gezinnen, om de gezinnen uit te nodigen of door te verwijzen naar projectactiviteiten. Dus ook succesfactoren bij die professional zijn belangrijk. Zoals een professional die al (persoonlijk) affiniteit heeft met een (leefstijl) onderwerp, de doelgroep of juist door de projectbenadering enthousiast is geworden.
- Het lijkt bijna vanzelfsprekend, maar toch komt het nog veel terug als strategie die werkt: organiseer activiteiten die toegankelijk zijn voor de gezinnen. Dus maak het betaalbaar/gratis, met een laagdrempelige insteek, zorg voor een bereikbare locatie (in de buurt), op een tijd die de specifieke deelnemers uitkomt, en waar de faciliteiten voor de betreffende activiteiten deelname makkelijk maken (denk aan kinderopvang of het regelen van vervoer). Maar ook komen uit meerdere projecten opmerkingen over dat activiteiten leuk moeten zijn. Zorgdragen voor een goede sfeer, maar ook oog hebben voor de wensen van een specifieke doelgroep. Cultuur kan bepalend zijn in wat deelnemers ervaren als een leuke activiteit. Maar ook leeftijd; wat is saai en wat is (te) spannend voor deelnemende kinderen?

Succesfactoren voor bereik van laag intensieve projecten:

- Aansluiten bij bestaande bijeenkomsten en/of evenementen
 - Het aansluiten bij bestaande bijeenkomsten en evenementen zoals buurtfeesten of voorlichtingsbijeenkomsten waar al een breed publiek komt, was volgens de projectleiders een werkzame strategie om laagdrempelig in contact te komen met gezinnen.
- Partner met een grote aantrekkingskracht, bijv. een sportvereniging
 - Door samen te werken met een partner met een grote aantrekkingskracht werden gezinnen volgens de projectleiders sneller enthousiast om mee te doen met de activiteiten.

5.4 Conclusie/duiding

De meeste projecten hebben een bepaalde focus aangebracht wat betreft de kwetsbare doelgroep(en) die ze wilden bereiken, zoals gezinnen met kinderen in een bepaalde leeftijdscategorie, buurtbewoners in kwetsbare wijken en gezinnen met gezondheidsproblemen. Het programma is erin geslaagd om de beoogde doelgroep te bereiken ook al varieerde het bereik per project. Ook het aantal gezinnen dat is bereikt is indrukwekkend te noemen. Qua intensiteit is het opvallend dat programmalijn 2 meer intensieve projecten bevat omdat er in deze programmalijn meer coachingprogramma's voor

professionals en de gezinnen zijn ontwikkeld. Dit is eventueel ook de verklaring voor de bevinding dat er in programmalijn 2 minder mensen zijn bereikt. Mannen bleken moeilijker te bereiken waarschijnlijk omdat de mannen minder vaak voor de kinderen zorgden dan ze vrouwen, dat mannen vaak overdag werkten, mogelijk weinig interesse hadden in de leefstijlonderwerpen of dat de communicatie niet goed aansloot bij de interesses van de mannen. Het in contact komen met gezinnen met multi-problematiek bleek een grote investering van het projectteam en/of partners te betekenen en hier is ook veel energie in gestoken. Een persoonlijke benadering en het aansluiten bij bestaande structuren bleek van belang. Zowel voor het bereik van de gezinnen als van de professionals. De wervingsstrategie was echter wel afhankelijk van de projectintensiviteit, bij hoog intensieve projecten is een persoonlijke aanpak met name van belang. Een groter bereik of een hogere intensiteit hoeft niet ook meer effect te betekenen. In het hoofdstuk over de mechanismen (Hoofdstuk 9) laten we ook zien dat het effect meer afhangt van hoe de strategie past bij de context en de doelgroep.

6. Betrekken van gezinnen in een achterstandssituatie

- Projecten betrokken op diverse manieren gezinnen in de opzet en uitvoer van hun project.
- Met name vrouwen en kinderen participeerden.
- 43 van de 46 projecten betrokken de doelgroep in de ontwikkelingsfase van het project (18 v.d. 19 projecten uit programmalijn 1 en 25 van de 27 projecten uit programmalijn 2). Dit gebeurde voornamelijk in de vorm van interviews, vragenlijsten of focusgroepen om materialen en activiteiten beter aan te laten sluiten.
- 33 van de 46 projecten betrokken de doelgroep bij de uitvoeringsfase van het project (14 bij programmalijn 1 en 13 bij programmalijn 2). Dit gebeurde voornamelijk in de vorm van meehelpen met en uitvoeren van activiteiten.
- Empowerment, oftewel participatie als doel in plaats van middel, is – anders dan betrokkenheid bij de ontwikkeling en uitvoering van projecten – in mindere mate terug te zien binnen de projecten (5 projecten bij programmalijn 1 en 2 projecten bij programmalijn 2).

In dit hoofdstuk beschrijven we in welke mate en op welke manier de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij invulling hebben gegeven aan het betrekken van gezinnen bij de opzet en/of uitvoering van de projectactiviteiten. We hebben hierbij bewust gekozen voor de term ‘betrekken’ (in het Engels ‘community engagement’). We beschrijven welke betrokkenheid van gezinnen we in de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij hebben gezien, waarna we dit koppelen aan de genoemde driedeling in vormen van betrokkenheid.

6.1 Inleiding

Het actief betrekken van gezinnen in een achterstandssituatie bij de opzet en uitvoering van de activiteiten gericht op het verminderen van gezondheidsachterstanden was een belangrijk uitgangspunt. Het was één van de voorwaarden waaraan de projecten moesten voldoen om voor financiering in aanmerking te komen, zo blijkt ook uit dit citaat uit de *call* voor projecten van programmalijn 1:

‘FNO hecht grote waarde aan deze betrokkenheid, omdat zij van mening is dat dit een voorwaarde voor duurzame verandering vormt. De manier waarop de doelgroep betrokken wordt, kan variëren. Aanvragers moeten in ieder geval hard kunnen maken, dat hun plan gebaseerd is op behoeften van burgers en door hen gedragen wordt. Dit moet verder gaan dan sec ‘consultatie’ van de doelgroep, maar de ‘doelgroep’ moet zichtbaar een significante bijdrage leveren aan de ‘startfoto’ en het ontwikkelen van het uiteindelijke plan van aanpak voor het terugdringen van de gezondheidsachterstanden in het specifieke gebied.’

Ook bij programmalijn 2 werd in de *call*-teksten benadrukt dat projecten goed moesten aansluiten op de behoefte van bewoners. Het zou voor de hand liggen om de vorm van betrokkenheid tussen programmalijn 1 en programmalijn 2 te vergelijken. Er zijn echter twee redenen - die niet los staan van elkaar - waarom het interessanter is om te kijken naar hoe het betrekken is vormgegeven op basis van de gemaakte 4-deling uit de literatuur (zie verderop) dan op basis van de twee programmalijnen.

Ten eerste bleek uit de verkenning van doelstellingen en strategieën (Hoofdstuk 4) zoals die in het eerste jaar van het evaluatieonderzoek is uitgevoerd, dat uit beide programmalijnen projecten hebben ingezet op de aanpak ‘Gezinnen aan zet’. Ten tweede bleek dat er zowel bij programmalijn 1 als bij programmalijn 2 verschillende vormen van het betrekken van gezinnen heeft plaatsgevonden (zie Tabel 6.1).

Tabel 6.1: Vormen van betrekken in programmalijn 1 en 2

Vorm (die het meeste in het project voorkwam)	Aantal projecten (%)	
	P. Lijn 1	P. Lijn 2
Inwoners niet of niet duidelijk betrokken	1 (5%)	2 (7%)
Meedenken (bijv. feedback geven op materiaal)	4 (21%)	12 (44%)
Activiteiten ontwikkelen/inwonerspanel (bijv. kook- of beweeggroep)	4 (21%)	11 (41%)
Ontwikkelen en uitvoeren (zelf rolmodel – met begeleiding Professionals)	5 (26%)	0
Bedenken en uitvoeren (bewoners kiezen en voeren uit)	5 (26%)	2 (7%)
Totaal	19	27

Betrekken van gezinnen

Een eenduidige definitie van actieve betrokkenheid bestaat niet. Soms wordt het betrekken van gezinnen gezien als middel om gedragsverandering te bewerkstelligen of gezondheidswinst te boeken. In andere gevallen wordt het gezien als doel op zich (empowerment). Deze operationalisaties kunnen ook naast elkaar bestaan: betrekken van doelgroepen is dan zowel een middel als een doel op zich. Ook speelt de discussie dat ‘meer betrokkenheid’ lang niet altijd en voor iedereen meer gezondheidswinst’ betekent. Duidelijk is dat tussen onderzoeken, projecten en programma’s de mate waarop het betrekken van doelgroepen (in een achterstandssituatie) werd ingevuld varieerde (zie ook tabel 6.1), en dat juist die variatie de kern vormt van veel conceptualisaties.

In eerdere tussenrapportages voor FNO over deze overkoepelende evaluatie werden de projecten ingedeeld op de ‘Participatieladder’ (Edelenbos & Monnikhof, 2001). Nadeel van het conceptualiseren van betrokkenheid via de participatieladder is dat een hogere trede of score steeds lijkt te betekenen dat er iets goed of zelfs beter wordt gedaan wat betreft betrokkenheid. Het uitgangspunt van onze evaluatie is echter steeds geweest dat succesfactoren, ook als het gaat om het (actief) betrekken van gezinnen, sterk contextafhankelijk is. Op basis van de bevindingen in Hoofdstuk 4 en de hierboven genoemde punten kiezen we er in deze evaluatie voor om wat betreft actieve betrokkenheid:

- Inzicht te geven in de manier waarop en de mate waarin gezinnen in een achterstandssituatie binnen de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij een rol speelden in, en betrokken werden bij, de ontwikkeling en uitvoering van de projecten;
- Een conceptualisatie te kiezen die ruimte biedt aan de veelheid interpretaties van projecten en van manieren waarop vorm werd gegeven aan die actieve betrokkenheid in de praktijk van gezondheidsprojecten;
- Per type aanpak met behulp van de QCA te kijken of dit uitmaakt voor de leefstijlindicatoren en ervaren gezondheid (zie Hoofdstuk 7). Hierbij waren vooral de aanpakken ‘Gezinnen aan Zet’ en ‘Buurt in Verbinding’ relevant.
- Verdiepend inzicht te geven in hoe betrokkenheid werkt, voor wie, in welke situatie (zie Hoofdstuk 8).

In 2013 werd in Groot-Brittannië een grootschalige review-studie (O’Mara-Eves, Brunton, McDaid, Oliver, Kavanagh, et al, 2013) uitgevoerd naar *community engagement*. Gebaseerd op die studie gebruiken wij in deze evaluatie de volgende definitie van betrokkenheid van gezinnen: *Het betrekken van gezinnen in een achterstandssituatie (of meer specifieke doelgroepen) bij planning, ontwerp, organisatie en uitvoering van projectactiviteiten binnen de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij.*

In de studie van O’Mara-Eves et al. (2013) was ook aandacht voor de verscheidenheid aan modellen en benaderingen van betrekken (*community engagement*). Op basis van die verscheidenheid komen de auteurs tot drie overkoepelende conceptualisaties van betrekken (zie Kader 6.1). Omdat deze driedeling voldoet aan de eerdergenoemde voorwaarden, gebruiken wij deze in dit hoofdstuk als kapstok

voor de conceptualisatie voor de betrokkenheid van gezinnen in een achterstandssituatie: (1) betrokkenheid van gezinnen bij de ontwikkeling van projectonderdelen en activiteiten, (2) uitvoering van projectonderdelen of -activiteiten door gezinnen, en (3) projectonderdelen en -activiteiten gericht op *empowerment* van de gezinnen (en gemeenschappen waar zij deel van uitmaken).

1. Betrokkenheid van mensen bij de ontwikkeling van projectonderdelen en activiteiten.

Dit betreft betrokkenheid van burgers of groepen van burgers in de ontwikkeling van interventies in de vorm van meedenken of reflecteren op plannen voor activiteiten of projectonderdelen. De onderliggende gedachte is dat een interventie dan beter aansluit bij de behoefte van burgers.

2. Uitvoering van projectonderdelen of -activiteiten.

Hierbij voeren leden van de doelgroep de interventies zelf (ook) uit. Uitgangspunt hierbij is dat verandering gefaciliteerd wordt door geloofwaardigheid, expertise of het inlevingsvermogen die ervaringsdeskundigen kunnen aanbrengen bij de uitvoering van de interventie.

3. Empowerment van de gemeenschap.

Empowerment modellen vereisen dat de gezondheidsbehoefte geïdentificeerd wordt door de gemeenschap en dat mensen zelf tot actie overgaan. Hierbij is de onderliggende gedachte dat als mensen betrokken zijn bij een programma of opbouw van een gemeenschap dat ze door onderlinge steun en collectieve actie in staat zijn hun eigen hulpbronnen en die in de omgeving te mobiliseren.

Kader 6.1 Drie overkoepelende conceptualisaties van *community engagement* (overgenomen en vrij vertaald uit O'Mara-Eves et al (2013)).

Binnen de context van Gezonde Toekomst Dichterbij zat de opdrachtformulering voor de projecten tussen de conceptualisatie 2 'Uitvoering van projectonderdelen' en 3 'Empowerment van de gemeenschap': het idee was dat burgers zelf het plan gingen uitdenken, maar wel binnen de kaders van het programma, dat wil zeggen de projecten moesten betrekking hebben op de leefstijlthema's overgewicht, roken, alcohol en ervaren gezondheid.

6.2 Betrokkenheid van gezinnen in een achterstandssituatie

De betrokkenheid van gezinnen heeft een plek gekregen in de projectplannen (vertaald in Hoofdstuk 4 in de vier aanpakken van de projecten) en in de uitvoering van de projectonderdelen en -activiteiten.

Betrokkenheid in gekozen strategieën

Al bij het maken van de projectplannen (zowel voor programmalijn 1 als voor programmalijn 2) hadden veel projecten voor ogen dat zij de gezinnen (actief) wilden gaan betrekken zoals ook vereist werd door FNO. In de eerste 1,5 jaar van de overkoepelende evaluatie kwam uit de gesprekken met projecten dat vooral projecten met (ook) een 'Gezinnen aan zet' strategie (n=8) hier veel aandacht voor hadden. Daarnaast bleek in de daaropvolgende jaren dat 43 van de 46 projecten op de één of andere manier gezinnen betrokken in hun project. Ondanks dat het een voorwaarde voor toekenning van FNO was dat alle projecten bewoners moesten betrekken bleek er bij 3 projecten nauwelijks sprake van te zijn behalve in de vorm van een evaluatie achteraf. Ook werd duidelijk hoe verschillend de invulling van betrokkenheid was en wat de uiteenlopende verwachtingen van projecten waren over deze gezinsbetrokkenheid.

De invulling van betrokkenheid in de projectplannen en uitgesproken tijdens de eerste groepsinterviews varieerde van het consulteren van gezinnen in een achterstandssituatie middels (online) vragenlijsten tot het organiseren van werkgroepen waarin gezinnen behoeften en prioriteiten aangaven. De citaten hieronder (uit de Effectenarena's) illustreren deze diversiteit:

'Door [gezinsbetrokkenheid] wordt besproken en besloten welke activiteiten gedaan gaan worden. (...) [Gezinsleden] zetten sleutelfiguren in om de activiteiten daadwerkelijk van de grond te krijgen. (...)' (Verslag Effectenarena)

'De insteek van het project is om bottom-up te werken, zoveel mogelijk samen met bewoners te werken aan gezondheid, bewoners laten beslissen. Daardoor valt nu nog niet vast te stellen wat de activiteiten precies zullen worden.' (Verslag Effectenarena)

Verwachtingen over wat betrokkenheid van gezinnen zou opleveren

Ook de verwachtingen over wat betrokkenheid van gezinnen kon brengen varieerden. In sommige projecten werd gezinsbetrokkenheid voornamelijk gezien als een manier om input te verzamelen over de behoeften van gezinnen. Welke activiteiten moesten worden opgezet? Met welke thema's wilden de gezinnen aan de slag? In andere projecten was er vanaf het begin de verwachting dat niet alleen de organisatie van het project profiteerde van gezinsbetrokkenheid, maar dat dit ook de gezinnen zelf iets opleverde, bijvoorbeeld in de vorm van *empowerment*. Onderstaande citaten illustreren wederom de diversiteit aan verwachtingen.

'Bewoners actief betrekken bij het invullen van activiteiten, zodat ze zich ook eigenaar gaan voelen.' (Projectleider, verslag Effectenarena)

'Verwachte effecten zijn op dit punt in het project nog niet vast te stellen, deze zijn afhankelijk van activiteiten' (Verslag Effectenarena)

'Als [gezinsleden] actief zijn en keuzes rond gezond leven maken, wordt verwacht dat [andere leden van het gezin] geïnteresseerd zijn. Hoe precies ouderbetrokkenheid te vergroten heeft aandacht, maar is juist een zoektocht in het project.' (Verslag Effectenarena)

Wie zijn betrokken en wie niet?

Als we kijken naar wie er daadwerkelijk participeerden in de verschillende fasen van de projecten, bleek dat voornamelijk vrouwen en kinderen deze rol op zich namen. Mannen bleken over het algemeen lastiger te betrekken. Als ze al meededen, dan voornamelijk op het gebied van sport zoals bij het organiseren van voetbal in de wijk of activiteiten bij een sportclub.

Rondom het thema betrekken van bewoners gaven projectleiders het volgende aan:

- Actieve betrokkenheid vraagt om (mentale) ruimte, durf en vaak ook vaardigheden van potentiële deelnemers. Omdat veel mensen te maken hadden met armoede, stress en zorgen was die mentale ruimte er vaak niet. Voor bewoners met weinig vaardigheden en ruimte biedt het dan ook geen oplossing;
- Zodra andere prioriteiten gingen opspelen in het leven van de betrokken gezinsleden, hetzij qua ziekte, hetzij qua gezin of leefomgeving, dan was het lastig om de betrokkenheid bij projecten voort te zetten;
- Door verhuizing verloren projecten soms actieve deelnemers;
- Als de actieve betrokkenheid bij projectactiviteiten gezinnen in een achterstandssituatie leidde tot doorstroom van betrokkenen naar bijvoorbeeld werk dan stopte in veel gevallen de betrokkenheid bij het project. We zien dit als positieve uitval.

6.3 Conceptualisaties van betrokkenheid binnen Gezonde Toekomst Dichterbij

Alle drie de overkoepelende conceptualisaties uit de review-studie van O'Mara-Eves et al. (2013) zijn terug te vinden in de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij. Met name de eerste (betrokkenheid bij ontwikkeling) en de tweede conceptualisatie (betrokkenheid bij uitvoering) is in een substantieel deel van de projecten succesvol toegepast. We lichten de bevindingen hieronder toe.

(1) betrokkenheid van gezinnen bij de ontwikkeling van projectonderdelen en activiteiten

In het merendeel van de projecten is de doelgroep betrokken geweest bij de ontwikkelingsfase van projectactiviteiten, bijvoorbeeld bij het meedenken over een activiteit. Van de 46 projecten hebben er 43 de doelgroep in meer of mindere mate een rol gegeven in de ontwikkeling activiteiten (18 van de 19 projecten uit programmalijn 1 en 25 van de 27 projecten uit programmalijn 2). Hoewel de voorwaarden rondom het betrekken van bewoners in programmalijn 1 anders waren dan in programmalijn 2, zien we hier in de praktijk dus geen duidelijke verschillen. Het betrekken van bewoners bij de ontwikkeling van de activiteiten gebeurde voornamelijk in de vorm van interviews, vragenlijsten of focusgroepen om behoeften te peilen en deze als uitgangspunt te nemen voor de opzet van de activiteiten. Een aantal projecten heeft gewerkt met een klankbordgroep van ervaringsdeskundigen waar zij hun ideeën aan konden voorleggen of waar ze hun materialen of product bij konden testen om vervolgens aan te passen, of waarmee ze samen konden brainstormen om zo activiteiten te ontwikkelen. De input uit deze consultaties was soms bepalend voor het wel of niet opzetten van een projectactiviteit of -onderdeel.

In een aantal projecten werd in het eerste groepsinterview dat wij met hen afnamen al duidelijk dat het al dan niet opzetten van specifieke activiteiten volledig afhankelijk was van de behoeften van betrokken gezinnen. Zo zijn zwemlessen georganiseerd en wijk/hulp-platforms opgericht. In andere gevallen stonden de activiteiten al vast en werd de input van gezinnen meer gebruikt als richtinggevend voor de invulling van die activiteiten of voor de vorm waarin activiteiten werden aangeboden. Op deze manier konden betrokken gezinnen bijvoorbeeld invloed uitoefenen op hoe vaak en waar een sportactiviteit plaatsvond, of werd met het thema van een informatiesessie over gezondheid aangesloten bij de behoeften van gezinnen, zoals diabetes, contact met de huisarts of voeding.

‘Doelgroep is aanwezig geweest bij focusgroepen, van daaruit samen het project verder vormgegeven en (...) opgezet. Deelnemers uit de doelgroep geven aan dat ze het erg leuk vinden om op deze manier samen dingen te doen, nieuwe mensen leren kennen.’ (Verslag tweede groepsgesprek)

‘Moeders hebben meegedacht bij de ontwikkeling van de app en er is (volgens deelnemer XX) ook daadwerkelijk naar hun wensen geluisterd. XX is bij 5 co-creatie bijeenkomsten geweest. Zowel moeders als projectgroep zijn positief over deze bijeenkomsten.’ (Verslag tweede groepsgesprek)

(2) uitvoering van projectonderdelen of -activiteiten door gezinnen

Van de 46 projecten hebben 27 projecten gezinnen of gezinsleden betrokken (14 bij programmalijn 1 en 13 bij programmalijn 2) bij de uitvoeringsfase van het project, e.g. het meewerken aan een activiteit. Hoewel in een iets groter deel van de projecten in programmalijn 1 bewoners een rol hadden in de uitvoering van projectonderdelen of -activiteiten, zien we ook hier dus geen duidelijke verschillen in bewonersbetrokkenheid tussen de projecten uit de twee programmalijnen. Wanneer bewoners een rol hadden in de uitvoering, dan gebeurde dat veelal in de vorm van meehelpen met/ondersteunen van het uitvoeren van activiteiten in de buurt of klas, bijvoorbeeld bij de voorbereiding van de activiteit, klaarzetten van materialen, verzorgen van koffie of lunch. Een aantal projecten betrok gezinnen bij de uitvoering in de vorm van werkgroepen (ondersteund door een professional), het opnemen van filmpjes of vlogs, of bij het (door)geven van trainingen aan anderen (ambassadeurs, community workers, ervaringsdeskundigen).

‘Wij zoeken vrijwilligersvacatures op het gebied van gezonde leefstijl en koppelen dit aan de getrainde deelneemsters. Deelneemsters zijn dan voor het verdere verloop van de activiteit zelf verantwoordelijk, maar kunnen wel ondersteuning krijgen bij de voorbereiding.’ (Projectleider, voortgangsverslag 2-2017)

‘We werken momenteel nog steeds met de twee werkgroepen: (WG 1 en WG 2). WG 1 heeft na de eerste twee rommelmarkten, nu de derde rommelmarkt vrijwel geheel zelfstandig georganiseerd. Dit proces is goed verlopen, waaruit duidelijk blijkt dat zij steeds zelfstandiger kunnen werken. Ook de

rommelmarkt zelf werd drukbezocht en aanwezigen gaven aan zeer tevreden te zijn over de organisatie.’ (Projectleider, voortgangsverslag 2-2017)

(3) projectonderdelen en -activiteiten gericht op empowerment van de gezinnen (en gemeenschappen waar zij deel van uitmaken)

In veel mindere mate dan betrokkenheid bij de ontwikkeling en uitvoering van projecten zagen we de conceptualisatie gericht op empowerment terug binnen de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij (5 projecten bij programmalijn 1 en 2 projecten bij programmalijn 2). In de projecten waar dit wel gebeurt, was die empowerment vaak onderdeel van het vooraf gekozen theoretisch uitgangspunt of de benadering binnen het project, zoals *popular education* of participatief actieonderzoek. Bij deze projecten lag de focus eerder op achterliggende problematiek dan op de uitkomstmaten rondom leefstijl. Het doel was vooral dat mensen actief binnen deze projecten zich gesterkt voelden in hun verschillende rollen in hun leven en in de keuzes die zij konden maken.

‘In het project staat co-creatie centraal met als uiteindelijk doel het stimuleren van een gezonde leefstijl en het verbeteren van de ervaren gezondheid van (...) gezinnen via een bottom-up benadering. Hierbij wordt ingezet op empowerment en coproductie (...).’ (Voortgangsverslag 1-2017)

6.4 Conclusie/duiding

Zowel in programmalijn 1 als in programmalijn 2 waren verschillende vormen van betrekken terug te zien. Met name betrokkenheid bij ontwikkeling en betrokkenheid bij uitvoering van projecten is in een substantieel deel van de projecten succesvol toegepast. We zien hierbij weinig verschillen tussen de programmalijnen 1 en 2. Het betrekken van de doelgroep gebeurde allereerst in de vorm van interviews, vragenlijsten of focusgroepen om behoeften te peilen en deze als uitgangspunt te nemen voor de opzet van de activiteiten. Daarnaast waren veel projecten ook succesvol in het betrekken van de doelgroep in de uitvoeringsfase van het project. *Empowerment* van gezinnen door participatie is als doel in mindere mate terug te zien binnen de projecten. Dit is te verklaren omdat het programma Gezonde Toekomst een duidelijke focus had op gezondheid en leefstijl. Ook hier is het niet zo dat een bepaalde vorm van betrekken beter of slechter is. Belangrijker is dat de vorm van betrekken past bij de doelstellingen van het project wat weer een weergave is van de doelen van het programma.

7. Afname gezondheidsrisico's en toename van de ervaren gezondheid

- De aanpak 'Naar gezond gedrag' en Programmalijn 1 hebben een rol gespeeld in het bewerkstelligen van een daling van overgewicht en een verbetering in ervaren gezondheid.
- De aanpak 'Werken in de buurt' lijkt een positief effect te hebben gehad op het terugdringen van overgewicht. Met name de combinatie van condities 'Naar Gezond Gedrag', 'Werken in de buurt' en 'Programmalijn 1' zorgden voor een verbetering op overgewicht.
- De aanpak 'Buurt in verbinding' lijkt een positief effect te hebben gehad op het bevorderen van ervaren gezondheid.
- Er was geen analyse mogelijk voor Roken en Alcohol vanwege een te klein aantal projecten. De kwalitatieve resultaten wijzen uit dat de projecten er over het algemeen niet in zijn geslaagd om een duidelijk zichtbaar effect te bewerkstelligen op de uitkomsten Roken en Alcohol.

Het doel van QCA is het vaststellen van de aspecten of condities die, mogelijk in combinatie met elkaar, leiden tot een positieve, vooraf gespecificeerde uitkomst. In deze overkoepelende evaluatie gebruiken we QCA om inzicht te verkrijgen in de in de aspecten die samenhangen met veranderingen de uitkomsten overgewicht/bewegen en ervaren gezondheid. Op basis van de QCA kunnen we daarmee op een alternatieve manier uitspraken doen over de aspecten in het evaluatieonderzoek die belangrijk, of zelfs cruciaal zijn, bij het verminderen van overgewicht bij gezinnen in een achterstandssituatie, voor een toename van het bewegen onder deze gezinnen (paragraaf 7.1) en voor een toegenomen ervaren gezondheid van gezinsleden (paragraaf 7.2). Om de analyse mogelijk te maken, zijn de uitkomsten van alle projecten gescoord op effectiviteit: in hoeverre is een verbetering teweeggebracht? Van projecten is 'geen verbetering bekend (score 0)'; 'een kleine verbetering bekend (score 0.33)', 'een redelijke verbetering bekend (score 0.67)' of 'een overtuigende verbetering bekend (score 1)'. Een uitgebreide toelichting op het toekennen van de scores en de methode QCA is te vinden in Hoofdstuk 2.

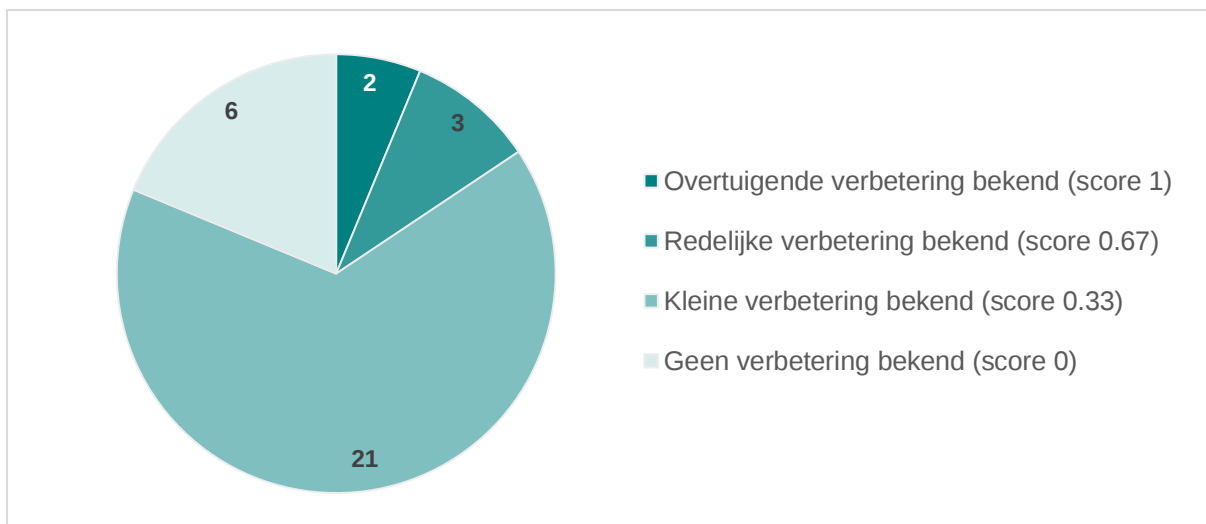
Tijdens de analyse bleken de beschikbare data voor de indicatoren 'roken' en 'alcoholgebruik' niet divers – en daarmee betrouwbaar – genoeg. Daarom zijn deze uitkomsten niet meegenomen in QCA. De resultaten van op de indicatoren roken en alcoholgebruik worden op kwalitatieve wijze gepresenteerd (paragraaf 7.3 en 7.4).

7.1 Overgewicht/bewegen

Beschrijvende analyse

Van de 45² projecten hebben er 32 ingezet op het verminderen van overgewicht en/of bevorderen van bewegen bij de gezinnen in een achterstandssituatie (zie ook Tabel 4.3). Van deze 32 projecten blijkt er bij de meerderheid een (kleine) verbetering (score 0.33) in het beweeggedrag en/of overgewicht van gezinsleden opgetreden (n=21, zie Figuur 7.1). Bij zes projecten is geen effect gevonden in de evaluatiedata of is men minder gaan bewegen of is het overgewicht toegenomen (n=6). Drie projecten hebben een redelijke verbetering gemeten (score 0.67) en twee projecten hebben een overtuigend (en statistisch significant) effect gemeten (score 1) (zie Figuur 7.1).

² Een van de 46 projecten is uit de analyse gehaald omdat de opzet van dit project te erg verschilt van de andere projecten en scores daardoor niet op betrouwbare wijze toegekend konden worden.



Figuur 7.1: Aantal projecten en de mate waarin er verbetering is op overgewicht en/of bewegen bij gezinnen

Noodzakelijke of voldoende voorwaarden

Allereerst is getoetst of er noodzakelijke en/of voldoende condities zijn. In Tabel 7.1 zijn de consistentie- en dekkingsscores van deze toets weergegeven. Hieruit kunnen we per conditie afleiden of het een noodzakelijke of voldoende voorwaarde betreft (via de consistentiescore) en hoe relevant deze conditie is als noodzakelijke of voldoende voorwaarde (via de dekkingsscore). Conditie met een consistentiescore van ≥ 0.9 worden gezien als een noodzakelijke combinatie, en condities met een consistentie van ≥ 0.75 als een voldoende voorwaarde.

In Tabel 7.1 is te zien dat de conditie 'Naar Gezond Gedrag' met een score van 0.97, dus een noodzakelijke conditie is voor 'Overgewicht/bewegen'. Dit houdt in dat de aanpak 'Naar gezond gedrag' in zeer sterke mate bijdraagt aan een daling van overgewicht en toename van beweging. Verder zien we op basis van de analyse geen noodzakelijke of voldoende voorwaarden. Dit betekent dat de andere aanpakken (Werken in de buurt, Gezinnen aan zet en Buurt in verbinding) en de kenmerken van de twee programmalijnen van de projecten in deze analyse niet op zichzelf staand naar voren komen als noodzakelijk voor een verbetering van overgewicht of bewegen.

Omdat 'Naar Gezond Gedrag' bij de uitkomst 'Overgewicht/bewegen' een noodzakelijke conditie is, is het interessant hier naar de dekkingsscore te kijken (zie Hoofdstuk 2.3.2). Deze dekkingsscore zegt iets over het aantal projecten of cases waarin de aanpak 'Naar gezond gedrag' een (gedeeltelijke) verklaring vormt voor een verbetering op overgewicht of bewegen. Een dekkingsscore van ≈ 0.3 betekent dat de conditie 'Naar gezond gedrag' in ongeveer een derde van de gevallen effectief een deel vormde van de verklaring van een positief effect op 'Overgewicht/Bewegen'. Deze combinatie van hoge consistentie en relatief lage dekking geeft weer hoe complex het is om te verklaren welke (combinatie van) condities bijdraagt aan een positief effect op de uitkomst 'Overgewicht/bewegen'.

Tabel 7.1: Consistentie- en dekkingsscores voor noodzakelijkheid voor 'Overgewicht/bewegen'

	Consistentiescore uitkomst 'Overgewicht/ bewegen'	Dekkingsscore uitkomst 'Overgewicht/ bewegen'
Naar gezond gedrag	0.969835	0.331355
Gezinnen aan zet	0.664534	0.429162
Werken in de buurt	0.697441	0.381882
Buurt in verbinding	0.574040	0.392255
Programmalijn 1	0.514625	0.296316
Programmalijn 2	0.485375	0.204231

Minimale vergelijking

Vervolgens is de truth table gevormd (zie Tabel 7.2). Elke rij in een truth table geeft de samenstelling weer van de combinatie van condities van minstens één van de projecten. Hierin staan de verschillende mogelijke condities van het project, de uitkomst van deze combinatie van conditie (1 = positieve uitkomst, 0 = geen positieve uitkomst) en het aantal keer dat deze combinatie van condities voorkomt. Via de truth table vind je de minimale vergelijking: de meest vereenvoudigde combinatie van condities die geassocieerd kunnen worden met positief effect op Overgewicht/bewegen.

Blauw gearceerd is te zien in de truth table dat één van de combinaties met condities een positieve uitkomst heeft opgeleverd op 'Overgewicht/bewegen' en dat deze combinatie bij twee projecten voorkwam. Dit is dan ook de minimale vergelijking die uit de analyse is gekomen:³

Naar gezond gedrag * ~Gezinnen aan zet * Werken in de buurt * ~Buurt in verbinding * Programmalijn 1 * ~Programmalijn 2 --> positief effect op 'Overgewicht/bewegen'

Dat betekent dat de condities 'Naar Gezond Gedrag', 'Werken in de buurt' en 'Programmalijn' in combinatie met elkaar zorgen voor een zo groot mogelijke verbetering op Overgewicht/bewegen.

Tabel 7.2: Truth table uitkomstmaat Overgewicht/bewegen

Conditie							
Naar gezond gedrag	Gezinnen aan zet	Werken in de buurt	Buurt in verbinding	ProgL 1	ProgL 2	Uitkomst	Aantal
1	0	0	0	0	1	0	10
1	0	1	0	0	1	0	6
1	1	0	0	1	0	0	3
1	0	0	1	1	0	0	3
0	0	1	0	0	1	0	3
1	0	0	0	1	0	0	2
1	1	0	1	1	0	0	2
0	1	0	1	1	0	0	2
1	0	0	1	0	1	0	2
1	0	1	0	1	0	1	2
1	0	1	1	1	0	0	1
1	1	1	1	1	0	0	1
1	1	1	1	0	1	0	1
0	0	0	1	1	0	0	1
0	0	1	1	1	0	0	1
0	1	1	1	1	0	0	1
1	0	1	1	0	1	0	1
0	1	0	0	0	1	0	1
0	0	0	0	0	1	0	1
0	0	1	1	0	1	0	1

In de twee projecten die effectief bleken was er sprake van de aanpak 'Werken in de buurt'. Hoewel deze condities geen noodzakelijke voorwaarde bleek voor een positief effect (zoals 'Naar gezond

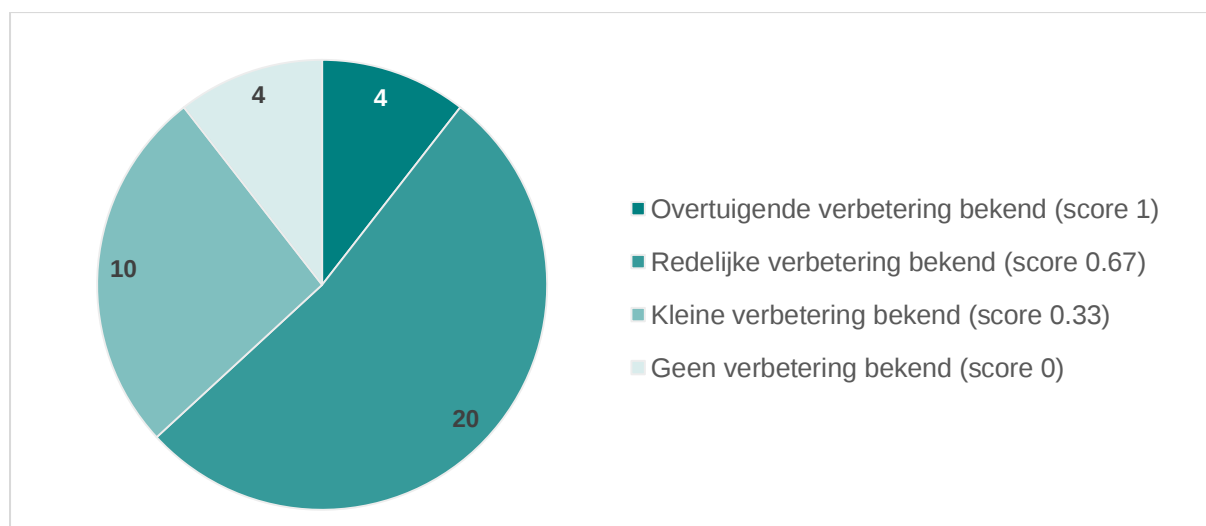
³ conditie = aanwezig in de combinatie; ~conditie = niet aanwezig in combinatie

gedrag' wel bleek te zijn), suggereert dit dat het inzetten op het trainen van professionals en/of het ontwikkelen van methodieken voor professionals een positieve bijdrage kan leveren aan 'Overgewicht/bewegen'. Hetzelfde geldt voor Programmalijn 1 – het wijst erop dat de kenmerken van Programmalijn 1 zoals het maken van een startfoto heeft bijgedragen aan een positieve uitkomst.

7.2 Ervaren gezondheid

Beschrijvende analyse

Er zijn 38 (niet 39 omdat het project waar geen 3e groepsgesprek is geweest hier buiten beschouwing is gelaten) projecten die op ervaren gezondheid hebben ingezet en de effecten in hun projectevaluaties hebben meegenomen (zie ook Tabel 4.3). Van deze 38 projecten is er bij 20 na de projectperiode een redelijke verbetering van de ervaren gezondheid opgetreden (score 0.67) en bij vier projecten is een overtuigend, statistisch significant effect opgetreden (score 1). Tien projecten vonden een kleine verbetering (score 0.33) en bij vier projecten is geen verbetering gevonden of is de ervaren gezondheid verminderd (score 0) (zie Figuur 7.2).



Figuur 7.2: Aantal projecten en de mate waarin verbetering bekend is op ervaren gezondheid onder gezinnen in een achterstandssituatie

Noodzakelijke of voldoende voorwaarden

Ook hier is allereerst getoetst of er noodzakelijke en/of voldoende condities aanwezig zijn. In Tabel 7.3 zijn de consistentie- en dekkingsscores van deze toets weergegeven. Hieruit kunnen we per conditie afleiden of het een noodzakelijke of voldoende voorwaarde betreft (via de consistentiescore) en hoe relevant deze conditie is als noodzakelijke of voldoende voorwaarde (via de dekkingsscore). Conditie met een consistentiescore van ≥ 0.9 worden gezien als een noodzakelijke combinatie, en condities met een consistentie van ≥ 0.75 als een voldoende voorwaarde.

In Tabel 7.3 is te zien dat de conditie 'Naar gezond gedrag' met een score van 0.87, voorbij de grens van 0.75, een voldoende conditie is voor 'Ervaren gezondheid'. Bovendien komt 'Naar gezond gedrag' met een consistentiescore van ≈ 0.87 dicht in de buurt van de grenslijn van een noodzakelijke conditie (0.9). Dit houdt in dat de aanpak 'Naar gezond gedrag' voldoende is om een effect te bewerkstelligen op Ervaren gezondheid. Als 'Naar gezond gedrag' aanwezig is, dan verbeterd te ervaren gezondheid (hoewel dit ook kan gebeuren onder andere condities). Verder zien we op basis van de analyse geen noodzakelijke of voldoende voorwaarden. Dit betekent dat de andere aanpakken (Werken in de buurt, Gezinnen aan zet en Buurt in verbinding) en de kenmerken van de twee programmalijnen van de

projecten in deze analyse niet op zichzelf staand naar voren komen als noodzakelijk voor een verbetering van overgewicht of bewegen.

Omdat 'Naar gezond gedrag' bij de uitkomst 'Ervaren gezondheid' een voldoende conditie is en dicht in de buurt zit van een noodzakelijke conditie, is het ook hier weer interessant naar de dekkingsscore te kijken. Deze is ≈ 0.56 , wat betekent dat de conditie 'Naar gezond gedrag' in ruim de helft van de projecten effectief een deel vormde van de verklaring van een verbetering op 'Ervaren gezondheid'.

Tabel 7.3: Consistentie- en dekkingsscores voor noodzakelijkheid voor 'Ervaren gezondheid'

	Consistentiescore uitkomst 'Ervaren gezondheid'	Dekkingsscore uitkomst 'Ervaren gezondheid'
Naar gezond gedrag	0.869565	0.562149
Gezinnen aan zet	0.578744	0.707202
Werken in de buurt	0.578744	0.599600
Buurt in verbinding	0.546860	0.707058
Programmalijn 1	0.532850	0.580526
Programmalijn 2	0.467150	0.371923

Minimale vergelijking

Vervolgens is de truth table gevormd (zie Tabel 7.4). Elke rij in een truth table geeft de samenstelling weer van de combinatie van condities van minstens één van de projecten. Hierin staan de verschillende mogelijke condities van het project, de uitkomst van deze combinatie van conditie (1 = positieve uitkomst, 0 = geen positieve uitkomst) en het aantal keer dat deze combinatie van condities voorkomt. Via de truth table vind je de minimale vergelijking: de meest vereenvoudigde combinatie van condities die geassocieerd kunnen worden met positief effect op ervaren gezondheid.

Blauw gearceerd is te zien in de truth table dat niet één, maar elf verschillende combinaties van condities een positieve uitkomst hebben opgeleverd op ervaren gezondheid. Om tot de minimale vergelijking te komen zijn deze combinaties met elkaar vergeleken en door middel van een wiskundig proces geminimaliseerd.

Tabel 7.5 toont de minimale vergelijkingen: de vijf gereduceerde combinaties van condities die leiden tot een verbetering van de ervaren gezondheid. Elke rij in de tabel geeft een combinatie van condities weer die leidt tot een positieve uitkomst op ervaren gezondheid. Combinatie I vertelt ons bijvoorbeeld: de *aanwezigheid* van condities 'Naar gezond gedrag' en Programmalijn 1 en de *afwezigheid* van condities 'Werken in de buurt' leidt in 10 projecten tot een positief effect op Ervaren gezondheid.

In tabel 7.5 is te zien dat 25 van de 26 projecten waarbij de ervaren gezondheid is verbeterd vallen binnen Programmalijn 1. Ondanks dat Programmalijn 1 niet als noodzakelijke voorwaarde naar voren kwam in de analyse, suggereert dit dat de specifieke kenmerken van Programmalijn 1 een positieve invloed hebben gehad op het verbeteren ervaren gezondheid. 'Naar Gezond gedrag' en 'Buurt in verbinding' zijn aanwezig in respectievelijk 15 en 12 van de 26 projecten waarbij de ervaren gezondheid is verbeterd. Van 'Naar gezond gedrag' was al bekend dat het een voldoende conditie is en daarmee belangrijk voor het verbeteren van ervaren gezondheid, maar ook de conditie 'Buurt in verbinding' suggereert hiermee een positief effect teweeg te brengen.

Tabel 7.4: Truth table uitkomstmaat Ervaren gezondheid

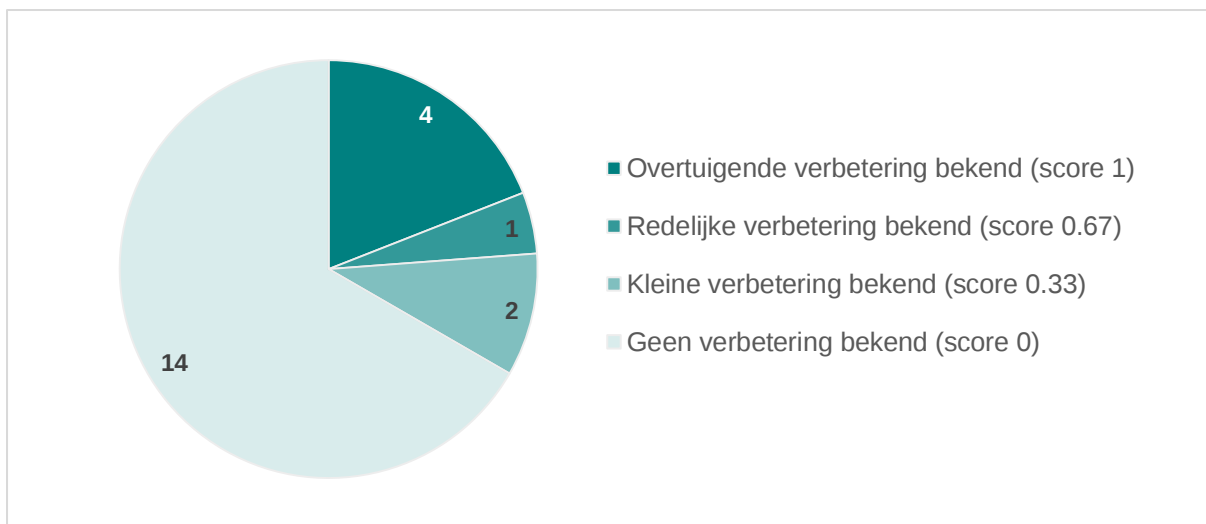
Conditie's							
Naar gezond gedrag	Gezinnen aan zet	Werken in de buurt	Buurt in verbinding	ProgL 1	ProgL 2	Uitkomst	Aantal
1	0	0	0	0	1	0	10
1	0	1	0	0	1	0	6
1	1	0	0	1	0	1	3
1	0	0	1	1	0	1	3
0	0	1	0	0	1	0	3
0	1	0	1	1	0	1	2
1	1	0	1	1	0	1	2
1	0	0	0	1	0	1	2
1	0	1	0	1	0	1	2
1	0	0	1	0	1	0	2
1	1	1	1	0	1	1	1
0	1	1	1	1	0	1	1
0	0	1	1	1	0	1	1
0	0	0	1	1	0	1	1
1	1	1	1	1	0	1	1
1	0	1	1	0	1	0	1
1	0	1	1	1	0	0	1
0	1	0	0	0	1	0	1
0	0	0	0	0	1	0	1
0	0	1	1	0	1	0	1

Tabel 7.5: Minimale vergelijkingen

Combinatie	Naar gezond gedrag	Gezinnen aan zet	Werken in de buurt	Buurt in verbinding	ProgL 1	ProgL 2	Aantal casussen
I	1	-	0	-	1	0	10
II	-	1	-	1	1	0	6
III	0	-	-	1	1	0	5
IV	1	0	-	0	1	0	4
V	1	1	1	1	0	1	1

7.3 Roken

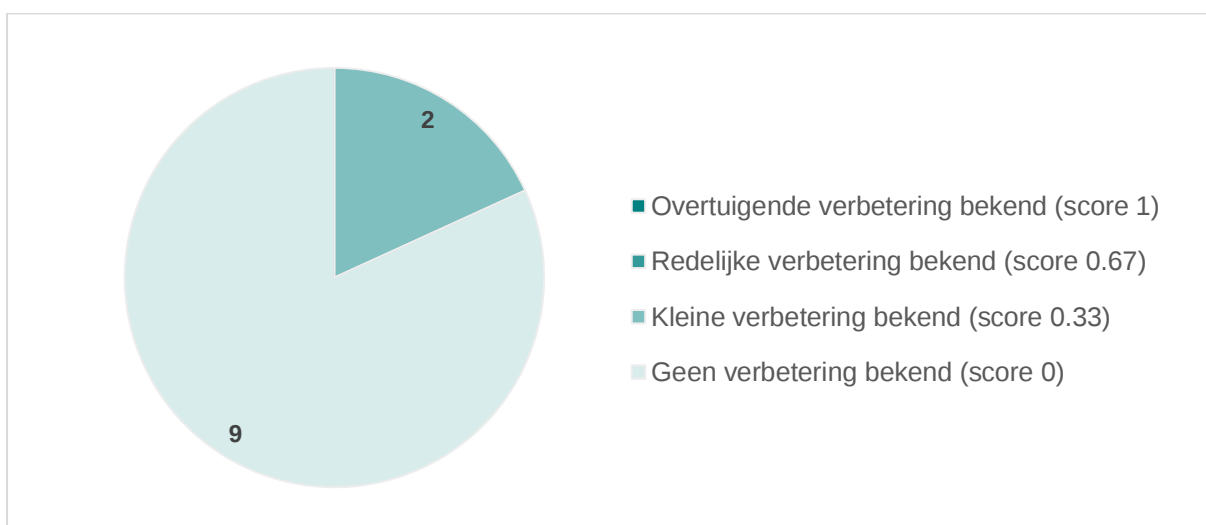
Er waren 21 projecten die het verminderen/stoppen van roken hebben meegenomen en gemeten. Dit zijn voor ongeveer twee derde projecten uit programmalijn 2 (n=14) (zie Figuur 7.3). Bij de meeste projecten (n=14) is er geen daling van het rookgedrag vastgesteld (score 0). Vier van de 21 projecten hebben een overtuigende daling bewerkstelligd en/of een aanzienlijk deel van de deelnemers doen stoppen met roken. De overige drie projecten zitten daar tussenin – twee projecten hebben als uitkomst 0.33 (kleine verbetering), en een project heeft als uitkomst 0.67 (redelijke verbetering).



Figuur 7.3: Aantal projecten en de mate waarin verbetering bekend is op roken onder gezinnen in een achterstandssituatie

7.4 Alcohol

Elf van de 45 projecten hebben alcoholgebruik meegenomen en gemeten. Dit waren 5 projecten uit programmalijn 1 en 6 projecten uit programmalijn 2. Geen van deze elf projecten is er in geslaagd hierin een duidelijk zichtbaar verschil te bewerkstelligen. Twee projecten hebben een klein effect gevonden (score 0.33) en negen projecten hebben geen effect gevonden (score 0) (zie Figuur 7.4).



Figuur 7.4: Aantal projecten en de mate waarin verbetering bekend is op alcoholgebruik onder gezinnen in een achterstandssituatie

7.5 Conclusie/duiding

Een meerderheid van de projecten (66%) die zich richtten op 'Overgewicht/bewegen' hebben een kleine verbetering gemeten op het verminderen van overgewicht en/of bevorderen van bewegen bij de gezinnen in een achterstandssituatie. Een klein percentage projecten (16%) heeft hierop een redelijke of overtuigende verbetering gevonden. Voor een daling van overgewicht en een toename van het beweeggedrag is een aanpak zoals 'Naar gezond gedrag' nodig. Vooral de combinatie van condities 'Naar gezond Gedrag', 'Werken in de buurt' en 'Programmalijn 1' heeft een positief effect gehad op het terugdringen van overgewicht of bevorderen van lichaamsbeweging. Dat betekent dat het uitvoeren van een leefstijlaanpak in combinatie met het inzetten op het trainen van professionals en daarbij de kenmerken van programmalijn 1 leiden tot een positieve uitkomst op overgewicht/bewegen. Hierbij is

het belangrijk om te benoemen dat de dekkinggraad van deze positieve uitkomsten vrij laag ligt. Dat houdt in dat de minimale uitkomsten slechts de positieve uitkomst van enkele projecten belichten. Dit, terwijl vele andere projecten (met andere (combinaties van) condities) ook positieve resultaten hebben behaald. Het is dus van belang om ook te erkennen dat andere (combinaties van) condities kunnen leiden tot een positieve uitkomst.

Een meerderheid van de projecten (63%) die zich richtten op het verbeteren van ervaren gezondheid hebben een redelijke of overtuigende verbetering gemeten. Net als bij overgewicht/bewegen leveren de condities 'Naar gezond gedrag' en 'Programmalijn 1' een positieve bijdrage aan het verbeteren van de ervaren gezondheid. Daarnaast laten de resultaten zien dat de aanpak 'Buurt in verbinding' een positieve bijdrage heeft geleverd aan ervaren gezondheid.

Over het algemeen zijn de projecten er niet in geslaagd een duidelijk zichtbaar effect te bewerkstelligen op de uitkomsten Roken en Alcohol. Er was geen QCA mogelijk voor deze uitkomsten vanwege een te klein aantal projecten. Het is belangrijk om, in volgende projecten, rekening te houden met het feit dat het hebben van verschillende uitkomstmaten het kan bemoeilijken om op ieder van die uitkomstmaten diverse resultaten te genereren om hier via QCA uitspraken over te doen.

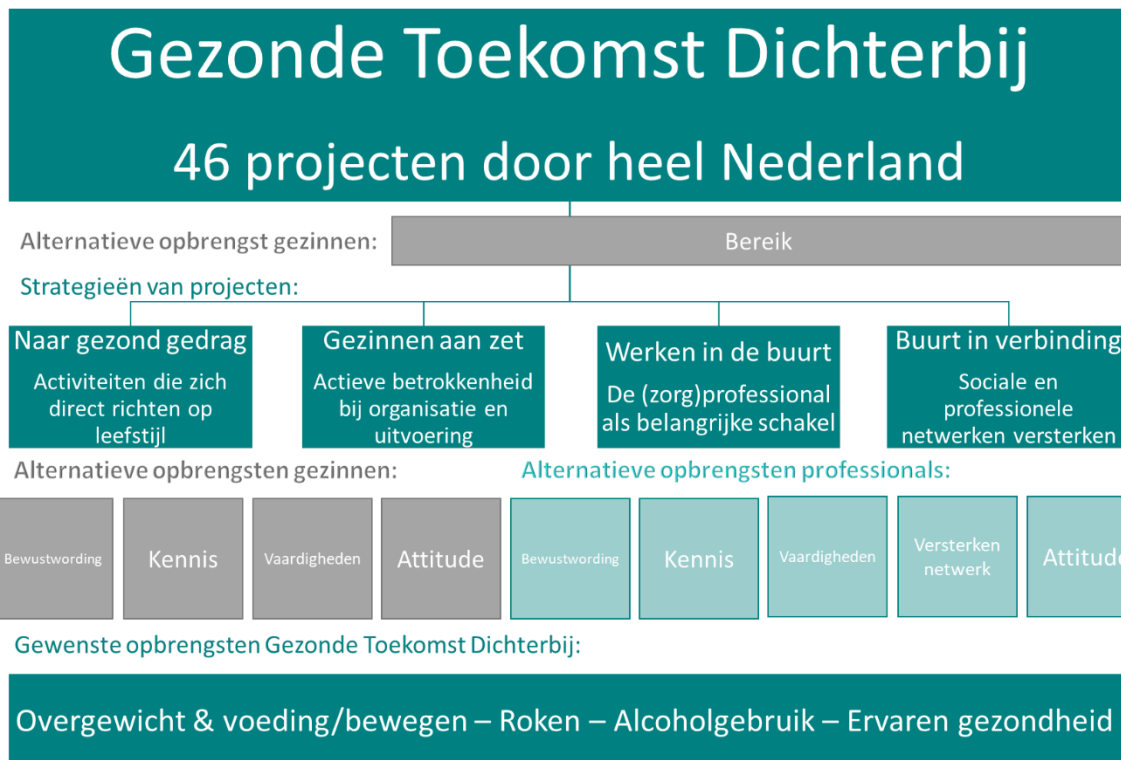
8. Realistische evaluatie

- De kernvraag van dit hoofdstuk is: wat werkt, waarom en in welke omstandigheden, voor de gezinnen en voor de professionals? Dit vertaalt zich in een aantal mechanismen.
- De meest voorkomende reacties of mechanismen voor de gezinnen zijn: **Gelijkgestemden** mensen ervaren dat zij niet de enigen zijn met een bepaalde problematiek, **Gelijkwaardigheid** mensen ervaren dat ze serieus worden genomen, **Onvoorwaardelijk** mensen ervaren dat er geen tegenprestatie wordt verwacht, **Er toe doen** mensen ervaren dat ze iets wezenlijks kunnen bijdragen, **Succeservaringen** mensen ondervinden wat gezonder leven met hen doet, **Zwaan kleef aan** mensen gaan het voorbeeld van anderen volgen, en **Aansprekend** mensen ervaren dat de interventie bij hen past.
- De meest voorkomende reacties of mechanismen voor de professionals zijn: **Praktische haalbaarheid** de professional ervaart dat een gevraagde inspanning realistisch is, **Ruimte ervaren** professionals ervaren ruimte voor een andere manier van werken, **Saamhorigheid** professionals ervaren dat ze als professional in verbinding staan met andere professionals, **Waardering krijgen** professionals ervaren waardering voor hun werk/inspanningen, en **Geïnspireerd voelen** professionals benoemen dat zij een (nieuwe) energie voelen.

8.1 Inleiding

De kernvraag van dit hoofdstuk is: *wat werkt, waarom en in welke omstandigheden, voor de gezinnen en voor de professionals?* FNO riep in haar call voor projecten op om zoveel mogelijk te werken met het implementeren en borgen van (bewezen effectieve) interventies en/of het uitproberen of toetsen van een interventie. De projecten gaven met hun eigen projectgebonden evaluaties veelal inzicht in de effectiviteit van hun interventie: of de gekozen interventie werkte of niet. De complexiteit van het verkleinen van gezondheidsachterstanden vraagt ook om context-specifieke, verdiepende informatie over *waarom* iets nu wel of niet werkt. Daarom is in de overkoepelende evaluatie ook een realistische evaluatie uitgevoerd op twee niveaus: dat van de gezinnen en op het niveau van professionals. Voor dit hoofdstuk is een onderscheid tussen de programmalijnen niet van toepassing.

Op basis van de vier aanpakken zoals in Hoofdstuk 4 toegelicht, zijn aanvullende opbrengsten gedefinieerd, naast de leefstijlindicatoren op roken, alcohol, overgewicht en ervaren gezondheid. Deze aanvullende opbrengsten gelden voor de gezinnen (bewustwording, kennis, vaardigheden en attitudes) en voor de professionals (bewustwording, kennis, vaardigheden, versterken netwerk en attitudes). Alles bijeengenomen bevatten de analyses op deze opbrengsten informatie over alle vier de aanpakken: 'naar gezond gedrag', 'gezinnen aan zet', 'werken in de buurt' en 'buurt in verbinding'. Figuur 8.1 geeft de oorspronkelijke doelstellingen en aanvullende opbrengsten weer, die leidend zijn geweest bij het onderzoeken van mechanismen in de realistische analyse.



Figuur 8.1: Additionele opbrengsten van Gezonde Toekomst Dichterbij voor gezinnen en professionals.

Een interventie, of een projectonderdeel of activiteit, die bewezen effectief is in de ene praktijk, hoeft niet hetzelfde effect te sorteren in een andere situatie. Met de verdiepende informatie uit de realistische analyses wordt dan ook meer duidelijk over wat, waarom, in een bepaalde situatie wel of niet werkt. In dit hoofdstuk worden de resultaten van de realistische analyses beschreven. We geven daarmee een verdiepend inzicht in de reacties van de gezinnen en de betrokken professionals op een aangeboden project (of interventie) in een specifieke situatie. Het methoden hoofdstuk (Hoofdstuk 2) bevat een uitgebreide toelichting op de methodiek.

In Kader 8.1 beschrijven we de achtergrond en begrippen die in deze analyse leidend zijn geweest (zie ook Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethoden). De belangrijkste mechanismen ofwel reacties van de gezinnen en de professionals zien we als de belangrijkste resultaten van dit hoofdstuk.

Realist evaluatie

In een realist evaluatie spelen Context, Mechanisme en Outcome een belangrijke rol, doordat op zoek wordt gegaan naar C (context)- M (mechanisme) – O (outcome) configuraties, ofwel combinaties. Daaraan kan voor de duidelijkheid ook de Interventie worden toegevoegd (CIMO-configuraties).

Anders dan in andere benaderingen van evaluatieonderzoek, staat het mechanisme centraal. Een interventie roept enkel een specifieke reactie (mechanisme) op binnen een specifieke context. Dit mechanisme leidt tot een gewenste opbrengst (outcome), of niet. Juist de complexiteit van de configuratie – dus de aanwezigheid van de specifieke context, in samenspel met de toegevoegde interventie, resulterend in een reactie – maakt deze manier van onderzoeken waardevol en verdiepend.

Omwillen van de leesbaarheid gebruiken we in dit rapport de begrippen Reactie (voor mechanisme), Situatie (voor context), Project-onderdeel (voor interventie) en Opbrengst (voor outcome).

Kader 8.1: Realist evaluatie

Tenslotte is het nog van belang het volgende op te merken over de analyses en resultaten in dit hoofdstuk. Specifiek aanbod vanuit een project, een interventie, activiteit of projectonderdeel, kan in samenhang met de context bij gezinnen of professionals een positieve of een negatieve reactie oproepen, waarna vaak een (gewenste) opbrengst volgt of juist uitblijft. In onze dataverzameling en analyse is leidend geweest wanneer zo'n *positieve* reactie en opbrengst zich hebben voorgedaan. Dit vertaalt zich in een resultatenhoofdstuk waarin vooral wordt belicht wanneer, voor wie en waarom iets *wel* werkt, en minder wanneer iets niet werkt. Waar bekend zijn negatieve reacties en opbrengsten (minder bereik, terugtrekken van gezinnen, weerstand bij professionals) wel benoemd.

8.2 Wat werkt voor gezinnen en in welke omstandigheden?

In dit hoofdstuk gaan we in op de relevante mechanismen, interventies, context en opbrengsten bij de gezinnen. Bij de mechanismen gaat het om de reacties die zijn opgeroepen bij de gezinnen door een activiteit of een interventie, de context waarin dit plaatsvond en wat hierbij de opbrengsten waren. De volgende opbrengsten zijn daarbij meegenomen:

- Bereik: het aantal mensen/gezinnen dat wordt bereikt met een interventie/aanpak en ook het betrokken blijven bij een project
- Ervaren gezondheid: de eigen gezondheidstoestand zoals de persoon die ervaart
- Leefstijl: overgewicht (bewegen/voeding), roken, alcohol
- Bewustwording: beseffen, inzien dat...
- Kennis: meer weten over...
- Attitude: positieve of juist negatieve houding van een persoon ten aanzien van...
- Vaardigheden: handelingen waar iemand in bedreven is
- Versterkt netwerk: benutten en eventueel vergroten van het eigen netwerk. Weten bij wie je moet zijn voor een bepaalde (hulp)vraag

Gezinnen in een achterstandssituatie

Zoals in Hoofdstuk 5 reeds is beschreven hebben de verschillende projecten een eigen invulling gegeven aan de doelgroep 'gezinnen in een achterstandssituatie'. Soms zijn dit daadwerkelijk gezinnen, soms alleen de kinderen of juist de ouders. Of het gaat om een vaste groep, zoals bijvoorbeeld een schoolklas, of een variërende groep met een bepaald profiel of achtergrond (zwangere vrouwen die roken). In andere projecten gaat het om een meer open en wisselende groep (zoals bewoners van een bepaalde wijk), waar gezinnen in een achterstandssituatie deel van uitmaken.

Mechanismen

In dit hoofdstuk beschrijven we de mechanismen voor gezinnen, en wanneer, op welke manier, in welke situaties we die wel of niet zijn tegengekomen. Het gaat hierbij over waarom specifieke projectonderdelen (zie ook Hoofdstuk 4 over hoe de projecten de doelstellingen hebben vormgegeven) tot een specifieke opbrengst leiden bij de gezinnen. Bij de mechanismen is het vertrekpunt steeds de reactie van de gezinnen op een aangeboden project (of interventie-onderdeel) in een specifieke situatie geweest. Deze reactie (zoals beschreven in Kader 8.1 in de inleiding van dit hoofdstuk) bestaat vaak uit een opgeroepen emotie of ervaring. De meest voorkomende reacties of mechanismen voor de gezinnen zijn:

- **Gelijkgestemden:** mensen ervaren door de interventies waarbij ze als gelijkgestemden bij elkaar worden gebracht dat zij hetzelfde over gezondheidsgedrag denken en niet de enigen zijn met een bepaalde problematiek of hulpvraag op het terrein van gezondheid of welbevinden.
- **Gelijkwaardigheid:** mensen ervaren dat ze serieus worden genomen, dat er naar hun wordt geluisterd en ervaren erkenning van kwesties die voor hen prioriteit hebben. Gezond gedrag is niet altijd de eerste prioriteit van de gezinnen.

- **Onvoorwaardelijk:** mensen ervaren dat er geen tegenprestaties of meteen een gedragsverandering van ze wordt verwacht. Mensen voelen zich welkom, dat ze altijd mee mogen doen ongeacht hun (ongezonde) leefstijl of maatschappelijke situatie.
- **Er toe doen:** mensen ervaren dat ze door hun inbreng bij een project iets wezenlijks kunnen bijdragen aan de situatie/de gezondheid van eigen en andere gezinnen.
- **Succeservaringen:** mensen beleven plezier en ondervinden lijfelijk van wat gezonder eten, bewegen of stoppen met roken met hen doet.
- **Zwaan kleef aan:** mensen ervaren door de activiteiten of door de ervaringen van anderen met de activiteiten dat zij ook een nieuw gedrag willen proberen en volgen het voorbeeld van anderen.
- **Aansprekend:** mensen ervaren dat de interventie of de benaderingswijze hen aanspreekt, bij hen past.

In onderstaande paragrafen wordt ieder hierboven genoemde reactie/mechanisme in meer detail besproken. We beschrijven allereerst het mechanisme, dan de relevante interventies, situaties en gevonden opbrengsten. Gevolgd door voorbeelden van projecten.

8.2.1 Gelijkgestemden: herkenning en je begrepen voelen

In een groot deel van de projecten beschrijft de doelgroep dat ze zich begrepen voelden omdat ze zich onder gelijkgestemden bevinden. Het mechanisme gaat vooral over het niet je situatie uit hoeven te leggen (herkenning), je begrepen voelen en ondervinden dat er anderen zijn met vergelijkbare hulpvragen. Daarnaast zijn ook gezelligheid, plezier en een veilig gevoel ervaren belangrijk. Er waren ook situaties waarbij het bij elkaar brengen van gezinnen juist een andere reactie opriep dan dat projectleiders graag hadden gezien. Zo wilden sommige mensen juist bewust niet samengebracht worden als gezinnen die 'kwetsbaar zijn' omdat zij niet wilden worden gezien als 'hulpbehoevend'. Dan voelen mensen zich juist 'des-empowered'.

Interventie

De interventies bestonden uit een aanbod in groepsverband, het organiseren van ontmoetingen tussen de gezinnen of het werken met tussenpersonen (bijvoorbeeld buddies, community workers, etc.). Mensen gaven elkaar onderling tips en positieve feedback en indirect werd vaak erkenning gegeven voor het feit dat deelnemers vaak in moeilijke situaties zitten. Als mensen zich slecht konden verplaatsen in anderen werkte dit mechanisme niet.

Context

In veel situaties bestonden er nog weinig gezondheidsbevorderende interventies voor de gezinnen in een achterstandssituatie of in de wijken van de interventies en was er door culturele of historische factoren nog afstand tussen de gezinnen en het gezondheids- en welzijnssysteem. In zulke situaties bleek het heel moeilijk te zijn om met de gezinnen in contact te komen en speelden ervaringsdeskundigen of ambassadeurs uit de wijk een belangrijke rol.

Opbrengsten

De ervaring om samen met gelijkgestemden in het project op te trekken was belangrijk bij het bereiken en vasthouden ofwel het (duurzaam) bereik van de families. Soms had dit mechanisme ook effect op de ervaren gezondheid en zorgde het voor saamhorigheid en onderlinge steun (netwerk versterkt). Bij een enkel project had de ervaring met gelijkgestemden op te trekken ook effect op de leefstijl, bijvoorbeeld omdat deelnemers zich in een groep met gelijkgestemden eerder durfden uit te spreken of vragen durfden te stellen over hoe ze een gedragsverandering konden bewerkstelligen.

Een aantal sprekende voorbeelden van CIMO's uit specifieke projecten/situaties die onder deze categorie vallen zijn:

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar gelijkgestemde gezinnen bij elkaar worden gebracht, als groep worden benaderd, waar wat armoede met je gezondheid doet wordt besproken en waar tijd is elkaar te leren kennen...	En waar mensen uit de doelgroep elkaar nog niet kennen, waar er veel wantrouwen is t.o.v. onbekende personen, waar er nog geen bestaande activiteiten (of activiteiten die niet goed aansluiten) of netwerken zijn...	Ervaren mensen dat zij niet de enigen zijn met een bepaalde problematiek, dat ze niet alles hoeven uit leggen en dat het fijn is om met elkaar te praten of een hulpvraag te stellen of om inzichten te delen over de schadelijkheid van roken en/of overgewicht...	Wat resulteert in dat mensen blijven komen (bereik) een toename in ervaren gezondheid, en een versterkt netwerk.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar een tussenpersoon steeds weer contact opneemt en niet opgeeft en een positieve sfeer creëert tijdens de groepsactiviteiten met niet al te grote groepen...	En waar de tussenpersoon begrijpt wat het is om in de schoenen te staan van deze doelgroep (ervaringsdeskundigen) of te behoren tot groepen die (etnisch/cultureel) een minderheid vormen in NL, dat deze groepen toch weinig verbondenheid hebben als groep, dat er veel eenzaamheid is, dat het cultureel gezien niet 'gewoon' is aandacht te besteden aan de eigen gezondheid of uit te komen voor problemen binnen het gezin...	Begint het vertrouwen en een gevoel van ergens bij te horen te groeien en gaan deelnemers elkaar steunen bij het proberen van nieuw gedrag (meer bewegen, gezonder eten, stoppen met roken)...	Wat resulteert in bereik, beter ervaren gezondheid en netwerk versterkt.

Interventie	Context	Mechanisme (-)	Outcome
Waar er een groepsaanbod voor het stoppen met roken is en waar de tussenpersonen (buddies) zich moeilijk kunnen verplaatsen in de persoon...	En waar de buddies een andere achtergrond hebben dan de doelgroep...	Voelen mensen zich niet aangesproken...	Wat resulteert in een lager bereik.

Interventie	Context	Mechanisme (-)	Outcome
Een tool (app) of activiteit waarbij deelnemers online contact hebben met elkaar...	En waar er een grote afstand is tussen bewoners van de wijk en de uitvoerders van de interventie (GGD/gemeente/welzijnswerk) – 'het systeem'...	Willen mensen er juist niet bij horen omdat ze niet willen worden geassocieerd met de kwetsbare doelgroep...	Wat resulteert in een lager bereik.

8.2.2 Gelijkwaardigheid: serieus genomen worden

In dit mechanisme gaat het vooral om dat mensen ervaren dat ze serieus worden genomen en serieuze aandacht ervaren. Door het gevoel van serieus genomen te worden groeit er vertrouwen.

Interventies

Het gaat bij dit mechanisme om interventies waarbij het gevoel van gelijkwaardige behandeling zich uitte in het feit dat (1) de gezinnen respectvol werden bejegend (2) er respect/erkenning was van de inbreng vanuit de doelgroep (3) er respectvol gecommuniceerd werd met mensen (4) er budget beschikbaar was om voorstellen die geopperd worden daadwerkelijk uit te kunnen voeren (5) er zorg en aandacht was voor de mens tijdens het proces van uitvoering van de activiteiten en/of (6) er sprake was van een aanpak op maat, bijvoorbeeld omdat projectleiders niet met een vast programma/plan/draaiboek werkten, maar de vragen en prioriteiten van de gezinnen als uitgangspunt namen.

Context

Mensen hadden in het verleden vaak te maken gehad met situaties waarbij ze als een moeilijke of lastige doelgroep zijn bestempeld en waarbij de instanties vaak vertellen wat er allemaal niet goed met hen gaat waarbij de randvoorwaarden om mee te doen niet goed zijn geregeld.

Opbrengsten

Naast een effect op bereik, dat mensen terug blijven komen en toegenomen ervaren gezondheid heeft dit mechanisme soms ook een effect gehad op de attitude ten opzichte van gezond gedrag onder gezinnen in een achterstandssituatie.

Een aantal sprekende voorbeelden van CIMO's uit specifieke projecten/situaties die onder deze categorie vallen zijn:

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Een activiteit/app waarbij deelnemers iets komen halen maar ook iets komen brengen/iets kunnen aanbieden/bijdragen [een fysieke winkel waar mensen spullen komen brengen en die gerund wordt door gezinnen in een achterstandssituatie]...	En waar het vaak gaat over 'afgeschreven' personen in de reguliere hulpverlening en waar gezinnen het lastig vinden om hulp aan te nemen en zich soms nutteloos voelen en waarbij deze groep wordt gezien als een groep waar 'weinig lukt'...	Voelen mensen zich serieus genomen en willen ze zich graag inzetten (voor het project)...	Wat resulteert in een goed bereik en in toename van de ervaren gezondheid.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Een activiteit waar mensen zelf ideeën voor activiteiten kunnen opperen en er ook daadwerkelijk budget is om plannen te verwezenlijken...	En waar er veel argwaan is tegenover 'alweer een nieuw project'...	Voelen mensen zich serieus genomen...	Wat resulteert in een goed bereik en een toename van de ervaren gezondheid.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar een leefstijlcoach iemand is die bij mensen past, die dezelfde taal spreekt...	En waar hulpverleners normaal gesproken weinig tijd hebben...	Durven mensen vragen te stellen...	Wat resulteert in meer zelfvertrouwen (ervaren gezondheid) en een positieve attitude tov gezond gedrag.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Een aanpak waarbij naast aandacht voor het leefstijlthema [stoppen met roken] er ook aandacht is voor de uitdagingen die spelen in de gezinnen (zoals stress en opvoedingsvraagstukken) en er oprecht naar de gezinnen wordt geluisterd...	En waar roken een taboe is en niet door iedereen als problematisch wordt ervaren...	Voelen mensen zich serieus genomen en ervaren erkenning van zaken die voor hen meer prioriteit hebben dan gezond gedrag...	Wat resulteert in een goed bereik.

8.2.3 Onvoorwaardelijk: je bent goed zoals je bent

Bij dit mechanisme ervaren mensen dat ze onvoorwaardelijk welkom zijn zonder dat daar iets tegenover hoeft te staan, dat ze goed zijn zoals ze zijn en daardoor ervaren ze een vertrouwen in eigen kunnen.

Interventies

Dit betreft interventies waarbij gezinnen werden betrokken in activiteiten waar niet meteen iets tegenover hoeft te staan, waar ruim de tijd werd genomen of waar er niet te hoge verwachtingen waren en waarbij elke stap al een goede stap was. Belangrijke elementen van deze interventies zijn: mensen zijn altijd welkom, ze worden niet overvraagd en er heerst een veilige sfeer.

Context

Mensen hebben vaak een geschiedenis met hulpverleners waarbij een negatief beeld over de hulpverlening is ontstaan en waarbij de hulpverleners worden gezien als mensen die je wijzen op je tekortkomingen (het wijzende vingertje). Gezinsleden voelden zich soms 'afgeschreven'. Projectleiders van hun kant bleken soms onrealistische verwachtingen te hebben over wat betrokken gezinnen zouden kunnen oppakken bij een interventie.

Opbrengsten

Door de gegroeide vertrouwensband tussen de betrokkenen bij de projecten en de gezinnen kregen gezinsleden meer zelfvertrouwen (ervaren gezondheid) en dit mechanisme speelde ook een belangrijke rol bij bereik en het betrokken houden van de gezinnen en in sommige gevallen ook in netwerken die werden versterkt.

Een aantal sprekende voorbeelden van CIMO's uit specifieke projecten/situaties die onder deze categorie vallen zijn:

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar er momenten worden georganiseerd waar mensen elkaar kunnen ontmoeten zonder lesmateriaal of verwachtingen...	En waarbij er wel aanbod is in de wijk waar gezonde leefstijl een issue is, maar waar vooral een boodschap wordt gezonden...	Ervaren mensen dat ze onvoorwaardelijk welkom zijn, dat ze hun verhaal kunnen vertellen en dat ze niet iets anders moeten doen (ander gedrag moeten vertonen) of dat ze iets 'fout' doen...	Wat resulteert in een goede opkomst (bereik).

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar er de mogelijkheid is om ervaringsdeskundigen te ontmoeten en er alleen aanwezigheid wordt verwacht...	En waar het inzetten van ervaringsdeskundigen als coaches om samen met de gezinnen te sporten of te praten over gezonde voeding teveel gevraagd bleek ...	Ervaren de gezinnen onvoorwaardelijkheid en trekken ze zich aan elkaar op...	Wat resulteert in een goed bereik en groei van het sociale netwerk.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar mensen op hun eigen manier (ook al duurt het lang) hun eigen activiteiten mogen ontwikkelen en er een luisterende, niet oordelende professional met een positieve en ondersteunende houding aanwezig is...	En waar mensen weinig vertrouwen hebben in hun eigen kunnen en weinig structuur hebben in hun leven...	Ervaren mensen een gevoel van vertrouwen in eigen kunnen, veiligheid en voorspelbaarheid...	Wat resulteert in een betere ervaren gezondheid.

8.2.4 Er toe doen: er wordt iets voor jou gedaan en jij kunt iets betekenen voor anderen

Een vierde mechanisme dat in veel projecten optrad was dat mensen het gevoel hadden dat ze iets wezenlijks konden bijdragen dat van betekenis was voor het project of voor andere gezinnen. Doordat de mening van gezinnen telde en ook door de complimenten die mensen kregen voelden ze zich trots, en speciaal, dat ze verantwoordelijkheid en vertrouwen kregen, dat ze van betekenis waren voor andere mensen (gezinnen) en dat ze waardering kregen voor wat ze deden.

Interventies

De interventies die voor deze reactie bij de gezinnen zorgden kenmerkten zich door input/hulp te vragen van de doelgroep voor een bepaalde benaderingswijze, het mee helpen organiseren en uitvoeren van activiteiten, de verantwoordelijkheid bij de doelgroep leggen of het op maat maken van een activiteit. Ook de professionaliteit waarmee activiteiten werden opgezet (mooi materiaal) gaf mensen het gevoel van betekenis te zijn.

Context

Bij veel projecten was het pas de eerste keer dat mensen de ervaring hadden dat er serieus beroep op ze werd gedaan ondanks dat er vaak al bestaande activiteiten/interventies waren. Wat ook vaak meespeelde was dat er in het verleden vaak negatieve ervaringen waren wanneer er een beroep op de gezinnen was gedaan.

Opbrengsten

De belangrijkste opbrengsten van het 'er toe doen' bij gezinnen zaten voornamelijk op het gebied van het bereik van gezinnen (en betrokken blijven) en de ervaren gezondheid. Bij een paar projecten waren er ook opbrengsten op het terrein van bewustwording van gezond gedrag en een meer positieve attitude ten opzichte van gezond gedrag.

Een aantal sprekende voorbeelden van CIMO's uit specifieke projecten/situaties die onder deze categorie vallen zijn:

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar er wezenlijke tijd en aandacht voor mensen is (in groepsverband) en waar er de één de gangmaker is, de ander zorgt voor de rest en weer een ander iemand van zijn netwerk inbrengt...	En waar de gezonde leefstijl voor de gezinnen vaak geen prioriteit heeft en waar de gezinnen veelal meerdere problemen ervaren, en zich (daardoor) verlamd/nutteloos voelen...	Waarderen mensen wat anderen inbrengen en voelen mensen dat ze iets kunnen betekenen voor anderen...	Wat resulteert in een betere ervaren gezondheid

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar er serieus een beroep wordt gedaan op de talenten van mensen en waarbij mensen de verantwoordelijkheid krijgen voor de organisatie van activiteiten (zelfstandig iets opzetten)...	En waar er vaak nog veel afstand is tussen de gezinnen en hulpverleners...	Krijgen mensen het gevoel dat ze er toe doen en zijn ze trots dat ze iets kunnen bijdragen Laaggeletterden ervaren dat een [professional] echt hun ervaring nodig heeft om het zelf beter te kunnen doen	Wat resulteert in een goed bereik (betrokken blijven) en betere ervaren gezondheid.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar een bestaande interventie op maat met aandacht voor de individuele situatie wordt aangeboden...	En waar andere professionals de mensen door kunnen verwijzen...	Ervaren mensen zich serieus genomen en gaan ze meedoen...	Wat resulteert in een goed bereik (betrokken blijven).

8.2.5 Succeservaringen: lieflijk ervaren, plezier en trots

In dit mechanisme dat we terug zagen komen in veel projecten staat het letterlijk ondervinden van wat gezonder eten, bewegen of stoppen met roken met je doet centraal. Onder dit mechanisme behoorden ook enthousiaste reacties van kinderen of van anderen over het gedrag zelf of over de bereikte resultaten (meer bewegen/afvallen/stoppen met roken). Soms hadden gezinsleden de ervaring dat zich anders gingen voelen doordat ze uit hun dagelijks isolement kwamen, dat ze de successen met anderen konden delen en dat het fijn was om te ervaren dat je met elkaar samen echt iets kunt bereiken. Ook de ervaring dat als jij verandert dit bijdraagt aan bijvoorbeeld de opvoeding van je kind is een werkzaam mechanisme in deze categorie.

Als er echter andere grotere problemen spelen waar geen aandacht voor was of als een interventie slecht aansloot bij de leefwereld van mensen dan riepen deze interventies juist weerstand op bij mensen en was er soms sprake van ergernis en irritatie.

Interventie

Dit mechanisme speelde vooral een belangrijke rol bij veel projecten als het gepaard ging met samen plezier beleven en het delen van eigen ervaringen. Hierbij gaat het onder andere om groepsbijeenkomsten waarbij gezinnen samen met kinderen (of andere gezinnen) hielpen met activiteiten opzetten of uitvoeren, of deelnamen aan gezondheidslessen, kooklessen of bepaalde trainingen.

Context

De situaties die bij deze interventies een rol speelden kenmerkten zich door de gebrekkige aansluiting tussen aanbod en vraag.

Opbrengsten

In een enkel project resulteerde dit mechanisme in het gezonder eten, stoppen met roken of meer bewegen van de gezinsleden en/of kinderen maar bij de meerderheid betrof het de ervaren gezondheid, een positieve attitude ten opzichte van gezond gedrag en een toename in de vaardigheden.

Een aantal sprekende voorbeelden van CIMO's uit specifieke projecten/situaties die onder deze categorie vallen zijn:

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar groepsactiviteiten samen met ouders en kinderen worden opgezet...	En waar veel andere zorgen zijn zoals werkloosheid, gebrek aan huisvesting etc...	Ervaren ouders en kinderen hoe leuk het is (ontspanning) om met elkaar te sporten (het enthousiasme van de kinderen 'werkt')...	Wat resulteert in meer beweging.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar (beweeg)activiteiten worden aangepast aan een bepaalde doelgroep...	En waar veel mensen uit deze doelgroep denken niet mee te kunnen komen...	Ervaren mensen uit deze doelgroep dat ze het durven te doen, dat ze gewoon mee kunnen doen, gaan ze geloven in hun eigen kunnen en blijven ze wekelijks terugkomen...	Wat resulteert in een betere ervaren gezondheid (fitter voelen).

Interventie	Context	Mechanisme (-)	Outcome
Waar professionals positief communiceren en door een snelle analyse de focus kunnen leggen op wat goed gaat en aansluiten op de specifieke situatie van het gezin ipv een vast programma afdraaien...	En waar veel mensen uit deze doelgroep vooral faalervaringen hebben...	Ervaren mensen uit deze doelgroep dat ze lucht krijgen en dat ze iets kunnen (ipv niet kunnen) en dit ook erkend wordt. Dit geeft motivatie en zelfvertrouwen bij de doelgroep en ze stellen zich meer open...	Wat resulteert in een positieve attitude tav het gewenste gedrag.

Interventie	Context	Mechanisme (-)	Outcome
Waar een activiteit (bijv een app) mensen zou moeten aanzetten om met een gezonde leefstijl aan de slag te gaan...	En waar gezinnen te kampen hebben met zware problemen en veel stress en een andere leefwereld hebben dan de professionals...	Ervaren mensen dat ze 'dit' er niet bij kunnen hebben. Het roept juist aversie op...	Wat resulteert in een lager bereik.

8.2.6. Zwaan kleef aan: een voorbeeld doet volgen

Dit mechanisme zit dicht tegen het mechanisme van de succeservaringen aan, al gaat het hier meer om het aangestoken worden door anderen. Wat we in veel projecten terugzagen is dat als er eenmaal zichtbaar is wat er aan de gang is (als activiteiten beginnen te lopen, als een paar mensen hun gedrag beginnen te veranderen), dat mensen dan het voorbeeld gaan volgen: ouders die doordat hun kinderen gingen sporten zelf ook meer gingen sporten, mensen die geïnspireerd raakten omdat hun *peers* stappen begonnen te maken (een baan gaan zoeken, actief mee gaan doen), mensen die persoonlijke informatie durfden te delen over waarom ze bijvoorbeeld het zo moeilijk vonden om af te vallen, mensen

die het [bijvoorbeeld een beweegles] wel willen proberen omdat anderen het ook deden. Ze zien anderen en dat roept bij hen op dat ze het voorbeeld willen volgen.

Interventie

Ook hier waren het vaak groepsactiviteiten zoals samen sporten of samen bespreken wat er uit bijvoorbeeld een blaastest komt. Ook was er sprake van een soort normaliseren van gewenst gedrag ('het is er gewoon'). Professionals gaven bij deze interventies zelf vaak het goede voorbeeld van gezond gedrag en ze inspireerden de gezinnen en ze brachten en hielden het onderwerp onder de aandacht.

Context

Soms was er al bestaand aanbod of een latente behoefte om iets aan leefstijl te doen.

Opbrengsten

Door het delen van ervaringen over bijvoorbeeld het stoppen met roken of het plezier van samen koken gingen mensen meer interesse tonen voor gezond gedrag (attitude). Ook ervoeren mensen hoe het is om sociaal verbonden te zijn met anderen (netwerk versterkt). Een enkel project spreekt zelfs van een omslagpunt: een paar mensen geven het 'goede' voorbeeld waarbij anderen gaan volgen of als de groep meedoet volgt iedereen.

Een aantal sprekende voorbeelden van CIMO's uit specifieke projecten/situaties die onder deze categorie vallen zijn:

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar tussenpersonen die tot de doelgroep behoren zichtbaar zijn in de wijk...	En waar er ook al tal van professionals al werkzaam zijn...	Zijn andere bewoners uit dezelfde gemeenschap trots op deze tussenpersonen en voelen zich aangetrokken tot de boodschap over gezond en onafhankelijk leven die de tussenpersonen uitstralen...	Wat resulteert in een positieve attitude t.a.v. gezond leven.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar in groepsverband bekeken en besproken wordt of er resultaten zijn behaald...	En waar deelnemers elkaar stimuleren, (leren) kennen en gezamenlijk ervaringen delen...	Stimuleert het succes van anderen (bijv het stoppen met roken) om ook minder te gaan roken...	Wat resulteert in een afname van het roken.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar een gezonde leefstijl element wordt toegevoegd aan een bestaande activiteit en waar kinderen graag aan meedoen...	En de uitvoerenden actief achter het nieuwe aanbod staan...	Gaan kinderen vanzelf meedoen omdat het een vanzelfsprekend onderdeel wordt van een vast aanbod...	Wat resulteert in bewustwording, kennis en een toename van vaardigheden over een gezonde leefstijl.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar professionals zelf enthousiast zijn over activiteiten en zelf het goede voorbeeld geven en & goed communiceren over het project...	En waar eerder gezond eten en bewegen geen rol speelde in deze setting...	Worden gezinnen aangestoken in enthousiasme door professionals. De grote motivatie bij professionals zorgt er voor dat gezinnen het overnemen... (en omgekeerd geldt dit mechanisme ook)	Wat resulteert in een goed bereik en een positieve attitude t.o.v. een gezonde leefstijl.

8.2.7 Aansprekend

Als laatste een mechanisme dat gaat over dat gezinnen ervaren dat uitgangspunten van de projecten of de activiteiten aansluiten bij wat voor hun van waarde is, dat hetgeen wat georganiseerd wordt voor hen betekenisvol is. Een mechanisme dat heel dicht tegen gelijkwaardigheid ervaren aan zit maar dat vooral gaat over dat de interventie past bij de eigen cultuur en tradities. We zagen ook dat gezinnen in verzet komen als het niet aanspreekt – en als het in strijd is met andere principes en als gezinnen het gevoel hebben dat ze niet de kennis en vaardigheden hebben om iets voor elkaar te krijgen.

Interventies

Veel projecten zijn in de loop van de tijd meer gaan afstemmen op hun doelgroep. Dit kon door de interventie inhoudelijk meer aan te passen op de behoeften van de doelgroep, bijvoorbeeld door minder de nadruk te leggen op de gezonde leefstijl en meer op zaken die belangrijker bleken voor de gezinnen. Wat ook motiveerde was als de verwachte veranderingen goed aansloten bij andere kernwaarden dan gezondheid, zoals bijvoorbeeld het beschermen van kinderen tegen roken. Of dat de vorm en begrijpelijkheid van de materialen, de activiteiten en de communicatie beter paste bij de behoeften. Voorbeelden hiervan zijn activiteiten die vooral gezellig zijn en waarbij gezondheid een bijvangst is, het toevoegen van meer illustraties aan de informatiematerialen, het gebruik van appjes sturen bij communicatie, of beschikbaarheid en contact ook buiten kantoor tijden. Het hielp ook als er lage drempels en weinig praktische barrières waren om deel te nemen. Kortom, interventies die goed aansluiten, voorzien in een behoefte en passen bij een eigen cultuur en tradities van de gezinnen. Ofwel: de vorm en de inhoud (waarden) sloten op elkaar aan.

Context

Het bestaande aanbod van gezondheidsinterventies binnen een wijk was voordat de projecten van start gingen vaak gefragmenteerd aanbod dat niet altijd goed aansloot bij wat de leden van de gezinnen belangrijk vonden.

Opbrengsten

Dit mechanisme heeft vooral een belangrijke rol gespeeld bij bereik (en blijven meedoen) en bij een toename van vaardigheden. Bij een enkel project had het ook een effect op gedragsverandering (daling overgewicht of het stoppen met roken).

Een aantal sprekende voorbeelden van CIMO's uit specifieke projecten/situaties die onder deze categorie vallen zijn:

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar gezinsplannen die door professionals samen met de gezinnen worden opgesteld...	En waar een gefragmenteerd aanbod is...	Ervaren gezinnen dat ze hele concrete adviezen krijgen die passen bij hun specifieke situatie (spreekt aan)...	Wat resulteert is een daling van overgewicht.

Interventie	Context	Mechanisme (-)	Outcome
Waar een setting rookvrij wordt gemaakt...	En waar er veel weerstand is (van rokers) over het onderwerp stoppen met roken...	Wil men in het belang van bescherming van kinderen wel meegaan...	Wat resulteert in een positieve attitude ten opzichte van het stoppen met roken.

Interventie	Context	Mechanisme (-)	Outcome
Waar werkgroepen van gezinnen in een achterstandssituatie gevraagd worden zelf ideeën uit te werken...	En waar gezinnen niet eerder van doen hebben gehad met het samenwerken in werkgroepen, het organiseren van activiteiten etc. ...	Geven gezinnen aan dit niet te kunnen en doen er daarom niet aan mee te willen doen...	Wat resulteert in een laag bereik.

8.3 Wat werkt voor professionals in welke omstandigheden?

In dit hoofdstuk gaan we in op de opbrengsten en mechanismen bij professionals. Er wordt beschreven welke reacties van professionals (*mechanismen*) een cruciale rol hebben gespeeld binnen de projecten, welke opbrengsten we voor professionals zijn tegengekomen, en wanneer, op welke manier, in welke situaties deze opbrengsten zich wel of niet voordeden. Op basis van een eerste scan van de data is ervoor gekozen om vijf opbrengsten mee te nemen in de analyses⁴:

- Bewustwording: het beseffen of inzien dat bijvoorbeeld armoede een probleem is
- Kennis: meer weten over wat je bijvoorbeeld kan doen voor gezinnen in een achterstandssituatie, of hoe gezondheidsachterstanden tot stand komen
- Vaardigheden: handelingen waarin iemand (meer) bedreven is, bijvoorbeeld hoe je in gesprek gaat met iemand die in armoede leeft
- Bouwen, kennen en benutten van het eigen netwerk: het vergroten van je professionele netwerk, weten bij wie je moet zijn met een vraag of doorverwijzing
- Attitude: een specifieke attitude (een positieve of negatieve houding) van een professional, bijvoorbeeld ten aanzien van het inzetten voor gezinnen in een achterstandssituatie

Professionals binnen Gezonde Toekomst Dichterbij

De professional – een zorgprofessional, maar eigenlijk alle professionals in domeinen die binnen de projecten betrokken zijn geweest – was bij de opzet van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij niet in beeld als officiële doelgroep. De doelstellingen van het programma zijn gericht op de primaire doelgroep gezinnen in een achterstandssituatie. Uit de geanalyseerde doelstellingen van projecten, en

⁴ Waar projectactiviteiten in een specifieke situatie andere opbrengsten tot gevolg hebben via een van de gevonden mechanismen, dan zijn deze ook meegenomen in de analyse.

hoe daar invulling aan wordt gegeven (zie Hoofdstuk 4), blijkt echter dat in een groot deel van de projecten een belangrijke rol is weggelegd voor de professional. In de praktijk bleek dat de (zorg)professionals in bijna alle projecten, bewust of onbewust, naast de gezinnen ook een doelgroep waren van Gezonde Toekomst Dichterbij. Figuur 8.2 geeft de (gewenste) rollen die voor de professional waren aangewezen binnen de projecten weer.



Figuur 8.2: Rollen van de professional binnen de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij

De professional was binnen de projecten aanwezig in allerlei expertises en rollen. Bij projecten die gaan over een gezonde leefstijl spelen zorgprofessionals vaak een rol. Deze zorgprofessionals vervulden in een substantieel aantal projecten binnen Gezonde Toekomst Dichterbij dan ook een rol; huisartsen, (wijk)verpleegkundigen, praktijkondersteuners, diëtisten, verloskundigen en gynaecologen, consultatiebureauartsen, fysiotherapeuten, verslavingsdeskundigen, etc. Naast deze zorgprofessionals waren er ook veel leefstijlcoaches, sport- en beweegprofessionals, etc. betrokken. Ook het domein welzijn was actief betrokken, zo was er een rol voor welzijnsmedewerkers, jeugdwerkers, opbouwwerkers en gezinscoaches van verschillende (overheids)instanties. In projecten waar kinderen (mede) centraal stonden, werd een beroep gedaan op leraren, schoolleiders en ander onderwijspersoneel, op pedagogisch medewerkers in de kinderopvang en peuterspeelzalen en medewerkers van (jeugd)sportverenigingen en professionals bij maatschappelijke initiatieven voor kinderen en jongeren. Naast deze direct betrokken professionals, speelden gemeenteambtenaren en beleidsmakers in veel projecten een rol. In bijna alle projecten is een evaluatieonderzoek uitgevoerd door (wetenschappelijk) onderzoekers. Ook de rol die deze onderzoekers vervulden, en veranderingen in die rol, kunnen van invloed zijn geweest op het verloop en het succes van de projectactiviteiten. Betrokken (wetenschappelijk) onderzoekers zijn daarom meegenomen in de verdiepende analyse over de rol van de professional.

Dat de professional op zoveel verschillende manieren een rol heeft gekregen binnen de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij geeft aan dat er evenredig veel verwachtingen waren over wat deze professional voor de projecten en de gezinnen kan betekenen. In de meeste gevallen werd er van de professionals een specifieke inspanning gevraagd. De eerdergenoemde opbrengsten verwijzen daar ook al naar; de professional zou zich bewust(er) moeten worden van problematiek, zou moeten leren (kennis opdoen, andere vaardigheden en werkwijzen eigen maken), gaat bezig met het bouwen, versterken en benutten van het eigen professionele netwerk en raakt gemotiveerd om zich op een

gevraagde manier in te zetten voor de doelgroepen. Aanvullend hadden veel projecten verwachtingen van de professional over bereik: van de professional werd verwacht dat hij/zij mee zou werken aan het bereiken van de gezinnen voor projectactiviteiten.

Mechanismen

In dit hoofdstuk gaat het over waarom specifieke projectonderdelen tot een specifieke opbrengst leidden onder professionals. Het vertrekpunt bij de verdiepende analyses voor dit hoofdstuk is steeds de *reactie van de professional* op een aangeboden project (of interventie-onderdeel) in een specifieke situatie geweest. Deze reactie (zoals beschreven in Kader 8.1 in de inleiding van dit hoofdstuk) bestaat vaak uit een opgeroepen emotie of ervaring. Deze reacties geven waardevolle informatie over hoe opbrengsten onder professionals al dan niet tot stand kwamen. Een aantal reacties kwam in meerdere projecten terug. De meest voorkomende reacties of mechanismen voor de professionals zijn:

- **Praktische haalbaarheid ervaren:** de betrokken professional geeft aan dat hij/zij ervaart dat een gevraagde inspanning praktisch haalbaar is, de gevraagde verandering wordt ervaren als toegankelijk en/of realistisch in de context van de betreffende professional.
- **Ruimte ervaren:** betrokken professionals geven aan ruimte te ervaren voor een andere manier van werken, dat wil zeggen anders (volgens een andere werkwijze) dan voorheen, meer samenwerken, ruimte om te leren of om buiten gebaande paden te denken/werken. Professionals ervaren dus heel letterlijk meer ruimte om het anders te doen.
- **Samenhorigheid ervaren:** onder dit mechanismen noemen professionals een ervaring van saamhorigheid, een gevoel dat je als professional in verbinding staat met andere professionals, of ook wel dat je er niet alleen voor staat.
- **Waardering krijgen/ervaren:** hier benoemen betrokken professionals dat zij waardering hebben ervaren; waardering ervaren door bijvoorbeeld het krijgen van complimenten, het terugzien van gedane investeringen, gezien voelen door collega's of leidinggevendenden, waardering in tijd, geld, en accreditatie 'ontvangen', succes ervaren, ervaren dat samenwerken of anders werken daadwerkelijk zin heeft, en tenslotte iets overwinnen.
- **Geïnspireerd voelen:** als laatste een mechanisme waarbij betrokken professionals benoemen dat zij een (nieuwe) energie voelen die als inspiratie of motivatie wordt benoemd.

In de hierop volgende paragrafen worden de bevindingen op deze mechanismen verder toegelicht. We beschrijven daarbij steeds eerst het mechanisme, en dan relevante interventies, situaties en gevonden opbrengsten. De voorbeelden uit de projecten maken daarbij inzichtelijk dat de gevonden mechanismen en opbrengsten steeds zeer situatie (context) en interventie-afhankelijk zijn. Oftewel: een gevonden opbrengst doet zich enkel voor wanneer een specifieke interventie in een specifieke situatie een specifieke reactie van de professional oproept. Omwille van de leesbaarheid worden gevonden mechanismen, interventies, contexten en situaties toch eerst los van elkaar besproken. De voorbeelden zijn wel specifiek maar (in principe) niet herleidbaar naar individuele projecten.

8.3.1 Haalbaarheid

In een substantieel deel van de projecten noemden professionals het gevoel dat aan hen iets werd gevraagd dat praktisch haalbaar is. Een gevraagde inspanning werd ervaren als toegankelijk, als realistisch in te zetten in de praktijk en/of passend bij die dagelijkse praktijk. De professional gaf aan dat het gaat om concrete en goed toepasbare veranderingen en laagdrempelige acties.

Interventie

De inspanning die gevraagd werd varieert van het opdoen van nieuwe kennis over armoede of het werken met gezinnen in een achterstandssituatie tot het toepassen van een specifieke werkwijze of tool

in de dagelijkse praktijk. Concreet ging het hierbij om een (kleine) verandering in werkwijze, maar ook om een door het project aangeboden handleiding, tool of manier van werken die als praktisch haalbaar werd ervaren, zoals bijvoorbeeld een verandering van het aanbieden van suikerhoudende dranken aan kinderen naar water.

Context

Het gevoel bij professionals dat iets praktisch haalbaar was deed zich binnen de projecten voor in een context waarin de professional in zijn/haar dagelijks werk al regelmatig of direct contact had met gezinnen in een achterstandssituatie, of waarin de organisatie waarbij de professional werkzaam was beleid had op bewegen of gezond eten of wanneer de gevraagde inspanning gebaseerd was op een verandering die elders al met succes was doorgevoerd.

Opbrengsten

Een gevoel van praktische haalbaarheid leidde bij bovengenoemde situaties en interventies tot meer kennis en vaardigheden onder professionals, maar ook tot een andere houding van de professional ten opzichte van gezinnen in een achterstandssituatie of het eigen werk. Ook leidde het tot bewustwording over hoe veranderingen in de dagelijkse werkzaamheden kunnen worden doorgevoerd.

In de voorbeelden hieronder is een aantal situaties, projectonderdelen, reacties en opbrengsten uitgewerkt.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar aan de professional (leraar) flexibele, direct toepasbare <i>suggesties</i> worden aangereikt om bewegen meer onderdeel te maken van de dagelijkse (les)praktijk...	En waar de professionals in dienst is bij een organisatie die bewegen/gezondheid in het beleid heeft opgenomen, waar de professional relatief zelfstandig handelt in de dagelijkse praktijk...	Ervaart de professional het als een laagdrempelige, makkelijke verandering om de suggesties toe te passen in de praktijk...	Wat resulteert in een toename van kennis onder de professionals (leraren) over het uitvoeren van een beweeginterventie binnen de les (meer weten over soorten les).

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar aan de professional een verandering van werkwijze op basis van een bestaand, landelijk initiatief wordt gevraagd, waar de gevraagde verandering een duidelijk doel heeft (behalen vignet), waar het initiatief veel concrete suggesties en aanwijzingen biedt om verandering door te voeren in de praktijk, en waar de professional de keuze krijgt een accent te leggen op die verandering die het beste bij de huidige praktijk past...	En waar professionals weinig tijd, geld en ruimte ervaren om (grote) wijzigingen in de praktijk door te voeren, waar professionals 'vast zitten aan' protocollen, roosters en (onderwijs)doelen, waar marketing op een specifiek thema (bijv. gezondheid) de schoolorganisatie van de professional iets oplevert...	Ervaren professionals de gevraagde verandering of inspanning als goed te realiseren...	Wat resulteert in meer kennis en vaardigheden onder professionals over het opnemen van gezondheid in beleid en praktijk van de eigen organisatie.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar aan de professional wordt gevraagd een relatief kleine verandering op een zo aantrekkelijk mogelijke manier door te voeren in het contact met gezinnen in een achterstandssituatie, waarbij suggesties en materiaal worden geleverd om het 'leuk te maken', en waarbij succesvolle verandering op andere locaties als voorbeeld wordt gegeven...	En waar in de praktijk voor professionals een standaard werkwijze/dagindeling bestaat, waar de doelgroep ontvankelijk is voor iets 'leuks' en 'zelf doen/leren', waar de doelgroep het voorbeeld van de professional volgt, en de thuissituatie (even) minder bepalend is, waar de professional opziet tegen een (kleine) verandering van het dagelijks werk...	Ervaren professionals dat het makkelijker en haalbaarder is dan gedacht om een kleine wijziging tot gezond gedrag (bijv. water drinken) door te voeren...	Wat resulteert in een andere attitude t.o.v. het voor elkaar krijgen van verandering in de eigen werkwijze én bij de doelgroep.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar aan professionals een boekje is gegeven, gecombineerd met een intensieve off- en on-the-job training, over motiverende gespreksvoering, met daarin concreet toepasbare voorbeelden en gesprekken...	En waar in de relatie tussen professional en gezin in een achterstandssituatie de verantwoordelijkheid voor (gezond) gedrag niet eenduidig bij de gezinnen ligt (cliënten lvb), waar de professional het moeilijk vindt om met gezinnen in een achterstandssituatie te spreken over ongezond gedrag en gedragsverandering, waar dit ongemak zich kan uiten in een belerende houding, waar de betreffende gezinnen in een achterstandssituatie daarmee niet gemotiveerd worden tot verandering...	Ervaren professionals dat het makkelijker is om de gevraagde en geleerde werkwijze in de eigen praktijk te blijven doorvoeren...	Wat resulteert in toegenomen vaardigheden onder professionals om het gesprek aan te gaan met gezinnen in een achterstandssituatie over (on)gezond gedrag.

8.3.2 Ruimte om het anders te doen

In dit mechanisme staat centraal dat de professional, anders dan voorheen, ervaart dat er vanwege projectactiviteiten ruimte is om anders te werken, om meer samen te werken, om te leren, of om buiten gebaande paden te denken/werken. Professionals ervaren dus door het project heel letterlijk meer ruimte om het anders te doen.

Interventie

Deze ruimte werd binnen de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij ervaren als er meer uren/tijd of een vergoeding of accreditering werden geboden, maar ook een leidinggevende of collega ruimte maakte/gaf voor verandering, of als de professional op een andere manier gefaciliteerd werd op een andere manier te werken.

Context

De situaties waarin binnen de projecten deze ervaring van ruimte genoemd werd, zijn bijvoorbeeld wanneer de professional in de huidige praktijk juist vastzat aan specifieke regels en protocollen, wanneer de professional een vrij smalle functieomschrijving had, wanneer er door betreffende

professional hoge werkdruk werd ervaren, en wanneer er al wel kennis bestond onder professionals over gezondheid/gezond gedrag maar specifiek tijd als een bottleneck werd gezien in het werken met gezinnen in een achterstandssituatie aan gezond gedrag.

Opbrengsten

De opbrengsten van het ervaren van meer ruimte om anders te werken zitten voor de professionals vooral op kennis en vaardigheden. In dit geval gaat het om het in de praktijk kunnen brengen van bestaande kennis en vaardigheden, op een vergroot en/of versterkt netwerk wanneer meer ruimte is gegeven aan samenwerken, en daarnaast op een andere houding ten opzichte van het eigen werk of gezond gedrag en bewustwording over de problematiek bij gezinnen in een achterstandssituatie.

In de drie voorbeelden hieronder is een aantal situaties, projectonderdelen, reacties en opbrengsten uitgewerkt uit de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar de rol van leefstijlcoach voor gezinnen in een achterstandssituatie wordt ingevuld door diëtisten, die kunnen doorverwijzen naar andere hulpverleners op niet-leefstijl thema's en daardoor meer tijd overhouden voor leefstijladvies...	En waar de professional (diëtist) al kennis heeft over gezonde leefstijl, maar geen tijd ervaart in de dagelijkse praktijk om daar met gezinnen in een achterstandssituatie mee aan de slag te gaan, waar andere professionals juist beperkt kennis hebben over gezonde leefstijl...	Ervaart de professional (diëtist) de ruimte om de gezinnen in een achterstandssituatie te begeleiden op leefstijl en door te verwijzen naar andere hulpverleners naar eventueel andere problematiek...	Wat resulteert in het beter benutten van het netwerk door de mogelijkheid door te verwijzen en in het in de praktijk brengen van aanwezige kennis en vaardigheden over leefstijl bij gezinnen in een achterstandssituatie.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar aan de professional een geaccrediteerde scholing wordt aangeboden om een ontwikkeld protocol in de praktijk toe te kunnen passen...	En waar de professional een drukke werkweek/agenda heeft, en zodoende weinig tijd om aanvullende scholing te volgen, waar de betreffende professional regelmatig en direct contact heeft met de doelgroep, waar aan de professional regelmatig extra scholing op allerlei onderwerpen wordt aangeboden...	Ervaart de professional de ruimte om deel te nemen aan de training...	Wat resulteert in meer kennis en vaardigheden over het bespreken van (on)gezond gedrag door professionals met gezinnen in een achterstandssituatie.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar het projectteam inzet op ondersteuning van de professional bij de dagelijkse werkzaamheden...	En waar binnen de organisatie van de professional al veel aandacht is voor gezond gedrag (sport/bewegen), waar de professionals een hoge werkdruk ervaren...	Ervaren de professionals veel ondersteuning vanuit het projectteam, 'dat neemt veel werk uit handen', maakt ruimte...	Wat resulteert in het in de praktijk kunnen brengen van kennis en vaardigheden.

8.3.3 Saamhorigheid

Het mechanismen onder de noemer 'saamhorigheid' gaat over een gevoel van saamhorigheid onder professionals, een gevoel dat je als professional in verbinding staat met andere professionals, of ook

dat je er niet alleen voor staat. Vaak geldt dit voor een specifiek onderwerp of een specifieke aanpak/werkwijze, of in meer algemene zin affiniteit met of betrokkenheid bij de doelgroep. In één van de projecten hebben we ook het 'omgekeerde' mechanisme gezien, waarin onder professionals juist een gevoel van afstand tot elkaar/het project werd opgeroepen. Daarnaast zijn er een aantal projecten waarin het mechanisme wel te verwachten was, maar dit niet uit de data naar voren is gekomen. Mogelijk ligt dit aan het ontbreken van de 'juiste' context. Wanneer er wel of juist geen saamhorigheid was leek het belang van een specifieke context te onderschrijven (bijvoorbeeld het ontbreekt aan de aanwezigheid van verschillende partijen die zich al met een thema bezighouden). Wellicht is het aan de hand van de data ook niet helemaal duidelijk geworden welke reactie er onder professionals werd opgeroepen met de interventies.

Interventie

Interventies of interventie-onderdelen die deze reactie bij professionals in specifieke omstandigheden konden veroorzaken zijn vooral *verbindende interventies*. Dit kan 'm zitten in het werken vanuit een centrale gedachte of theorie, maar ook in het hebben van een centrale verbinder tussen professionals. Daarnaast zijn ook interventies ingezet om de samenwerking te stimuleren en goede relaties op te bouwen. Er is ook ingezet op het langdurig aanwezig en zichtbaar zijn en op het organiseren van concrete ondersteuning op een thema. Het is echter niet zo dat deze interventies altijd een gevoel van saamhorigheid opriepen onder professionals. Zo kan het hebben/inzetten van een centraal thema (gezonde voeding) juist ook voor veel weerstand onder professionals zorgen, bijvoorbeeld wanneer de professional zich persoonlijk aangevallen voelde bij het thema gezonde leefstijl. Dat context hier een grote rol speelt wordt daarmee duidelijk.

Context

De situaties waarin zo'n verbindende interventie ook daadwerkelijk een gevoel van saamhorigheid op wist te roepen onder professionals zijn, onder andere, een context waarin al verschillende organisaties/professionals werkten aan dezelfde problematiek, maar nog niet met elkaar; er wantrouwen bestond tussen professionals die werkten op hetzelfde thema; projectleden/medewerkers een geschiedenis van samenwerken hadden waardoor zij elkaar (professioneel) goed kenden; in het beleid van een organisatie aandacht was voor het thema waaraan gewerkt wordt, al dan niet vanuit een landelijke aandacht voor het onderwerp, en de specifieke methodiek of werkwijze elders al volledig was beproefd en uitgewerkt.

Opbrengsten

Waartoe leidt het gevoel er niet alleen voor te staan onder professionals? Zowel een veranderende attitude onder professionals ten opzichte van werk en samenwerking, als een versterkt netwerk worden vaak (respectievelijk 5 en 6 keer) als concrete opbrengsten bij dit mechanisme genoemd, maar ook een enkele keer het verkrijgen van meer vaardigheden.

In de twee voorbeelden hieronder zijn situaties, projectonderdelen, reacties en opbrengsten uitgewerkt uit de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar de interventies voor gezinnen in een achterstandssituatie steeds samen met alle betrokken partijen in de projectgroep worden vormgegeven, waar de projectgroep bestaat uit professionals die zich bewust zijn van de urgentie van de armoede- en gezondheidsproblematiek...	En waar een lange geschiedenis van samenwerken op gemeentelijk niveau bestaat, en ook tussen de leden van de projectgroep vanuit gemeente, onderzoek en welzijnsorganisaties, waar in de regio wel aandacht is voor armoede en gezondheidsachterstanden maar het er onder beleidsmakers toch ook een taboe op deze onderwerpen lijkt te bestaan...	Ervaren de betrokken professionals een gevoel van saamhorigheid, omdat 'iedereen hetzelfde doel nastreeft'...	Wat resulteert in het beter kennen en benutten van het eigen netwerk van professionals, en een andere attitude (extra gemotiveerd zijn) ten opzichte van het werk voor de gezinnen in een achterstandssituatie.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar de interventie bestaat uit een trainingstraject voor professionals in groepen, waar intervisie een verplicht en intensief onderdeel van de training was, welke alleen begeleid mag worden door iemand gecertificeerd voor deze methode...	En waar de professionals direct contact hebben met de gezinnen in een achterstandssituatie, en het werkveld voor de professional ook andere domeinen (opvoeding, huisvesting) dan gezondheid beslaat, waar de toepassing van de methodiek door professionals in verschillende landen bewezen effectief is geweest, en welke niet eerder in Nederland is toegepast...	Ervaren de professionals een gevoel van saamhorigheid binnen de trainingsgroepen...	Wat resulteert in de ontwikkeling van vaardigheden op het gebied van brede gezinsondersteuning ondersteuning bij professionals voor gezinnen in een achterstandssituatie.

8.3.4 Waardering

Binnen dit mechanisme staat het ervaren van waardering centraal. Daaronder valt alles wat op een zelfde soort reactie bij de professional lijkt te wijzen; waardering ervaren in de brede zin, bijvoorbeeld door het krijgen van complimenten, het terugzien van gedane investeringen, gezien gevoeld worden door collega's of leidinggevenden, waardering in tijd, geld en accreditatie 'ontvangen'. Maar ook succes ervaren, bijvoorbeeld door verandering te zien bij gezinnen in een achterstandssituatie waarmee de professional contact heeft, een gezamenlijk succes als team ervaren, een succes te ervaren in samenwerken met andere professionals, of ervaren dat samenwerken of anders werken daadwerkelijk zin heeft, en tenslotte iets overwinnen.

Interventie

Binnen de projecten in Gezonde Toekomst Dichterbij werd deze waardering door professionals gevoeld wanneer er ruimte was om te leren, ruimte voor flexibiliteit (zodat geen 'goed of fout idee' ontstaat, maar leren centraal staat), binnen interventies waar specifiek motivatie en waardering concreet onderdeel van zijn geweest, zoals een beloning, vergoeding of motivatietraining. Verder ook interventies met heel concrete activiteiten voor de doelgroep (bijvoorbeeld voor schoolkinderen) en interventies waarbij het terugkoppelen van (onderzoeks)resultaten onderdeel was van de interventie.

Context

Afhankelijk van interventie ontstond een positieve reactie bij professionals in een situatie waarin professionals regelmatig en dichtbij de doelgroep werkten, bijvoorbeeld leraren en (wijk)verpleegkundigen, maar ook in een situatie waarin de professional eerder negatieve ervaringen had met verandering bij gezinnen in een achterstandssituatie.

Opbrengsten

De opbrengsten zitten hier vooral op het gebied van kennis en vaardigheden van professionals (11). Daarnaast ook in een attitudeverandering onder professionals (6), en een enkele configuratie (2) heeft als opbrengst een beter (benut) netwerk.

In de drie voorbeelden hieronder is een aantal situaties, projectonderdelen, reacties en opbrengsten uitgewerkt uit de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar binnen het project aan professionals ruimte wordt geboden om te leren (met vallen en opstaan), waar de projectleider steeds weer terugkomt/betrokken blijft bij de professional, de professional complimenten geeft voor de betrokkenheid, waar professionals worden betrokken in meerdere (bewoners) initiatieven...	En waar allerlei stichtingen, organisaties en individuen zich al met dezelfde armoede- en gezondheidsproblematiek bezighouden...	Daar putten professionals energie uit de complimenten om door te gaan met de inzet...	Wat resulteert in een positievere houding onder professionals over samenwerking en het tot stand komen van samenwerking en overleg tussen gemeente en project.

nterventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar het project werkt volgens een duidelijke (theoretische) benadering die bekend is gemaakt aan alle betrokken professionals, waar blijvend wordt geïnvesteerd in samenwerking tussen teams van professionals door het project ...	En waar gemeentelijk beleid gericht is op het verbeteren van de samenwerking tussen professionals binnen de wijk ...	Daar ervaren professionals dat samenwerking zin heeft en gaan zij hun blik verbreden ...	Wat resulteert in meer kennis onder professionals over een gezamenlijke aanpak van gezondheids-achterstanden.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar aan kinderen wordt gevraagd mee te denken en actief te participeren in de interventie ...	En waar school en andere netwerkpartners het belangrijk vinden dat hier ruimte voor is...	Zien professionals (leraren) het belang van het centraal stellen van kinderen en hun zelf beslissingen laten nemen en de energie die daarmee naar boven komt ...	Wat resulteert in een veranderde houding bij leraren over actieve betrokkenheid van de doelgroep.

8.3.5 Inspiratie

Het vijfde mechanisme dat veel terugkwam binnen de projecten, en wat we voor de professionals beschrijven, is aan de ene kant een heel specifiek mechanisme: een soort (nieuwe) energie voelen die als inspiratie of motivatie wordt benoemd. Aan de andere kant kan het ook heel generiek worden

opgevat: het ligt heel dicht tegen een opbrengst aan (attitudeverandering) en met een iets bredere blik zou bijvoorbeeld ook 'betrokkenheid' van professionals hieronder kunnen vallen.

Interventie

In projecten waarin we dit mechanisme zijn tegengekomen werden interventies ingezet zoals een verbinder, projectleider of coördinator die als spil fungeerde tussen professionals, werd samenwerken en actief netwerken bewust gefaciliteerd, werd persoonlijk contact met andere professionals of juist met gezinnen in een achterstandssituatie mogelijk gemaakt. Ook zagen we dat projecten aan professionals specifiek die ondersteuning gaven waar behoefte aan was (op maat) en dat nieuwe kennis of perspectieven werden aangeboden. Deze ondersteuning kon ook de vorm aannemen van een cursus, het eigen maken van een nieuwe methode en/of toegang krijgen tot methodieken.

Context

Binnen de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij hebben professionals aangegeven dat zij zich geïnspireerd voelden door bovenstaande interventies in een context waarin zij 'normaal' gebonden zijn aan regels en protocollen, waarin door veel verschillende professionals wordt gewerkt op hetzelfde thema, waarin binnen een wijk of gebied al veel verschillende, losse, initiatieven bestaan op het gebied van gezondheid voor gezinnen in een achterstandssituatie of waar andere professionals al (bewezen) succesvol voorgingen in het doorvoeren van een verandering.

Opbrengsten

De belangrijkste opbrengsten van het geïnspireerd voelen zitten op het gebied van meer kennis en vaardigheden bij professionals (7), een attitudeverandering (7) en een versterkt netwerk (6). Drie keer resulteerde inspiratie bij professionals in meer bewustwording.

In de twee voorbeelden hieronder is een aantal situaties, projectonderdelen, reacties en opbrengsten uitgewerkt uit de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar de projectleider richting betrokken 'onafhankelijke' professionals (coaches) een 'vrije denkwijze' heeft, waar de professional veel vrijheid krijgt om te handelen naar eigen (professionele) inzicht, waar regels, protocollen en vastgelegde methoden niet op de voorgrond staan, waar de projectleider vertrouwen uitstraalt naar de professionals...	En waar professionals binnen instanties vaak zijn gebonden aan regels, protocollen, vastgelegde werkwijzen en doelen...	Daar voelt de professional geïnspireerd om buiten bestaande paden te denken en doen...	Wat resulteert in andere kennis en vaardigheden van de professional in het werken met gezinnen in een achterstandssituatie.

Interventie	Context	Mechanisme (+)	Outcome
Waar vanuit het project 1 aanjager/verbinder wordt aangesteld die de professionals benaderd en met hen allen regelmatig contact onderhoudt...	En waar veel verschillende professionals (hulpverleners, wijkcoaches, overheidsinstanties) binnen de wijk en met kwetsbare groepen werken...	Daar voelen professionals zich geïnspireerd door de aangestelde verbinder...	Wat resulteert in een versterkt netwerk van en voor professionals.

8.4 Overkoepelende resultaten

Wat zijn nu de voornaamste inzichten die we uit de realistische analyse op het niveau van gezinnen en van professionals kunnen halen? Zoals gezegd in de inleiding stond in de analyse de reactie van gezinnen en professionals, op wat hen door projecten werd aangeboden, centraal. De belangrijkste reacties (of mechanismen) bespreken we eerst.

Reacties op wat projecten aanbieden

De meest voorkomende reacties die leidden tot een positieve opbrengst voor de gezinnen waren dat gezinnen of gezinsleden ervoeren dat zij niet de enigen zijn met een bepaalde problematiek of situatie, dat gezinnen ervoeren dat ze serieus worden genomen, dat er van hen geen tegenprestaties werden verwacht en dat deelname aan projectactiviteiten dus onvoorwaardelijk is, dat zij iets wezenlijks konden bijdragen, dat zij zelf ervoeren wat gezonder leven met hen doet, dat gezinnen een voorbeeld van anderen konden volgen en dat mensen ervoeren dat de aangeboden projectactiviteit bij hen paste.

Verder zagen we dat er positieve opbrengsten onder professionals waren als zij ervoeren dat een gevraagde inspanning realistisch en praktisch haalbaar is, als er ruimte werd ervaren voor een andere manier van werken, als professionals ervoeren dat ze in verbinding staan met andere professionals en als zij waardering ervoeren en zich geïnspireerd voelden.

Deze uitgebreide opsomming van reacties toont direct de toegevoegde waarde van de realistische analyse. Juist de reacties van gezinnen en professionals zijn doorslaggevend voor de opbrengsten van een projectactiviteit. Door deze reacties of mechanismen centraal te stellen bij het (samen) ontwerpen en uitvoeren van gezondheidsprojecten kunnen interventies voor specifieke doelgroepen en in specifieke situaties succesvoller zijn. Door inzicht in deze mechanismen wordt daarnaast duidelijk waarom in specifieke situaties en projecten, een opbrengst wel of niet optreedt. Dit laat het belang zien van context, een project roept bijvoorbeeld bijna nooit een precies gelijke reactie op in verschillende buurten, bij verschillende gezinnen, met hun eigen voorgeschiedenis, cultuur en eventuele problematiek. Projecten waarin verantwoordelijkheid bij de gezinnen wordt gelegd, zorgt er bij gezinnen die daar ruimte voor hebben voor dat zij zich serieus genomen voelen, wat leidt tot enthousiaste deelname aan het project en een verbeterde ervaren gezondheid. Echter, wanneer gezinnen de gevraagde verantwoordelijkheid ervaren als druk, omdat zij in een situatie zitten waarin weinig ruimte is, zal dit leiden tot een tegengestelde reactie, en trekt het gezin of gezinslid zich terug.

Middels de realistische analyse werd ook duidelijk dat de verschillende mechanismen met elkaar kunnen samenhangen. Voor gezinnen zagen we dat waar iemand eerst mee wil doen aan een project omdat hij/zij ervaart dat er niet te veel verwachtingen zijn (onvoorwaardelijk), dit er later voor kan zorgen dat diezelfde persoon zich meer durft in te zetten voor het project/de eigen gezondheid omdat hij/zij succeservaringen heeft beleefd. Het één kan en zal zonder het ander niet gebeuren. Op diezelfde manier zit er ook samenhang in de mechanismen voor professionals. Waar professionals ruimte ervoeren om 'het anders te doen', kunnen zij daarna ook de (soms kleine) successen ervaren die bij deze andere manier van werken horen, bijvoorbeeld door veranderingen te zien bij de gezinnen waar zij mee werkten. Ook in de mechanismen voor professionals en gezinnen zit soms overlap. Waar professionals zich geïnspireerd voelden om een voorbeeldrol te vervullen, ervoeren de gezinnen dat ze dit voorbeeld wilden volgen en graag mee wilden gaan doen. Waar gezinnen zich serieus genomen voelden, hebben professionals de ervaring dat ze echt iets kunnen bijdragen aan de situatie van de gezinnen.

Specifiek voor *gezinnen* viel bij de analyse van mechanismen daarnaast nog het volgende op:

- Voor gezinnen kan de eerste reactie of kennismaking die de aanpak of een projectactiviteit oproept (het mechanisme) sterk bepalend zijn. Een negatieve reactie betekent dan vaak ook:

niet mee willen doen. Daarom zijn juist de mechanismen die bij kunnen dragen aan voldoende bereik zo belangrijk.

- In het eerste bereik (ik ga wel/niet meedoen) heeft voor de gezinnen in de projecten van Gezonde Toekomst Dichterbij een gevoel van herkenning en je begrepen voelen teweeggebracht, een gevoel van gelijkwaardigheid, serieus genomen worden en het gevoel onvoorwaardelijk welkom te zijn, zonder dat er (veel) verwachtingen zijn om gezonder te moeten gaan leven/gedragen een belangrijke rol gespeeld.
- In het duurzaam bereik (blijven komen) hebben diezelfde ervaringen bij de gezinnen een rol gespeeld, maar vaak opgeroepen door een ander kenmerk van het project, of in een andere context. Hier horen ervaren leren en activiteiten in groepsverband bij.
- De mechanismen bij gezinnen liggen dicht tegen elkaar aan, soms is er duidelijk overlap. Waar houdt gelijkwaardigheid op en begin je je begrepen te voelen omdat je onder gelijkgestemden bent? Wanneer ervaar je dat je goed bent zoals je bent en wanneer gaat dit verder in het gevoel dat je zelf iets kan betekenen voor anderen? In de analyse is geprobeerd dicht bij de uitspraken van de geïnterviewden te blijven. Juist door de mechanismen niet los te zien van de context en interventie die deze specifieke reactie heeft opgeroepen kan de reactie goed geïnterpreteerd worden.

Bij de analyse van mechanismen voor *professionals* viel daarnaast het volgende op:

- Dat we veel mechanismen onder professionals hebben kunnen afleiden uit de data, lijkt te zeggen dat (ook) op de werkvloer de meer persoonlijke ervaringen van de professional bepalend kunnen zijn voor de ontwikkelingen of het succes van een verandering en project.
- Twee mechanismen die we onder professionals vonden zijn vrij 'concreet' en werk-gerelateerd: ervaren dat iets haalbaar is en ruimte ervaren om het anders te doen. Deze mechanismen laten zien dat het belangrijk is om op professioneel gebied de concrete voorwaarden voor verandering – tijd, vergoedingen, institutionele steun - goed in orde te hebben.
- De overige reacties zijn juist veel meer persoonlijk en 'mensgericht': saamhorigheid ervaren, waardering ervaren en geïnspireerd zijn. Dat we deze (zo veel) terugzien laat zien dat juist ook op de werkvloer aandacht voor 'de mens achter de professional' ontzettend belangrijk is.

Positieve opbrengsten

Als opbrengsten van de projectonderdelen en -activiteiten zijn naast de leefstijlindicatoren (roken, alcoholgebruik, overgewicht) en ervaren gezondheid ook aanvullende opbrengsten bij gezinnen en professionals meegenomen in de analyse (zie Figuur 8.1). Wat zijn belangrijke bevindingen hierbij?

Specifiek voor de gezinnen zien we dat de opbrengsten veelal zitten op het gebied van (duurzaam) bereik, ervaren gezondheid en attitude. Bereik kan worden gezien als randvoorwaarde voor het uitvoeren van de veel projectactiviteiten voor gezinnen. Het is daarom ook opgenomen in Figuur 8.1 als aanvullende opbrengst. Veel minder aantoonbare opbrengsten vonden we op het gebied van gedrag (roken, alcohol, overgewicht) en op verbeterde kennis en vaardigheden onder gezinnen.

Voor professionals zien we alle gedefinieerde opbrengsten wel terug. Wat opvalt is dat de opbrengsten veel sterker verschillen per mechanisme. Het ene projectonderdeel en reactie onder professionals leidt duidelijk tot meer kennis/vaardigheden (bijv. haalbaarheid en ruimte ervaren), waar een ander mechanisme (saamhorigheid) juist vaker opbrengsten laat zien op het gebied van houding en een versterkt professioneel netwerk.

8.5 Conclusie/duiding

Het is gebleken dat de realistische evaluatie een goed hulpmiddel is om in kaart te brengen wat wel en niet werkt binnen een interventie, maar ook waarom en in welke omstandigheden? Het centraal zetten

van het mechanisme van gezondheidsactiviteiten tijdens het ontwerp en de uitvoering ervan, kan het bereik van en de interventie succesvoller maken voor specifieke doelgroepen in specifieke situaties. Dit analyse model houdt namelijk rekening met het complexe samenspel van de gezondheidsactiviteit in een specifieke omgeving en de reactie van de (intermediaire) doelgroep hierop.

De meest voorkomende reacties/mechanismen voor gezinnen zijn: gelijkgestemden, gelijkwaardigheid, onvoorwaardelijk, er toe doen, succeservaringen, voorbeeld doet volgen en aansprekend. De meest voorkomende mechanismen die bij de professionals leiden tot een positieve opbrengst: praktische haalbaarheid ervaren, samenhangigheid ervaren, waardering krijgen en deze ervaren en geïnspireerd voelen.

Interessant is dat sommige mechanismen met elkaar samenhangen binnen de doelgroep (gezinnen of professionals) maar ook tussen de doelgroepen, in dit geval gezinnen en professionals. Het kan interessant zijn om naar de samenhang van verschillende mechanismen te kijken binnen gezondheidsactiviteiten van de doelgroepen wat mogelijk kan bijdragen aan het succes van de interventie.

9. Borging

- De diverse manieren waarop projecten vorm hebben gegeven aan borging zijn in te delen in zeven categorieën. De meest gebruikte categorieën zijn ‘Kennisopbouw en verspreiding’, ‘Eigenaarschap bevorderen’ en ‘Voortzetting van de financiering’.
- De geïdentificeerde bevorderende factoren voor borging zijn o.a. aanwezig zijn en persoonlijk contact met betrokkenen, enthousiasme bij organisaties en professionals, en het hebben van een lange adem en doorzettingsvermogen.
- Geïdentificeerde beperkende factoren zijn o.a. bezuinigingen bij organisaties, in- en externe personeelsswisselingen, en veel hokjes en gescheiden portefeuilles bij gemeenten.

Gedurende de projectperiode hebben alle projecten gewerkt aan de borging van de opgedane kennis en/of projectactiviteiten. Deze activiteiten hangen deels samen met de voorwaarde voor financiering van FNO dat in de projectplannen aandacht was voor borging. Bijvoorbeeld door initiatieven van projecten op te laten gaan in het reguliere werk van bestaande organisaties en/of door structurele aandacht te houden voor het onderwerp verminderen van gezondheidsachterstanden van gezinnen in een achterstandssituatie.

Voor deze eindrapportage is op basis van de afsluitende interviews met projectleiders en eindrapportages van projectleiders geanalyseerd wat borging voor de projecten betekent en hoe zij daar vorm aan hebben gegeven. De meeste projecten hebben vanaf de start rekening gehouden met het voortzetten van de interventie na afloop van de financieringsperiode. Dit kwam met name tot uiting in de samenstelling van het projectteam, de opzet van de activiteiten en de communicatie. 44 van de 46 projecten hebben minstens één vorm van borging gerealiseerd. De acties die zijn ondernomen voor succesvolle borging zijn zeer divers. Alles bijeengenomen zijn daarin wel zeven gemeenschappelijke categorieën te onderscheiden: 1) Eigenaarschap bevorderen, 2) Voortzetting van de financiering, 3) Structurele aandacht, 4) Borging van de samenwerking tussen de partijen na afloop van het project, 5) Kennisopbouw en -verspreiding, 6) De aanpak verbreden naar andere gebieden of nieuwe groepen 7) Duurzame gedragsverandering bij de doelgroep.

In het vervolg van dit hoofdstuk lichten we de zeven vormen van borging toe. In Tabel 9.1 is voor beide programmalijnen te zien hoeveel projecten hebben ingezet op iedere vorm van borging. Alleen opvallende verschillen tussen programmalijn 1 en programmalijn 2 zijn benoemd.

Tabel 9.1: Borgingscategorieën. De aantallen in dit schema reflecteren succesvolle borgingsactiviteiten benoemd door de projectleider. Projecten kunnen meerdere typen borging tegelijkertijd toepassen.

	Programmalijn 1 19 projecten	Programmalijn 2 27 projecten	Totaal 46 projecten
1. Kennisopbouw en verspreiding			31 (67%)
a. Ontwikkelen van materialen	8 (42%)	15 (56%)	23 (50%)
b. Kennis professionals over aanpak gezondheidsachterstanden	7 (37%)	10 (37%)	17 (37%)
c. Kennis delen d.m.v. publicaties en promotietrajecten	1 (5%)	3 (11%)	4 (9%)
d. Vervolgonderzoek	1 (5%)	3 (11%)	4 (9%)
2. Eigenaarschap bevorderen			28 (61%)
a. Initiatieven gaan op in bestaande organisaties	13 (68%)	12 (44%)	25 (54%)
b. Initiatieven worden voortgezet door vrijwilligers en deelnemers	9 (47%)	4 (15%)	13 (28%)
3. Voortzetting van de financiering			21 (46%)
a. Langdurige financiering	7 (37%)	7 (26%)	14 (30%)
b. Eenmalige of tijdelijke fondsen	4 (21%)	5 (19%)	9 (20%)
4. De aanpak verbreden	4 (21%)	13 (48%)	17 (37%)
5. Structurele aandacht voor het onderwerp			15 (33%)
a. Bewustwording onder beleidsmakers	5 (26%)	3 (11%)	8 (17%)
b. Bewustwording bij (partner)organisaties	2 (11%)	5 (19%)	7 (15%)
6. Borging van de samenwerking	5 (26%)	3 (11%)	8 (17%)
7. Duurzame gedragsverandering bij gezinnen	4 (21%)	4 (15%)	8 (17%)

9.1 Kennisopbouw en verspreiding

Veel projecten hebben een deel van het project geborgd in de vorm van kennisopbouw en verspreiding van deze kennis, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van materialen (23), de kennis bij professionals over hoe gezondheidsachterstanden te verminderen (17), publicaties en promotietrajecten (4) en vervolgonderzoek (4). In totaal hebben 31 projecten (een deel van) hun interventie op deze manier geborgd.

Ontwikkelen van materialen

Betrokkenen van 23 projecten gaven aan dat zij borgen door een deel van hun project of de resultaten van hun project vast te leggen in een procedure, protocol of instrument (in programmalijn 2 bij 56% van de projecten ten opzichte van 42% van de projecten in programmalijn 1). Met behulp van deze materialen kunnen anderen makkelijk met de activiteiten aan de slag of deze werkwijze implementeren. Ook werd aangegeven dat protocollen kunnen worden gebruikt voor de ontwikkeling van initiatieven voor andere doelgroepen. De projecten verspreiden de ontwikkelde materialen via een diversiteit aan platformen waaronder intern in de organisatie, extern via websites voor professionals of bijvoorbeeld via Loket Gezond Leven. Meer dan de helft (56%) van projecten uit programmalijn 2 valt in deze categorie.

'De werkwijze is ontwikkeld en door brede verspreiding bij gemeenten en sociaal werk organisaties zal deze geborgd worden. Er zijn overdraagbare tools beschikbaar voor belangstellenden uit het werkveld.' (Quote eindrapportage)

'Gratis beschikbaarheid van de producten vanaf eind 2019. De app en website zullen vrij toegankelijk zijn (via de iOS App Store en Google Play Store in geval van de app). De interventiematerialen benodigd voor het uitvoeren van de groepsbijeenkomsten (o.a. handleidingen voor professionals, informatiebladen, oefeningen en filmpjes) komen beschikbaar via Loket Gezond Leven.' (Quote eindrapportage)

Veranderde werkwijze professionals

Een derde van de projectleiders benoemde de veranderde werkwijze en bewustwording van betrokken professionals als borging. Dit kan zijn in de vorm van het aanpassen van een methodiek die reeds werd gebruikt door de organisatie of professionals trainen in een nieuwe werkwijze. Genoemd werd ook dat professionals zich meer bewust zijn geworden van het netwerk en doorverwijsmogelijkheden, beter weten hoe ze leefstijl bespreekbaar kunnen maken (en het belang daarvan) of meer oog hebben voor de doelgroep. Professionals hebben de werkwijze van het project (grotendeels) geïmplementeerd in hun aanpak.

'Beroepskrachten en vrijwilligers betrokken in de organisatie van wijkevenementen en buurtactiviteiten zijn zich bewuster geworden van het belang en de mogelijkheden om een gezonde leefstijl te bevorderen.' (Quote eindrapportage)

'Ja, we hebben het er nu steeds over dat het ten einde loopt, maar eigenlijk is het iets dat gewoon door blijft gaan. Alleen noemen we het dan misschien geen [naam project] meer, maar het thema, de ideeën en de lessen die we hebben geleerd. Ja, dat gaat gewoon allemaal verder.' (Quote eindinterview)

Kennis delen d.m.v. publicaties en promotietrajecten

Ook het delen van kennis door middel van wetenschappelijke publicaties en promotietrajecten valt onder kennisopbouw en verspreiding in het kader van borging. Niet alle projectleiders hebben dit zo benoemd. Vier projectleiders hebben dit specifiek aangegeven als vorm van borging, terwijl aan 15 projecten binnen het programma een promotieonderzoek gekoppeld is (5 projecten in programmalijn 1 en 10 projecten in programmalijn 2). Wetenschappelijke publicaties over de lessen dragen bij aan borging omdat deze kennis dan wordt gevalideerd door collega onderzoekers en vaak aan bod komt bij training en opleiding van professionals en beleidsmakers. Ook vanuit projecten zonder promotieonderzoek zijn artikelen en publicaties in vaktijdschriften gepubliceerd.

Vervolgonderzoek

Vier projecten (alle vier uit programmalijn 2) zagen borging van hun projectactiviteiten in de vorm van aanvullend onderzoek, bijvoorbeeld door het opzetten van een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (RCT) om de effectiviteit van de interventie te toetsen.

'Borging binnen ons project is het opzetten van een grote RCT gebruik makende van de lessen uit de pilot om uiteindelijk met een bewezen effectieve interventie richting zorgverzekeraars te gaan.' (Quote eindinterview)

9.2 Eigenaarschap bevorderen

Door eigenaarschap voor initiatieven bij betrokkenen te stimuleren, wilde een groot deel van de projecten de activiteiten borgen. Dankzij de subsidie vanuit FNO konden projecten een projectleider aanstellen die als het ware tijdelijk 'eigenaar' was van de initiatieven. Deze nam een coördinerende taak op zich en fungeerde als *linking pin* tussen de activiteiten en bewoners. Als alternatief voor deze tijdelijke projectleider zijn bij 28 projecten de activiteiten na afloop van de financieringsperiode ondergebracht bij anderen. Daarbij ging het om lokale organisaties of gemeenten (25 projecten), maar ook om vrijwilligers en deelnemers (14 projecten). Projecten in programmalijn 1 lijken er meer in te zijn geslaagd om eigenaarschap te bevorderen en dan vooral in de vorm van opgaan in bestaande organisaties (68% van de projecten uit programmalijn 1).

Initiatieven gaan op in bestaande organisaties

We zagen dat veel initiatieven deels of helemaal over zijn genomen en voortgezet door bestaande organisaties, bijvoorbeeld welzijnsorganisaties, gemeente, scholen, GGD en JOGG. Professionals gaan verder met de opgezette cursussen, beweeginterventies, ondersteuning van deelnemers, taallessen of koffieochtenden. Soms in aangepaste vorm om dit beter in de bestaande organisatie in te passen. Vooral projecten uit programmalijn 1 wisten vaak (68%) hun initiatieven in bestaande organisaties te borgen, maar ook een groot deel van projecten uit programmalijn 2 (44%) lukte dit. Waar veel projectleiders hun initiatieven onderbrachten bij meerdere organisaties, twijfelde een enkeling of het niet beter was om het project als geheel ergens onder te brengen om zo de identiteit van het project veilig te stellen.

'Zo ben ik nu ook over de borging aan het nadenken: Ga je nou die initiatieven allemaal los onderbrengen bij verschillende partijen? Ik denk dat dat eigenlijk helemaal niet zo verstandig is. Ik denk eigenlijk dat het goed is als er gewoon één kartrekker is, een organisatie of stichting, die écht ruimte heeft voor identieke gezondheidsinterventies.' (Quote eindinterview)

Initiatieven worden voortgezet door vrijwilligers en deelnemers

Naast dat initiatieven zijn overgenomen door professionele organisaties of gemeenten, zagen we ook dat projectonderdelen worden gecontinueerd door vrijwilligers en deelnemers. Vrijwilligers hebben kookworkshops, beweeggroepen of gezelligheidsactiviteiten doorgezet – al dan niet met een professional op afstand bereikbaar voor ondersteuning. Opgeleide wijkbewoners kunnen zelfstandig activiteiten organiseren voor bewoners in de buurt en hebben budget gekregen om materialen aan te schaffen.

'De groep ambassadeurs beschikt over zelf organiserend vermogen. Een deel van hen heeft aangegeven sowieso door te blijven gaan op de ingeslagen weg. Ze doen dat in eerste instantie vanuit de locatie bij [partner], die daarvoor ter beschikking blijft. De gemeente heeft vanuit de afdeling Volksgezondheid een bedrag ter beschikking gesteld om de coördinatie en coaching van de ambassadeurs nog een paar maanden te kunnen voortzetten.' (Quote eindrapportage)

'De andere initiatieven die door [projectnaam] zijn opgezet, kunnen zonder verdere coördinatie door buurtbewoners worden voortgezet.' (Quote eindrapportage) *'De wijkactiviteiten vinden in twee wijken structureel plaats en zijn zelfvoorzienend. Bewoners zijn opgeleid en kunnen dit nu verder zelf organiseren.'* (Quote eindrapportage)

De quotes geven ook ideeën voor hoe projectleiders kunnen faciliteren dat bewoners of deelnemers initiatieven overnemen en voortzetten. Hoewel het zeker niet in iedere context zal werken, lijken het opleiden van deelnemers en het bieden van een locatie waar mensen bij elkaar kunnen komen en/of een activiteit kunnen organiseren hier voorwaarden voor te zijn.

9.3 Voortzetting van de financiering

Naast het bevorderen van eigenaarschap zijn veel projecten op zoek gegaan naar duurzame financiering. 21 projectleiders hebben acties benoemd die specifiek zijn gericht op het vinden van tijdelijke (9 projecten) of langdurige fondsen (14 projecten). Projecten zijn in gesprek gegaan met gemeenten, zorgverzekeraars of andere stakeholders. Dat kan direct zijn, het in de toekomst financieren van (onderdelen van) het project, of een concrete subsidieaanvraag voor een vervolgproject of vervolgonderzoek. Maar ook indirecter, door bijvoorbeeld een structurele vergoeding voor betrokken professionals te organiseren of door bewoners te wijzen op bestaande financiële regelingen waardoor zij kunnen blijven participeren.

Langdurige financiering

Projecten hebben kansen gezien om hun initiatieven voort te kunnen zetten door middel van meer duurzame financiering. Bijvoorbeeld doordat betrokken (partner)organisaties of de gemeente (een deel van) het project financieren, waarbij het projectteam de initiatieven blijft uitvoeren. Ook hebben projecten aanvragen ingediend voor nieuwe fondsen. Zowel om een verbreding van het project te financieren als om een initiatief verder te ontwikkelen.

‘Deze activiteit wordt in de toekomst volledig gefinancierd door onze partners.’ (Quote eindinterview)
‘Het project wordt voortgezet en uitgebouwd dankzij de nieuwe subsidie.’ (Quote eindinterview)

Eenmalige of tijdelijke fondsen

Naast langdurige financiering hebben projecten gebruik gemaakt van eenmalige of tijdelijke fondsen, om o.a. de resultaten verder te verspreiden. Bijvoorbeeld door het aanvragen van de impuls vanuit FNO om de resultaten verder te brengen, een overbruggingsbudget vanuit de gemeente, of financiering voor de inzet van professionals voor een overgangsperiode. In het najaar van 2020 wil FNO (laten) onderzoeken wat deze extra impulsen uiteindelijk hebben opgeleverd.

‘Er is een overbruggingsbudget beschikbaar gesteld door de gemeente, waarmee in 2020 enkele activiteiten kunnen doorgaan.’ (Quote eindrapportage)
‘We hebben subsidie aangevraagd voor een overgangsjaar om structurele financiering voor de projectleider te onderzoeken.’ (Quote eindrapportage)

9.4 De aanpak verbreden

Er zijn 16 projecten binnen het programma (4 projecten in programmalijn 1 (21%) en 13 projecten in programmalijn 2 (48%)) die hun project gedurende of na afloop van de financieringsperiode wilden verbreden. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het project te verbreden naar meerdere wijken binnen dezelfde gemeente of de projectactiviteiten te starten in andere plaatsen. Ook gaven projectleiders aan dat ontwikkelde interventies zijn aangeboden bij andere gemeenten, scholen en organisaties dan waar de focus op lag gedurende de projectperiode. Daarnaast hebben enkele projecten hun interventie ingediend bij het RIVM voor bewezen effectieve leefstijlinterventie en bieden hun interventie aan via het Loket Gezond Leven waarvan ook een aantal daadwerkelijk de erkenning hebben ontvangen.

‘Onze partnerorganisatie is van plan de activiteit uit te breiden naar andere wijken.’ (Quote eindrapportage)
‘In Utrecht heeft ons project een vervolg gekregen in twee nieuwe wijken.’ (Quote eindrapportage)

‘Deze projectactiviteiten worden meegenomen in de menukaart van Gezonde Basisschool van de Toekomst. Dit betekent, dat scholen vanuit een beschikbaar gesteld budget een aantal projecten/activiteiten kunnen kiezen.’ (Quote eindrapportage)

‘Onze interventie wordt ondergebracht bij de interventiedatabase Loket Gezond Leven. Dit zorgt ervoor dat de interventieproducten ook landelijk beschikbaar worden gesteld voor een brede groep

professionals. In samenwerking met de GGD bekijken we tevens via welke additionele wegen de producten verder kunnen worden verspreid.’ (Quote eindrapportage)

9.5 Structurele aandacht voor het onderwerp

Borging kreeg in 15 projecten vorm door in te zetten op het (nieuwe) gemeentelijk beleid (8) of beleid van betrokken of lokale organisaties (7). Daarbij kan het gaan om het onderwerp (gezondheid, leefstijl), een manier van werken (levensloop, geluksgericht, integraal, etc.) of een volledig project. Ook worden kansen gezien in het aansluiten bij nieuwe wet- en regelgeving.

Bewustwording onder beleidsmakers

Opvallend weinig projecten, namelijk 8 in totaal, gaven aan dat ze hebben geprobeerd om beleidsmedewerkers bij hun project te betrekken/op de hoogte te houden van ontwikkelingen binnen het project. Dit leidde o.a. tot bewustwording bij gemeentelijke bestuurders. Wat we bijvoorbeeld terugzien was dat de gemeente door wilde gaan met de aanpak en daarom ondersteuning bood qua financiën, middelen en/of mensen. Gemeenten omarmden het gedachtegoed van het project, waren bijvoorbeeld bezig met plannen voor de stad en wilden ook in andere wijken aan de slag met gezondheid en gezonde leefstijl. Ook toekomstig beleid is ingericht door middel van kennis over de interventie en effectiviteit binnen de desbetreffende gemeente.

Bewustwording bij (partner)organisaties

We zien terug dat ook binnen (partner)organisaties (welzijnsorganisaties, scholen, kinderopvang) men zich bewuster is geworden van het belang en de mogelijkheden om een gezonde leefstijl te bevorderen. Projectleiders gaven aan dat er continue aandacht was voor gezonde leefstijl o.a. door aanpassingen in het beleid. Deze werden indien mogelijk organisatie-breed doorgevoerd. Ook hoorden we van projectleiders dat gezondheid een belangrijk speerpunt is geworden binnen de organisatie, en bijvoorbeeld dat *‘de regel ‘Iedereen eet en drinkt gezond’ onderdeel van het organisatiebeleid is gemaakt. Mede hierdoor is bewustwording van gezonde leefstijl niet (meer) afhankelijk van een of enkele personen.’ (Quote eindrapportage)*

9.6 Borging van de samenwerking

Veel genoemde activiteiten in het kader van borging hebben te maken met het, al tijdens de projectperiode, contact leggen en samenwerken met strategische partners en stakeholders. Die stakeholders waren divers. Projectleiders noemden zowel publieke instellingen (gemeenten, GGD) als private/commerciële organisaties. Projecten gebruikten deze samenwerking onder meer om andere vormen van borging te bereiken, zoals eigenaarschap bevorderen en duurzame financiering.

Acht projecten hebben de samenwerking geborgd. Voorbeeld van hoe deze projecten dit deden zijn door het doorvoeren van interdisciplinaire samenwerking in de gehele organisatie, door het aansluiten bij bestaande wijkstructuren en deze te intensiveren, door het opzetten van structurele (nieuwe) samenwerkingsverbanden en door het vormen van een lokaal netwerk van samenwerkingspartners. Wat we daarnaast vaker terug hoorden was dat nieuwe initiatieven makkelijker van de grond kwamen door het netwerk dat gedurende de projectfase was ontstaan.

‘Daarnaast zijn er door de aanpak op lokaal niveau samenwerkingen ontstaan die belangrijk zijn voor een goede uitvoering en continuering [van het project]. De groepen die doorgaan zijn gefundeerd op deze samenwerkingen en zullen ook in dezelfde samenstelling doorgaan.’ (Quote eindrapportage)

9.7 Duurzame gedragsverandering bij gezinnen

Projecten hebben ook ingezet op het versterken van de (gezondheids)vaardigheden van de gezinnen, zodat zij na afloop van het project zelf de leefstijlverandering kunnen vasthouden. 8 projecten hebben dit specifiek benoemd als vorm van borging. Dit kan zijn doordat de deelnemers gedurende het project hebben geleerd hoe ze hulp kunnen vinden, zelfredzamer zijn geworden, beter kunnen omgaan met hun kinderen, kunnen communiceren met zorgmedewerkers, meer kennis hebben over gezond eten en bewegen. Of doordat deelnemers een specifieke training of opleiding hebben gevolgd, om vervolgens de geleerde vaardigheden in te zetten om andere gezinnen te bereiken.

‘Door de training hebben ouders kennis van een gezonde leefstijl en kunnen deze boodschap ook overbrengen/delen met andere ouders.’ (Quote eindrapportage)

9.8 Bevorderende en beperkende factoren

Wanneer we binnen alle projecten kijken naar wat wel en wat niet heeft gewerkt voor borging, kunnen we de volgende algemene bevorderende en beperkende factoren onderscheiden:

Bevorderende factoren voor borging

- Persoonlijk contact leggen en onderhouden met mensen of organisaties die potentieel een rol kunnen spelen bij borging, waaronder de GGD, buurthuizen, welzijnsorganisaties, gezondheidsprofessionals, vrijwilligers en deelnemers. Hierbij hoort ook aanwezig zijn in de wijk, bij bijvoorbeeld buurtbijeenkomsten en team-overleggen.
- Enthousiasme bij betrokken organisaties en professionals zorgt ervoor dat initiatieven sneller worden opgepakt en overgenomen (qua eigenaarschap, financiën en werkwijze).
- Het hebben van een lange adem en doorzettingsvermogen van het projectteam is vaak nodig om borging op de lange termijn te bewerkstelligen
- Vanaf de start van het project partijen betrekken en het project samen opbouwen, zorgt vaak voor een gedeeld gevoel van eigenaarschap en bevordert borging.
- Een goed beeld hebben van beleidsagenda's van gemeenten en andere overheden, korte lijnen met die overheden (bijv. als het project zelf mede door gemeente is opgezet).
- Iemand in het project betrekken die weet hoe beleid/financiering werkt en tijd/ruimte heeft om zich daar mee bezig te houden.
- Zichtbaar maken van de initiatieven en tussentijdse evaluatieresultaten van de projecten om mogelijke financiers en/of beleidsmakers te overtuigen van de noodzaak van het project.

Beperkende factoren voor borging

- Bezuinigingen bij organisaties geven veel onrust en onzekerheid, waardoor men geen toezeggingen durft of kan doen.
- Personeelwisselingen, zowel binnen als buiten de projectgroep, zorgen voor onduidelijkheid (bij wie moet ik zijn, wie doet wat?) en het opnieuw moeten opbouwen van een band
- Veel hokjes en gescheiden portefeuilles bij gemeente zorgen voor onduidelijkheid, omdat projecten vaak meerdere gebieden omvatten (e.g. sociale zaken, sport en recreatie, gezondheid, jeugd, onderwijs) en financiering uit verschillende portefeuilles moet komen.
- De lange adem die nodig is voor veranderingen op het gebied van leefstijl bij de gezinnen maakt het moeilijk om binnen de projecttermijn al aan mogelijke financiers goed aan te tonen wat de werkbaarheid is van het project.
- Binnen de projecten is vaak weinig tijd (vrijgemaakt) om echt met borging bezig te houden/aan de slag te gaan. De zoektocht naar borgingsmogelijkheden wordt soms ervaren als tijdrovend/intensief.

9.9 Conclusie/duiding

Bijna alle projecten hebben minstens één vorm van borging gerealiseerd. Borging vond voornamelijk plaats door middel van kennisopbouw en -verspreiding zoals het ontwikkelen van materialen, veranderde werkwijze professionals, kennis delen d.m.v. publicaties, het bevorderen van eigenaarschap bij (partner)organisaties en deelnemers, en het zoeken van nieuwe bronnen voor financiering. Projecten van programmalijn 1 lijken meer succes te hebben geboekt bij het eigenaarschap bevorderen. Projecten bij programmalijn 2 lijken vaker materialen zoals protocollen te hebben ontwikkeld en hebben de aanpak verbreed.

Persoonlijk contact met betrokkenen, enthousiasme bij organisaties en professionals, en het hebben van een lange adem en doorzettingsvermogen bleken bevorderend voor het borgen van activiteiten. Bezuinigingen bij organisaties, in- en externe personeelsswisselingen, en veel hokjes en gescheiden portefeuilles bij gemeenten bleken borging juist te remmen.

Het is opvallend dat weinig beleidsmakers zijn betrokken bij de borging en dat een gering aantal projecten noemt dat ze de samenwerking hebben geborgd.

Tot slot, 'Hoe borg je de aanjaagfunctie?' is een vraag die bij veel projecten speelt. Deze functie omvat vaak een diversiteit aan taken en verantwoordelijkheden. Hierdoor is deze rol lastig bij één bepaalde organisatie te plaatsen met een vaste functieomschrijving. Dankzij de subsidie vanuit FNO hebben veel projecten een tijdelijke projectleider kunnen aanstellen die deze taak op zich nam, maar het bleek een uitdaging om deze belangrijke rol goed te borgen. Gelukkig lijkt dit bij bijna de helft van de projecten wel te zijn gelukt. Een belangrijke vervolgvraag is om te weten welke strategieën projectleiders hebben gebruikt om bijvoorbeeld het eigenaarschap te borgen of bewustwording bij organisaties te bewerkstelligen. Helaas is dat uit de beschikbare data niet af te leiden.

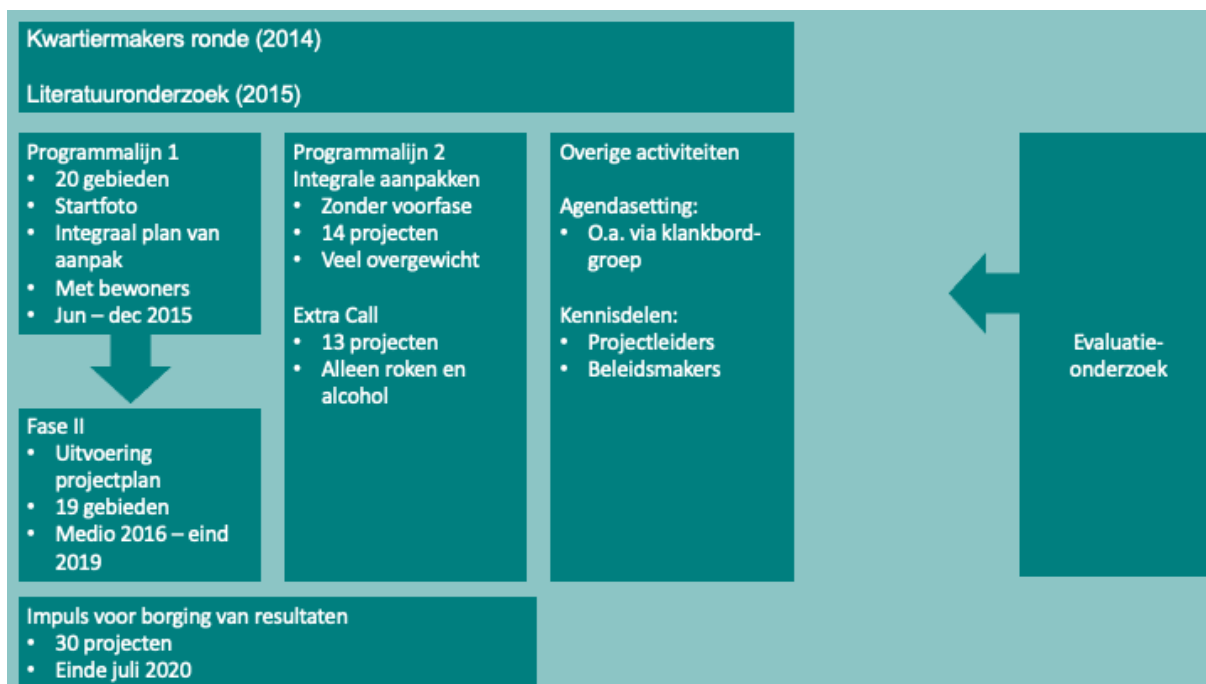
10. Evaluatie programma-aanpak Gezonde Toekomst Dichterbij

- De programma aanpak van Gezonde Toekomst Dichterbij kende meerdere elementen: (co)financiering van projecten, organisatie van projectleidersbijeenkomsten, communicatie over projectresultaten (kennis en ervaringen uit de projecten), een klankbordgroep en agendasetting over gezondheidsachterstanden bij beleidsmakers en politici.
- Alle geïnterviewden (projectleiders en landelijke actoren) waren positief over het programma Gezonde Toekomst Dichterbij. Het doel (verkleinen van gezondheidsachterstanden) werd onderschreven als belangrijk. Tegelijkertijd werd ook aandacht gevraagd voor de complexiteit van dit thema.
- De voorfase in programmalijn 1 heeft eraan bijgedragen dat projecten beter konden aansluiten bij wat er speelde en partnerschappen konden opbouwen in de buurt. Ook heeft het FNO inzicht gegeven de plannen, aanpak en behoefte aan ondersteuning van de projecten.
- Het feit dat het programma een looptijd had van vijf jaar werd gewaardeerd. Het kost tijd voordat vertrouwen ontstaat tussen de partijen en mensen die samenwerken en voordat bewoners een rol pakken in het project.
- De projectleiders kregen ruimte in de vorm van tijd en flexibiliteit om – naast de leefstijlindicatoren – in te zetten op thema's die binnen de gezinnen spelen. Die ruimte werd gewaardeerd. Wel bleef er spanning bestaan tussen de (meetbare) programmadoelstellingen op leefstijl en de flexibiliteit om te leren en experimenteren.
- Zowel de projectleiders als de geïnterviewde landelijke actoren signaleerden gaandeweg dat de kans klein is dat vier jaar werken in lokale en integrale projecten meetbaar en structureel bijdraagt aan het verkleinen van gezondheidsachterstanden.
- De onderdelen van de programma-aanpak en het evaluatieonderzoek in combinatie met elkaar hebben ertoe geleid dat de projectleiders het gevoel hadden onderdeel uit te maken van een groter geheel.

Dit hoofdstuk start met een samenvattende beschrijving van de programma-aanpak die FNO heeft gehanteerd bij het programma Gezonde Toekomst Dichterbij. Daarna bespreken we de waarde van de verschillende onderdelen van de programma-aanpak voor het bereiken van de programmadoelstelling verminderen van gezondheidsachterstanden bij gezinnen in een achterstandssituatie. Dit is nodig om antwoord te kunnen geven op onderzoeksvraag 5: Wat hebben de verschillende elementen van de programma-aanpak het programma Gezonde Toekomst Dichterbij apart en in samenhang met elkaar betekend voor het verminderen van gezondheidsachterstanden?

10.1 De programma-aanpak

Figuur 10.1 vat de programma-aanpak samen die FNO hanteerde bij het programma Gezonde Toekomst Dichterbij. Het programma startte in 2014 met een kwartiermakersronde op basis waarvan FNO de programma-aanpak opstelde en vastlegde in een programmatekst. Vervolgens vonden tussen 2015 en 2020 een veelvoud aan activiteiten plaats, waaronder een literatuuronderzoek, (co-)financiering en ondersteuning van projecten die werkten aan het verminderen van gezondheidsachterstanden, agendasetting, kennisdeling en een overkoepelend evaluatieonderzoek. Alle activiteiten samen hadden als doel het verminderen van gezondheidsachterstanden bij gezinnen in een achterstandssituatie. In het vervolg van deze paragraaf lichten we de verschillende programma-activiteiten nader toe.



Figuur 10.1: Samenvattende visuele weergave van de programma-aanpak.

10.1.1 Kwartiermakersronde

In aanloop naar het programma hebben in 2014 een speciaal aangestelde kwartiermaker en de programmasecretaris vanuit FNO een kwartiermakersronde doorlopen. Het doel hiervan was de programmatekst en aanpak voor het programma op te stellen. Om dit doel te bereiken voerden de kwartiermaker en de programmasecretaris meer dan 50 gesprekken in het werkveld, met een spreiding over actoren uit de praktijk en de wetenschap, uit de sectoren wonen, welzijn, zorg, onderwijs, arbeid en leefomgeving, en vanuit lokaal en landelijk niveau. Het resultaat van de kwartiermakersronde was een programmatekst voor Gezonde Toekomst Dichterbij.

10.1.2 Literatuurstudie

Na de start van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij liet FNO een literatuurstudie uitvoeren naar wat er al bekend was over het verminderen van gezondheidsachterstanden bij gezinnen in een achterstandssituatie (Beenackers, Nusselder, Oude Groeniger & Van Lenthe, 2015). Centraal in de literatuurstudie stond de vraag van welke interventies en werkwijzen bekend is dat ze een effectieve bijdrage leveren aan het verminderen van gezondheidsachterstanden. De literatuurstudie vond plaats voorafgaand aan de subsidieoproep voor programmalijn 1, vanuit de gedachte dat aanvragers in hun aanvraag gebruik konden maken van de kennis uit de literatuurstudie.

10.1.3 Twee programmalijnen

De co-financiering en ondersteuning van projecten gebeurde via twee programmalijnen (zie ook Hoofdstuk 1). De projecten binnen programmalijn 1 moesten zich richten op het verminderen van gezondheidsachterstanden in een gebied van 10 tot 15 duizend inwoners. Dit waren dus gebiedsgerichte aanpakken gericht op een buurt, wijk of dorp. Uniek aan programmalijn 1 was dat deze uit twee fasen bestond. Eerst kregen de projectteams na honorering van hun aanvraag een half jaar de tijd om een zogenoemde 'startfoto' van het gebied te maken en om samen met bewoners een plan van aanpak te ontwikkelen voor het verkleinen van gezondheidsachterstanden in dat gebied op de thema's ervaren gezondheid en/of roken, overmatig alcoholgebruik en/of overgewicht. De startfoto moest een beeld geven van de gezondheidssituatie van de bewoners en van de behoeften van bewoners als het gaat om het verbeteren van hun gezondheid. FNO beoordeelde de startfoto en het

plan van aanpak voordat de projecten (co)financiering ontvingen voor fase 2: de uitvoering van hun plan van aanpak. Eén van de twintig projecten heeft geen (co)financiering ontvangen voor deze tweede fase van programmaliijn 1 omdat het projectplan van onvoldoende kwaliteit was en omdat er interne strubbelingen waren binnen de projectorganisatie.

Voor *programmaliijn 2* kwamen projecten in aanmerking met een integrale aanpak gericht op het verminderen van gezondheidsachterstanden op ervaren gezondheid en/of roken, overgewicht en/of overmatig alcoholgebruik. Een voorwaarde voor honorering was dat in de aanvraag werd aangetoond dat het de voorgestelde integrale aanpak aansloot bij de behoeften van de doelgroep. Programmaliijn 2 kende niet de voorfase van een startfoto en het in gesprek gaan met bewoners.

Eén van de subsidievoorwaarden voor alle 46 projecten was dat ieder project een proces- en/of effectevaluatie moest uitvoeren, inclusief een voor- en nameting. Projecten mochten zelf invulling geven aan de opzet zolang ze maar data zouden verzamelen over uitkomsten op de gezondheidsthema's ervaren gezondheid en roken, overmatig alcoholgebruik en/of overgewicht.

10.1.4 Kennisdeling en agendasetting

Gedurende het hele programma deelde FNO kennis over het verminderen van gezondheidsachterstanden. Dit betrof onder andere informatie over de activiteiten die de projecten ondernamen, de drempels waar projecten tegenaan liepen bij het verminderen van gezondheidsachterstanden, berichten over succesverhalen en verspreiding van onderzoeksresultaten vanuit de projecten. De kennisdeling vond plaats op de volgende manieren.

- Online magazines en podcasts over terugkerende thema's in de 46 projecten. Deze ontwikkelde FNO in samenwerking met andere partijen en met kennisinstituten en zijn te vinden op de website van FNO.
- Verhalen op de website van FNO over mensen voor wie deelname aan een van de 46 aanpakken van betekenis is geweest, bijvoorbeeld voor hun gezondheid, geluksgevoel, kansen, participatie of vertrouwen in de toekomst.
- In samenwerking met andere landelijke stakeholders delen van goede praktijkvoorbeelden en organiseren van symposia over thema's die een rol spelen bij het verminderen van gezondheidsachterstanden.
- Zelf en samen met projecten presentaties en workshops verzorgen op landelijke en regionale conferenties en symposia.
- Input leveren aan Tweede Kamer over het op integrale participatieve wijze verminderen van gezondheidsachterstanden.

Met het delen van kennis en agendasetting had FNO twee doelen. Het eerste doel was om professionals in de 46 projecten te voorzien van bestaande en nieuwe kennis over het verminderen van gezondheidsachterstanden, met als aanname dat dit de projecten zou helpen bij de ontwikkeling, nadere uitwerking en uitvoering van een succesvolle aanpak. Het tweede doel was om beleidsmakers, projectleiders en gezondheidsprofessionals verspreid over het land kennis te laten maken met het op integrale en participatieve wijze werken aan het verminderen van gezondheidsachterstanden. De aanname was dat dit laatste zou leiden tot meer en beter onderbouwd beleid op het thema verminderen van gezondheidsachterstanden, tot meer en beter onderbouwde gezondheids-bevorderende activiteiten en tot meer draagvlak voor integrale participatieve aanpakken gericht op het verminderen van gezondheidsachterstanden.

10.1.5 Overkoepelend evaluatieonderzoek

Tegelijkertijd met de uitvoering van de twee programmalijnen liet FNO een overkoepelend evaluatieonderzoek uitvoeren. Hiermee wilde FNO na afloop van Gezonde Toekomst Dichterbij in beeld hebben wat de effecten waren van het programma en wat binnen de projecten succes- en faalfactoren waren voor het verminderen van gezondheidsachterstanden. Uniek was dat FNO de indienende onderzoekspartijen vroeg om een onderzoeksvoorstel op hoofdlijnen. De gekozen partij mocht vervolgens hun aanpak verder uitwerken in samenwerking met de 46 projecten (zie Hoofdstuk 2).

10.1.6 Organisatie van het programma binnen FNO

Om het programma Gezonde Toekomst Dichterbij uit te voeren zijn bij FNO een programmaleider en een programmasecretaris aangesteld. Zij vormden samen het *programmabureau* dat het gehele programma coördineerde. De taken van het programmabureau waren:

- Uitzetten van subsidierondes voor de integrale aanpakken binnen de twee programmalijnen en het bewaken van de voortgang van het overkoepelende evaluatieonderzoek,
- Leggen en onderhouden van contacten met andere stakeholders werkzaam op het terrein van verminderen van gezondheidsachterstanden.
- Organiseren van jaarlijkse projectleidersbijeenkomsten waarin FNO de projectleiders van de 46 projecten informeerde over het programma als geheel of waar tussentijdse resultaten van het overkoepelend evaluatieonderzoek werden gepresenteerd en waarin projectleiders ervaringen konden delen en van elkaar konden leren.
- Organiseren van themabijeenkomsten waarin projectleiders intervisie konden hebben over een specifiek thema. Deze bijeenkomsten waren kleinschaliger dan de projectleidersbijeenkomsten en werden alleen bezocht door de projectleiders die te maken hadden met het geagendeerde thema.
- Doorverwijzen van projecten naar andere organisaties of adviseurs die de projecten met hun vragen op weg konden helpen. Een voorbeeld hiervan is dat FNO projecten aanmeldde voor de leerkring van GezondIn over integraal werken op het thema armoede en gezondheid.
- Verspreiden van (tussentijdse) resultaten uit het programma.
- Verzorgen van een overbruggingsimpuls aan het einde van het programma, waarin ieder project maximaal 10.000 euro kon aanvragen voor het borgen van hun resultaten. De impuls kon bijvoorbeeld worden gebruikt voor het overbruggen van kosten tot een definitieve toezegging van een nieuwe financier, het verspreiden van de resultaten onder professionals buiten het project of voor de publicatie van onderzoeksresultaten in wetenschappelijke tijdschriften.

Als adviesorgaan voor FNO en voor het programmabureau van Gezonde Toekomst Dichterbij heeft FNO een *Programmacommissie* samengesteld. De commissie adviseerde het bestuur van FNO allereerst over de inhoud van het programma, de te honoreren projecten en het overkoepelend evaluatieonderzoek. De programmacommissie kwam eens per jaar samen om met FNO mee te denken over de koers van het programma. De commissie bestond uit leden die allemaal vanuit een andere invalshoek te maken hebben met het thema gezondheidsachterstanden, waaronder een huisarts, een directeur publieke gezondheid van een grote Nederlandse gemeente, een oud-wethouder, een medewerker van de MBO-raad en een lector en een hoogleraar met een achtergrond in sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Sinds september 2017 zette FNO ook een *klankbordgroep* in als adviesorgaan voor Gezonde Toekomst Dichterbij. Deze bestond uit vijf moeders die leven of leefden in armoede en waarvan de meesten een praktische opleiding hebben afgerond. De klankbordgroep adviseerde het programmabureau en de projecten over het verkleinen van gezondheidsachterstanden bij gezinnen in een achterstandssituatie.

10.2 De ervaren waarde van de verschillende programma-activiteiten

In deze paragraaf beschrijven we de waarde van de verschillende elementen van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij voor het bereiken van het programmadoel 'verminderen van gezondheidsachterstanden van gezinnen in een achterstandssituatie'.

10.2.1 Kwartiermakersronde

De medewerkers van FNO en enkele leden van de programmacommissie hebben in het interview gesproken over de kwartiermakersronde. De medewerkers van FNO ervoeren dat de kwartiermakersronde hen heeft geholpen bij de ontwikkeling van een programma dat aansloot bij de wensen in het veld. De leden van de programmacommissie vertelden de kwartiermakersronde zinvol te vinden omdat het programma Gezonde Toekomst Dichterbij daardoor voortbouwde op wat er in de wetenschap en praktijk al bekend was over wat wel en niet werkt bij het verminderen van gezondheidsachterstanden.

10.2.2 Literatuurstudie

De onderzoekers die de literatuurstudie bij aanvang van het programma hadden uitgevoerd concludeerden dat er op dat moment nog weinig bekend was over de effectiviteit van interventies gericht op het verminderen van gezondheidsachterstanden van gezinnen in een achterstandssituatie (Beenackers et al., 2015). Dit betekende voor de projecten binnen de twee programmalijnen dat zij geen gebruik konden maken van 'bewezen effectieve interventies'. De medewerkers van FNO, de geïnterviewde samenwerkingspartners en de leden van de programmacommissie vertelden desalniettemin dat ze de literatuurstudie waardevol vonden. Voor de medewerkers van FNO was de conclusie dat nog weinig bekend was over de effectiviteit van bestaande interventies niet onverwacht. Dit was reden om in het programma extra aandacht te besteden aan het leren over hoe gezondheidsachterstanden te verminderen.

10.2.3 Het werken met twee programmalijnen

Vrijwel alle geïnterviewden ervoeren het werken volgens de twee programmalijnen als waardevol. Bijvoorbeeld omdat het werken met de twee programmalijnen aan verschillende typen projecten de mogelijkheid bood om subsidie aan te vragen: programmalijn 1 aan initiatiefnemers van participatieve gebiedsgerichte aanpakken waarbij bewoners een rol hadden in de ontwikkeling en uitvoering, en programmalijn 2 aan integrale aanpakken die moesten aansluiten bij de behoeften van de doelgroep.

Opdeling programmalijn 1 in 2 fases

Dat de programmalijn 1 was opgedeeld in een opstartfase en een uitvoeringsfase beoordeelden alle geïnterviewden als iets unieks en positiefs. Projectleiders vertelden dat ze door het samen met bewoners opstellen van het plan van aanpak beter konden aansluiten bij wat er al speelde in het gebied waarin zij aan de slag gingen. Ook bood het de projectleiders de gelegenheid om een partnerschap op te bouwen met bewoners en met andere organisaties, waar ze tijdens de uitvoering van het project op konden voortbouwen. Het programmabureau van FNO kreeg door de startfoto's en de plannen van aanpak direct een goed beeld van de projecten, en ook van welke projecten extra ondersteuning nodig hadden. Zo bleek op dat moment dat enkele projecten extra ondersteuning nodig hadden bij het opstellen van een evaluatieplan.

In de interviews met de projectleiders hoorden we ook een aandachtspunt bij het opdelen van de programmalijn in een opstartfase en uitvoeringsfase. Tussen het indienen van de startfoto en plan van aanpak en de definitieve goedkeuring vanuit FNO zat een periode van drie maanden. Hoewel in principe alle projecten die een startfoto en plan van aanpak mochten ontwikkelen ook (co)financiering hadden, zorgde deze periode bij een paar projecten voor een teruglopende motivatie bij betrokken professionals en bewoners. Bij één project leidde de overbruggingsperiode tot de uitvoering van het project ertoe dat

een centrale persoon in het project in de tussentijd een andere baan vond, waardoor opnieuw vertrouwen moest worden opgebouwd tussen de verschillende betrokkenen.

10.2.4 Kennisdeling en agendasetting

Hieronder beschrijven we de betekenis van de door FNO ondernomen kennisdeling- en agendasettingactiviteiten voor (a) de projecten binnen de twee programmalijnen en (b) de kennis over en het draagvlak voor het op participatieve en integrale wijze verminderen van gezondheidsachterstanden voor beleidsmakers buiten het programma.

De waarde van kennisdeling met de projecten binnen de programmalijnen

Uit de interviews met de projectleiders en de eindrapportages maken we op dat zij de projectleidersbijeenkomsten als waardevol hebben ervaren maar dat zij tijdens de projectleidersbijeenkomsten of op andere momenten graag meer mogelijkheden hadden gekregen voor meer inhoudelijke verdieping. De volgende quote is illustratief voor wat projectleiders hierover vertelden.

‘De projectleidersbijeenkomsten voorzagen in inhoudelijke kennis, coaching/meedenken, maar ook in netwerken (contacten met andere projectleiders, onderzoekers en dergelijke) en tips en trucs in z’n algemeenheid. Die hebben we goed kunnen inzetten ten behoeve van ons project. Tegelijkertijd zijn de activiteiten ook altijd wat oppervlakkig gebleven, omdat de projecten te veel verschilden om echt een-op-een op de specifieke vragen te kunnen ingaan.’

Het tweede deel van de quote laat zien dat projectleiders naast meer algemene kennis over het verminderen van gezondheidsachterstanden ook graag meer verdiepende informatie krijgen over hoe om te gaan met de uitdagingen waar zij in de praktijk project tegenaan lopen. Daarnaast lijkt het erop dat de projectleidersbijeenkomsten niet altijd de meest geschikte vorm waren voor deze informatie over praktijkuitdagingen. Vooral omdat de precieze doelgroepen en activiteiten van veel projecten sterk van elkaar verschilden (zie ook Hoofdstuk 4).

De themabijeenkomsten boden projecten wel de gelegenheid om dieper in te gaan op een apart thema, en dit werd door de projectleiders ook als positief gewaardeerd. Dit overziend lijkt het erop dat de 46 projecten mogelijk nog meer hadden kunnen betekenen voor gezinnen in een achterstandssituatie als zij waren voorzien van meer specifieke kennis die past bij de context van deze projecten. Bijvoorbeeld in de vorm van intervisie tussen projecten in soortgelijke contexten, met soortgelijke doelen en/of dezelfde doelgroepen.

De waarde van kennisdeling met beleidsmakers buiten Gezonde Toekomst Dichterbij

Of de communicatie van FNO over Gezonde Toekomst Dichterbij heeft geleid tot meer draagvlak voor en kennis over het op participatieve integrale wijze werken aan het verminderen van gezondheidsachterstanden is nog grotendeels onduidelijk. Beleidsbeïnvloeding heeft vooralsnog vooral lokaal plaatsgevonden via de projectleiders van de 46 projecten, altijd met ondersteuning van FNO. Enkele projectleiders vertelden dat ze de door FNO gemaakte portretten van professionals en vrijwilligers die werken in de projecten hebben gebruikt. Bijvoorbeeld om hun eigen project en het thema verminderen van gezondheidsachterstanden onder de aandacht te brengen bij ambtenaren en bestuurders in de gemeente(n) waarin zij werken. Ook het door de klankbordgroep uitgegeven boekje ‘Je ziet het niet’ is hiervoor gebruikt. Onderstaande quote illustreert hoe projectleiders dit hebben gedaan.

‘Ja, en ook, wat dan ook helpt zijn die portretten die FNO heeft gemaakt. Want daar waren we ook een van de uitverkorenen voor. Ja, dat ziet er gewoon hartstikke mooi uit, die foto met de verhalen. En die stuur ik mee met de nieuwsbrief of in een mail. En dan wordt het zichtbaar, en dan hebben mensen

meer gevoel bij wat je nou aan het doen bent. En dat helpt gewoon, in plaats van alleen in theorie iets op een A4tje schrijven, zeg maar.'

Het lijkt erop dat FNO vooral op landelijk niveau meer kan bereiken als het gaat om het vergroten van de kennis over de randvoorwaarden, het draagvlak voor het op participatieve integrale wijze verminderen van gezondheidsachterstanden en de *do's* en *dont's*. Daarbij zien de geïnterviewde samenwerkingspartners en de leden van de programmacommissie voor FNO vooral een rol bij het ontwikkelen en verspreiden van kennis. Zij vertelden hierover bijvoorbeeld:

'Dat ze de mechanismen (bij het verminderen van gezondheidsachterstanden, red.) in beeld brengen is al winst, want dan weten we beter aan welke knoppen we moeten draaien als beleidsmakers.'

'Met de lessen uit Gezonde Toekomst Dichterbij kan bij tegenstanders meer draagvlak ontstaan voor de participatieve projecten en bij de aanhangers van de ideologie een meer genuanceerd beeld over de mogelijkheden ervan en wat precies nodig is voor een succesvolle participatieve aanpak.'

De twee quotes laten zien dat FNO een rol kan spelen in het vergroten van de kennis over het participatief en integraal werken aan het verminderen van gezondheidsachterstanden. Het overkoepelende evaluatieonderzoek en de onderzoeken die zijn uitgevoerd als onderdeel van de projecten bieden een nieuwe kennisbasis om over te communiceren en op voort te bouwen.

De waarde van kennisontwikkeling voor FNO zelf

De tijdens Gezonde Toekomst Dichterbij opgebouwde kennis bleek ook waardevol voor het programmabureau van Gezonde Toekomst Dichterbij zelf. Een voorbeeld hiervan is dat FNO binnen de twee programmalijnen de nadruk heeft gelegd op onderzoek naar de effectiviteit van projecten omdat uit de literatuurstudie bleek dat er nog weinig effectieve interventies bestonden. Een ander voorbeeld is dat FNO na het eerste jaar van het programma meer aandacht is gaan besteden aan het verzamelen en verspreiden van kennis over het bereiken van de doelgroep gezinnen in een achterstandssituatie. De aanleiding hiervoor was dat uit de eerste ronde groeps gesprekken voor het overkoepelende evaluatieonderzoek en de contacten die FNO zelf had met de projectleiders bleek dat veel projecten belemmeringen ervaarden bij het bereiken en betrekken van de doelgroep.

10.2.5 Het overkoepelende evaluatieonderzoek

De actoren die zijn geïnterviewd voor de evaluatie van de programma-aanpak bekijken het overkoepelende evaluatieonderzoek allemaal vanuit eigen perspectief. De samenwerkingspartners, de leden van de programmacommissie, de leden van de klankbordgroep en de medewerkers van FNO vonden het noodzakelijk om bij een investering zoals voor een programma als Gezonde Toekomst Dichterbij te onderzoeken wat de impact is van een investering en vooral hoe deze impact wordt bereikt. Hierbij speelde volgens deze geïnterviewden ook mee dat er nog weinig bekend was over hoe gezondheidsachterstanden te verminderen. Ze hoopten allemaal dat het evaluatieonderzoek hier nieuwe inzichten in biedt, waar zowel partijen binnen als buiten het programma van kunnen profiteren.

De projectleiders vertelden dat vooral de groepsinterviews hebben geholpen om met alle betrokkenen van een afstandje en op een andere manier naar hun project te kijken. Soms gaf dit een impuls aan het ontwikkelen en uitvoeren van nieuwe ideeën binnen een project. Een onbedoeld effect van het overkoepelende evaluatieonderzoek was dat de projectleiders door deelname aan de interviews en groepsinterviews het gevoel kregen dat ze onderdeel uitmaakten van een groter geheel. Dit werkte motiverend en stimulerend, in het bijzonder wanneer de onderzoekers herkenbare verhalen deelden uit andere projecten.

10.2.6 Organisatie van het programma binnen FNO

Het programmabureau

De projectleiders vanuit de 46 projecten zijn degenen die het meest intensief hebben samengewerkt met het programmabureau en op een enkele uitzondering na zijn zij allemaal zeer positief over de samenwerking. Ze ervoeren het programmabureau als bereikbaar, benaderbaar, betrokken en snel in het beantwoorden van vragen. Dit gaf de projectleiders het gevoel verbonden te zijn, in plaats van bezig te zijn met een los project, wat een positieve betekenis had voor hun motivatie.

De projectleiders waren in het bijzonder te spreken over de ruimte die het programmabureau bood om aanpassingen te doen in hun projectaanpak en om te experimenteren met en leren over het verminderen van gezondheidsachterstanden. Ten opzichte van andere fondsen ervoeren de projectleiders dit als uniek. Een van de projectleiders vertelde hierover het volgende.

‘Nou, wat voor mij wel heel erg belangrijk is geweest, ..., maar wat volgens mij er ook wel toe heeft bijgedragen dat het project, nou ik vind het project wel succesvol hè.... Dus in dat we heel veel hebben kunnen leren, zonder dat... en FNO heeft altijd ook begrip gehad voor... het leerproces stond voor hen ook heel centraal. ... Dat je niet van tevoren dicht getimmerd hebt wat je allemaal al moet opleveren, maar dat je... Tuurlijk moet je het goed, proberen zo goed mogelijk neer te zetten van tevoren, maar dat je gaandeweg in de gelegenheid bent om dingen bij te stellen, en om best wel radicale koerswijzigingen door te voeren. Ja, dat is gewoon ontzettend belangrijk.’

De quote is illustratief voor wat de meeste projectleiders vertelden over de ondersteuning vanuit het programmabureau. Hij laat zien dat de ruimte om te leren en om aanpassingen te doen als dat nodig is voorwaarden zijn om te kunnen werken aan het verminderen van gezondheidsachterstanden.

Tijdens het programma leverden de projectleiders bij het programmabureau ieder half jaar een tussenrapportage aan het programmabureau met daarin de voortgang van hun project. Het programmabureau gebruikte de tussenrapportages als monitoringsinstrument om te bekijken of de plannen werden uitgevoerd zoals bedacht, welke afwijkingen er waren en om te beoordelen of afwijkingen gegrond waren en nog pasten binnen de kaders van het programma. Vrijwel alle projectleiders vertelden dat het schrijven van de tussenrapportage een waardevol moment bood om een pas op de plaats te maken en te kunnen reflecteren op de voortgang van hun project en werkwijze.

De medewerkers van FNO merkten een groot verschil in kwaliteit van de rapportages van verschillende projecten, wat mogelijk te verklaren is doordat de ene projectleider meer ervaring had met het schrijven van dit soort tussenrapportages dan de andere. Wanneer een tussenrapportage weinig inzicht in de gang van zaken gaf, ging het programmabureau in gesprek of op bezoek om gezamenlijk mondeling de stand van zaken door te lopen. Dit gaf vaak meer inzicht en veel verheldering over de stand van zaken binnen een project. Deze ervaring van FNO roept de vraag op of het niet sowieso goed is om de voortgangrapportages af te wisselen met werkbezoeken bij de projecten.

De projectleidersbijeenkomsten werden door de projectleiders als leuk en zinvol ervaren, omdat ze er andere projectleiders konden spreken en konden leren van elkaars ervaringen. Misschien wel de belangrijkste conclusie over de projectleidersbijeenkomsten is dat deze de projectleiders het gevoel gaven dat ze deel uitmaakten van een groter geheel dat werkt aan het verkleinen van gezondheidsachterstanden. Dit inspireerde en motiveerde de projectleiders om zich in te (blijven) zetten voor dit thema en hun project.

Dit overziend lijken de centrale projectleidersbijeenkomsten vooral geschikt voor het communiceren over de meer algemene zaken rondom het programma en het creëren en vasthouden van een

gezamenlijk doel en gevoel. Voor meer inhoudelijke informatie lijken bijeenkomsten en/of intervisie in kleinere groepen van projecten die werken rond dezelfde thematiek beter te passen.

De programmacommissie

Uit de verschillende interviews maken we op dat de rol van de programmacommissie waardevol is geweest voor het selecteren van kansrijke projecten. Volgens de leden van de programmacommissie speelde ook de samenstelling van de commissie hierbij een belangrijke rol. Ze ervoeren dat ze door de diversiteit van achtergronden gewogen beslissingen konden nemen over hun advies aan FNO over de te honoreren projecten.

In enkele interviews werd daarnaast benoemd dat de programmacommissie wellicht nog meer waarde had kunnen hebben voor het programma, als zij ook na het beoordelen van de aanvragen een grotere rol hadden gehouden in het programma. Voorbeelden van manieren waarop dit volgens geïnterviewden zou kunnen zijn (a) de commissie vaker om advies te vragen over de koers van het programma, (b) de leden van de commissie te vragen om hun kennis over het onderwerp te verminderen van gezondheidsachterstanden te delen met de projectleiders en (c) door de leden van de programmacommissie te vragen om te communiceren over Gezonde Toekomst Dichterbij, bijvoorbeeld via blogs of in vakbladen. Dit laatste kan volgens enkele geïnterviewden bijdragen aan het verspreiden van de kennis over participatief integraal werken aan het verminderen van gezondheidsaanpakken en het vergroten van het draagvlak voor deze manier van werken.

Klankbordgroep

De keuze om een klankbordgroep van mensen uit de doelgroep samen te stellen wordt door alle geïnterviewden gewaardeerd. Vooral omdat geïnterviewden denken dat de klankbordgroep van waarde is geweest voor de beeldvorming over gezinnen in een achterstandssituatie. Het laat zien dat FNO participatie van de doelgroep echt belangrijk vindt en het boekje 'Je ziet het niet' is door projectleiders en vrijwilligers en professionals in de projecten als motiverend ervaren. Ook is het boekje gebruikt voor agendasetting richting de lokale politiek, bijvoorbeeld om meer draagvlak en begrip te creëren voor de leefsituatie van gezinnen in een achterstandssituatie en wat dit betekent voor hun gezondheid. Het algemene beeld is verder dat de klankbordgroep nog iets meer waarde had kunnen hebben als deze bijvoorbeeld een rol had vervuld bij de beoordeling van de aanvragen. Dit was nu niet het geval omdat de groep is gevormd na toekenning van alle projecten.

10.2.7 Ervaren waarde van de doelstelling en duur van Gezonde Toekomst Dichterbij

In deze paragraaf staan we ten slotte stil bij de ervaringen met de doelstelling en de duur van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij. Uit de interviews met de landelijke stakeholders, de medewerkers van FNO, de leden van de programmacommissie en de projectleiders maken we op dat zij de overkoepelende programmadoelstelling 'verminderen van gezondheidsachterstanden van gezinnen in een achterstandssituatie' als waardevol hebben ervaren. Deze hielp FNO en de projecten om focus te houden. Eén van de projectleiders vertelde bijvoorbeeld:

'De doelstelling heeft altijd als basis boven ons project gehangen en was een prettige 'kapstok' om al onze activiteiten aan op te hangen. De doelstelling was binnen ons project echt de verbindende lijn tussen de verschillende activiteiten met de verschillende partners.' (Quote interview projectleider)

Ook de afbakening van de programmadoelstelling tot (a) het verminderen van gezondheidsachterstanden op de thema's ervaren gezondheid en roken, overmatig alcoholgebruik en/of overgewicht, (b) de nadruk op participatie van de doelgroep en (c) de focus op gezinnen, werd door een groot deel van de geïnterviewden als positief ervaren. Tegelijkertijd ervoeren vooral de 46 projectleiders ook knelpunten door de afbakening. Zij bevonden zich soms in een spagaat tussen enerzijds doen waar de doelgroep om vraagt (het participatiedeel in de doelstelling van FNO) en

anderzijds werken aan het verkleinen van achterstanden op de vier door FNO geselecteerde thema's. Dit bevestigt het belang van een afbakening van een programmadoelstelling gebaseerd op wat de praktijk nodig heeft.

Alle geïnterviewden vertelden dat het belangrijk was dat het programma vijf jaar duurde. De geïnterviewden van FNO vertelden dat ze door de duur van vijf jaar de tijd hadden om contacten te leggen met andere landelijke organisaties en om het thema verminderen van gezondheidsachterstanden onder de aandacht te blijven brengen. Ook voor de projecten was een lange looptijd van belang: afhankelijk van de programmalijn waar projecten deel van uitmaakten en de precieze startdatum van een project had ieder project 3 tot 4 jaar de tijd. De projectleiders vertelden dat dit de mogelijkheid bood om eerst een goede samenwerking tussen de betrokken professionals, vrijwilligers en mensen uit de doelgroep op te bouwen en vervolgens ook nog de beoogde activiteiten op te zetten en uit te voeren. Het opbouwen van samenwerkingsrelaties en het onder de aandacht brengen van gezondheids-bevorderende activiteiten bij mensen met gezondheidsachterstanden vraagt volgens de meeste geïnterviewden immers al minimaal twee jaar.

10.3 Conclusie/duiding

De in dit hoofdstuk gepresenteerde bevindingen laten zien dat de onderdelen en kenmerken van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij op indirecte wijze impact hebben gehad op het verminderen gezondheidsachterstanden. De verschillende onderdelen van de programma-aanpak zijn van waarde geweest voor (a) het in de 46 projecten kunnen werken aan het verminderen van gezondheidsachterstanden en (b) het verspreiden van kennis over het op integrale participatieve wijze verminderen gezondheidsachterstanden. De waarde per programmaonderdeel of -kenmerk voor het verminderen van gezondheid van gezondheidsachterstanden bespreken we in hoofdstuk 11. Daar kunnen we de bevindingen uit dit hoofdstuk koppelen aan de bevindingen uit onderdelen van de programma-aanpak bij Gezonde Toekomst Dichterbij.

11. Conclusie en discussie

11.1 Inleiding

Het doel van dit evaluatieonderzoek was om te evalueren of het programma Gezonde Toekomst Dichterbij heeft bijgedragen aan het verminderen van gezondheidsachterstanden bij gezinnen in achterstandssituaties in termen van een afname van de gezondheidsrisico's roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht en aan een toename van de ervaren gezondheid. Dit doel is vertaald in vijf onderzoeksvragen. In de volgende paragraaf beantwoorden we op basis van de bevindingen van het onderzoek eerst deze onderzoeksvragen. Daarna behandelen we een aantal overkoepelende discussiepunten gevolgd door een methodologische beschouwing op het overkoepelend evaluatieonderzoek.

11.2 Beantwoording onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag 1: Welke doelstellingen hebben de projecten geformuleerd, op welke wijze wordt hieraan vormgegeven en hoe is dit geborgd?

Doelstellingen

De projecten hebben zich overwegend gericht op het verbeteren van de ervaren gezondheid (39 projecten) van gezinnen in een achterstandssituatie. Dit is voor de hand liggend omdat het een voorwaarde was binnen de subsidierondes van programmalijn 1 en 2. Daarnaast waren er ook veel projecten (34) die overgewicht onder gezinnen wilden aanpakken, vaak door middel van het stimuleren tot meer bewegen en/of gezonde eetgewoonten. Een kleiner aandeel van de projecten had als doel stoppen met roken (21) of het verminderen van alcoholgebruik (11). Bij de meeste projecten was er sprake van een combinatie van een doelstelling op ervaren gezondheid en één van de andere indicatoren.

Vormgeving

Vanwege de diversiteit in doelen binnen de projecten, en het feit dat de korte-termijn doelen lang niet altijd gingen over roken, alcoholgebruik, eet- en beweeggedrag of ervaren gezondheid, was het relevant om de projecten op een andere manier dan volgens een leefstijlthema of programmalijn in te delen. In het eerste jaar van het onderzoek hebben wij daarom op basis van een eerste ronde groepsgesprekken bij de projecten een alternatieve indeling gemaakt van 4 aanpakken die de projecten hanteerden om hun doelen te behalen:

1. activiteiten die zich direct op leefstijl richten (Naar gezond gedrag);
2. actieve betrokkenheid van de gezinnen bij organisatie en uitvoering (Gezinnen aan zet);
3. de (zorg)professional als belangrijke schakel (Werken in de buurt) en
4. sociale en professionele netwerken versterken (De buurt in verbinding).

Vaak ging het om een combinatie van deze aanpakken binnen een project en over de tijd hebben we een aantal strategiewisselingen gezien om projecten beter te laten aansluiten op de context. Activiteiten binnen de projecten waren gericht op het bereiken van de doelgroep, kennis vergroten en motiveren, activeren en participeren.

Bij projecten die (mede) een aanpak hadden die draaide om actieve betrokkenheid van gezinnen (gezinnen aan zet) zagen we dat de door FNO gegeven ruimte voor en flexibiliteit in het invullen van projectactiviteiten cruciaal was; actieve betrokkenheid was hier immers onderdeel van de projectactiviteiten en kostte tijd en energie. Echter, ook wanneer de aanpak van een project meer gericht

was op het creëren van een buurtnetwerk (buurt in verbinding) of op een veranderende rol van de professional (werken in de buurt), waren tijd en flexibiliteit cruciale voorwaarden voor de ontwikkeling en uitvoering van een project.

De uiteenlopende aanpakken die de projecten hebben gekozen, maken verder inzichtelijk dat er naast de leefstijluitkomsten stoppen met roken, minder overgewicht, minder alcoholconsumptie en een verbeterde ervaren gezondheid aanvullende, tussenliggende doelen een rol speelden bij het verbeteren van de gezondheid van gezinnen. Deze tussenliggende doelen gingen bijvoorbeeld over kennis en vaardigheden, de rol van een sociaal netwerk en sociale participatie, *empowerment*, de rol van de professional en van buurtnetwerken.

Borging

Ondanks dat projectleiders in hun projectplannen en bij de tussenrapportages steeds gestimuleerd werden om over borging na te denken door aan te geven wat ze aan borging deden werd er vanuit de programmaleiding van Gezonde Toekomst Dichterbij weinig opgelegd aan en vastgelegd met de projecten. Daarmee is er ook veel variatie te zien in de manier waarop borging is vormgegeven. Verschillende manieren van borging kwamen naar voren: 1) Kennisopbouw en verspreiding, 2) Eigenaarschap bevorderen, 3) Voortzetting van de financiering, 4) Verbreden van de aanpak, 5) Structurele aandacht voor het onderwerp, 6) Borging van samenwerking en 7) Duurzame gedragsverandering. Kennisverspreiding, eigenaarschap borgen en voortzetting van de financiering kwamen met meeste voor.

Bezuinigingen bij organisaties, personeelsswisselingen zowel binnen als buiten de projectgroep, en gescheiden portefeuilles bij gemeentes bleken borging te remmen. Persoonlijk contact met betrokkenen, enthousiasme bij organisaties en professionals, en het hebben van een lange adem en doorzettingsvermogen bleken bevorderend voor de borging.

Onderzoeksvraag 2: In hoeverre en op welke wijze is het de projecten gelukt om hun doelgroepen te bereiken?

Bereik

In totaal zijn naar schatting ruim 24.000 kinderen, 17.000 volwassenen en 35.700 gezinnen bereikt. Dit bereik is indrukwekkend te noemen. Er is een indeling gemaakt van hoog, matig en laag intensieve projecten. Hoog intensieve projecten zoals een coachingstraject voor zwangere vrouwen kenden een kleiner bereik dan laag intensieve projecten zoals een mediacampagne in een bepaalde buurt. Projecten met een hoger bereik waren niet noodzakelijkerwijs effectiever dan projecten met een lager bereik.

Het bereiken van gezinnen waarbij meerdere problemen tegelijk spelen vroeg om een grote investering van de projectteams en/of partners. Een persoonlijke en herhaalde benadering en met mensen in contact komen op plekken waar zij toch al komen of zijn is daarbij van belang.

Betrekken (participatie van de doelgroep)

Het betrekken van de gezinnen is in beide programmalijnen op veel verschillende manieren ingevuld. Gezinnen zijn vooral betrokken geweest bij de ontwikkeling en uitvoering van projectonderdelen en activiteiten. In veel mindere mate was er sprake van *empowerment* waarbij de doelgroep helemaal zelfstandig vormgaven aan de ideeën en activiteiten en waarbij dit ook als een hoofddoel van het project werd gezien.

Onderzoeksvraag 3: In hoeverre heeft het programma 'Gezonde Toekomst Dichterbij' bijgedragen aan een afname van de gezondheidsrisico's roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht en aan een toename van de ervaren gezondheid?

Het programma Gezonde Toekomst Dichterbij heeft voor zover bekend ten dele een bijdrage geleverd aan de afname van het gezondheidsrisico overgewicht/weinig bewegen en aan een toename van de ervaren gezondheid.

Op basis van de QCA blijkt dat meer dan de helft van de projecten een verbetering op ervaren gezondheid hebben gemeten en dat de condities 'Programmaliijn 1' en 'Naar gezond gedrag' hier positief aan bijdragen. Dat betekent dat de kenmerken van programmaliijn 1 - het starten met een voorfase om samen met bewoners een plan van aanpak te ontwikkelen - en activiteiten direct gericht op leefstijlfactoren tot een positieve uitkomst leiden op ervaren gezondheid.

Ook blijkt dat de QCA's uitwijzen dat van de projecten die zich richten op overgewicht:

- Een meerderheid ook daadwerkelijk een kleine verbetering hebben gemeten.
- Voor het verminderen van overgewicht (meer bewegen en gezonder eten) een aanpak 'Naar gezond gedrag' (het organiseren van leefstijlactiviteiten) nodig is. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat er vaak nog voorbereiding nodig is zoals vertrouwen winnen, tijd nemen om op zoek te gaan naar de kwetsbare doelgroep, blijven uitnodigen, zoeken naar activiteiten die aansluiten, activiteiten organiseren die leuk zijn ofwel de situatie moet rijp zijn voor deze aanpak.
- Vooral de combinatie van condities 'Programmaliijn 1', 'Werken in de buurt' en 'Naar gezond gedrag' een positief effect had op overgewicht. Dat betekent de combinatie van een voorfase waarin in beeld was gebracht welke problemen er speelden en waar behoefte aan was bij bewoners én waarbij (zorg)professionals een belangrijke schakel waren en waarbij ingezet werd op activiteiten gericht op leefstijl een positief effect hadden op overgewicht.

Over bijdragen aan een afname van de risico's roken en alcoholgebruik kunnen we geen uitspraken doen op basis van de voor deze evaluatie beschikbare informatie.

Onderzoeksvraag 4: Wat waren de mechanismen (succesfactoren) bij het terugdringen van gezondheidsrisico's en het bevorderen van de ervaren gezondheid en welke theoretische kaders liggen hieraan ten grondslag?

Mechanismen

Of een aanpak of activiteit werkte of niet werkte werd mede bepaald door de context waarin deze werd geïmplementeerd. De context, oftewel geschiedenis, sociale en fysieke omgeving, persoonlijkheden, bestaande attitudes en eerdere ervaringen, speelde dus een belangrijke rol in de werkzaamheid van de verschillende interventies. Daarnaast is een aantal mechanismen te onderscheiden die hebben geleid tot positieve uitkomsten voor de gezinnen en voor professionals. Kennis over deze mechanismen is belangrijk voor beleidsmakers en sociale en gezondheidsprofessionals omdat ze zich in hun werk dan kunnen richten op het in gang zetten van deze mechanismen, wat vervolgens weer kan leiden tot positieve uitkomsten.

Zeven mechanismen speelden een belangrijke rol bij de aanpakken waarin verandering bij gezinnen (mede) centraal stond ('gezinnen aan zet' en 'buurt in verbinding'). De activiteiten binnen deze aanpakken 'werken' wanneer (1) mensen erdoor ervaren dat ze niet de enigen zijn met een bepaalde problematiek, (2) mensen ervaren serieus te worden genomen (3) mensen ervaren dat er geen tegenprestaties worden verwacht (4) mensen ervaren dat ze daadwerkelijk iets kunnen bijdragen (5) mensen ondervinden wat een gezonder leven met hen doet (6) mensen het voorbeeld van anderen gaan volgen (7) mensen ervaren dat de interventie bij hen past.

Ook voor de aanpakken waarin professionals centraal stonden ('werken in de buurt' en 'buurt in verbinding') zien we een aantal belangrijke mechanismen terugkomen. Activiteiten hadden een positieve uitkomst als deze het volgende opriepen bij de professionals: (1) professionals ervaren dat

een gevraagde inspanning realistisch is (2) professionals ervaren ruimte voor een andere manier van werken (3) professionals ervaren dat ze als professional in verbinding staan met andere professionals (4) professionals ervaren waardering en (5) professionals voelen zich geïnspireerd.

Theoretische kaders

Een groot deel van de projecten had de theoretische of praktische verwachting dat actieve participatie van gezinnen bij het project leidt tot gezondheidswinst. Een aantal van de gevonden mechanismen of succesreacties onder gezinnen bevestigt deze verwachting. Door participatie *kunnen* gezinnen ervaren dat zij serieus genomen worden en dat zij iets kunnen bijdragen. Hier, en ook bij alle andere mechanismen, geldt dat de projectactiviteiten enkel in een specifieke situatie (context) positieve reacties oproepen.

Projecten hadden ook de verwachting dat veranderingen bij professionals een belangrijke rol speelden bij gezondheidswinst onder gezinnen in een achterstandssituatie. In de positieve uitkomsten bij professionals op het gebied van kennis, vaardigheden en attitudes is te zien dat veranderingen bij professionals als uitgangspunt wel degelijk iets op kunnen leveren, bijvoorbeeld een andere werkwijze of een andere houding tegenover het werken met gezinnen in een achterstandssituatie. Ook voor samenwerking zien we dit terug: uitkomsten op het niveau van de professional gaan vaak over het versterken van het professionele netwerk.

Onderzoeksvraag 5: Wat hebben de verschillende elementen van de programma-aanpak van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij apart en in samenhang met elkaar betekend voor het verminderen van gezondheidsachterstanden?

Verschillende onderdelen en kenmerken van de programma-aanpak van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij hebben op indirecte wijze impact gehad op het verminderen gezondheidsachterstanden van gezinnen in een achterstandssituatie. Ze zijn van waarde geweest voor (a) het in de 46 projecten kunnen werken aan het verminderen van gezondheidsachterstanden en (b) het verspreiden van kennis over het op integrale en participatieve wijze verminderen gezondheidsachterstanden.

Hieronder bespreken we de waarde van de verschillende programmaonderdelen en kenmerken voor het verminderen van gezondheidsachterstanden van gezinnen in een achterstandssituatie.

- De kwartiermakersronde zorgde ervoor dat het programma aansloot bij wat er in de praktijk speelde rondom het verminderen van gezondheidsachterstanden. Hierdoor financierde FNO projecten die aansloten bij de behoeften van de doelgroep gezinnen in een achterstandssituatie en van de professionals die werken met deze gezinnen.
- Het literatuuronderzoek is van waarde geweest omdat het aanvragers ideeën en inspiratie gaf voor het ontwikkelen van hun plan van aanpak voor het verminderen van gezondheidsachterstanden. De focus van het literatuuronderzoek lag vooral bij bewezen effectieve interventies, terwijl we nu weten dat het bij het verminderen van gezondheidsachterstanden minstens zo belangrijk is om te kijken naar welke aanpak/strategie past binnen de context waarin een project of activiteit werkt.
- Het opdelen van het programma in twee programmalijnen is voor de praktijk waardevol geweest omdat hierdoor verschillende typen projecten en organisaties een subsidieaanvraag konden indienen bij FNO. Of de opdeling in twee programmalijnen van waarde is geweest voor het verminderen van gezondheidsachterstanden is onduidelijk. Te meer omdat we tussen de projecten uit de twee programmalijnen slechts beperkte verschillen zien in de werkwijzen en opbrengsten.

- Dat programmalijn 1 startte met een fase waarin de projecten samen met de doelgroep activiteiten ontwikkelde werd als zeer waardevol ervaren voor het kunnen werken aan het verminderen van gezondheidsachterstanden. Het hielp om een groep van betrokken professionals en bewoners samen te kunnen stellen. Overigens wil dit niet zeggen dat projecten uit programmalijn 2 dit niet ook op deze manier deden (zie ook de bevindingen in Hoofdstuk 6), maar het feit dat FNO hier in programmalijn 1 ruimte voor reserveerde zorgde ervoor dat het sowieso gebeurde.
- De wijze waarop FNO de programmalijnen heeft aangestuurd en ondersteund leidde ertoe dat de projecten een werkwijze en activiteiten hebben kunnen ontwikkelen die aansloten bij de contexten waarin zij werkten. Dit zat hem vooral in de ruimte die de projecten kregen om te leren over de kenmerken en wensen van de doelgroep en om te experimenteren met activiteiten die daarbij aansloten. Hierdoor ontstond de mogelijkheid om te kunnen doen wat nodig was voor het verminderen van de gezondheidsachterstanden bij de specifieke groep en/of in het gebied waar een project zich op richtte.
- De wijze waarop FNO de projecten aanstuurde en ondersteunde was ook betekenisvol voor de motivatie van de projecten. Met name de projectleidersbijeenkomsten en het overkoepelende evaluatieonderzoek gaven de projectleiders een gevoel van verbondenheid aan het thema en met andere projecten. Ze kregen het gevoel er niet alleen voor te staan en onderdeel uit te maken van een groter geheel, en dit droeg bij aan extra intrinsieke motivatie om zich te blijven inzetten.
- De duur van het programma was van grote betekenis voor het kunnen werken aan het verminderen van gezondheidsachterstanden. Dit was voor de projecten nodig om aan te kunnen sluiten bij de context waarin zij werkten en om daadwerkelijk gezinnen in een achterstandssituatie te bereiken met en te betrekken bij hun activiteiten.
- De programmaonderdelen agendasetting en kennisdeling zijn tot dusver nog beperkt van waarde geweest voor het verminderen van gezondheidsachterstanden. Het gaat dan zowel om de kennisdeling tussen de projectleiders, die soms meer verdiepende kennis nodig hadden, als om kennisdeling richting beleidsmakers. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat een deel van de ontwikkelde kennis pas beschikbaar is na afloop van het programma. Dit geldt bijvoorbeeld voor dit overkoepelende evaluatieonderzoek en voor de in de projecten uitgevoerde (promotie)onderzoeken. In het hoofdstuk met de aanbevelingen doen we suggesties voor hoe FNO de agendasetting en kennisdeling nog betekenisvoller kan invullen.
- Wat betreft agendasetting op lokaal niveau hebben de projecten regelmatig gebruik gemaakt van de door FNO ontwikkelde materialen, bijvoorbeeld om hun activiteiten te kunnen borgen. Voorbeelden hiervan het door de klankbordgroep geschreven boek 'Je ziet het niet' en de portretten van professionals, gezinnen en projecten op de website van FNO.

11.3 Overkoepelende discussiepunten

Het doel 'verkleinen van gezondheidsachterstanden van gezinnen in een achterstandssituatie' werd zowel door projectleiders als het bredere netwerk van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij gezien als een maatschappelijk relevant thema. Er zijn successen behaald die allemaal op hun eigen manier bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsachterstanden. Voorbeelden van deze successen zijn dat bewoners een actieve rol hebben genomen in de ontwikkeling, organisatie en uitvoering van activiteiten, dat professionals op een andere manier zijn gaan werken om ouders en/of kinderen te bewegen tot een gezondere leefstijl, en dat professionals en beleidsmakers door het project meer belang zijn gaan hechten aan het werken met integrale participatieve aanpakken. Ook zijn er in de projecten veel individuele successen behaald in de ervaren gezondheid, in het meer bewegen of gezonder eten, in het verminderen van overgewicht of het zetten van de (eerste) stappen richting het

stoppen met roken of minderen in alcoholgebruik. De vraag blijft natuurlijk altijd bestaan in hoeverre de inspanningen van de projecten zonder extra financiering haalbaar zijn in de gewone dagelijkse praktijk. De financiële impuls heeft namelijk wel degelijk bijgedragen aan de opbrengsten van het programma. Die financiering zal voorlopig ook nodig blijven, maar er zijn op basis van de resultaten van dit onderzoek ook voldoende aanpassingen mogelijk die achterstanden kunnen verminderen zonder dat dit veel geld hoeft te kosten (zie ook Hoofdstuk 12).

Bereik: gezinnen en een goede voorbereiding is het halve werk

Het programma Gezonde Toekomst Dichterbij had tot doel om vooral gezinnen in een achterstandssituatie te bereiken. Daaraan ten grondslag ligt onder andere dat gezondheidsachterstanden vaak van ouder op kind, van generatie op generatie, worden overgedragen. Het doorbreken van die intergenerationele overdracht is binnen de projecten op verschillende manieren vormgegeven. Zo is gewerkt vanuit de gedachte dat veranderingen in leefstijl bij één gezinslid ook invloed hebben op de rest van het gezin. Vanuit deze gedachte hebben projecten zich bijvoorbeeld vooral op kinderen, ouders, moeders of op aanstaande moeders gericht. Daarnaast hebben projecten activiteiten voor het volledige gezin georganiseerd; van samen sporten tot een traject waarbij een gezinsplan centraal staat. Ook is binnen de projecten gewerkt aan veranderingen in de sociale en fysieke omgeving waarin kinderen opgroeien, om zo verandering bij volgende generaties tot stand te brengen. Al deze benaderingen van het doorbreken van intergenerationele overdracht gaan echter uit van een lange termijn effect van de projecten. Op basis van de in deze evaluatieperiode beschikbare cijfers over bereik en effectiviteit is niet af te leiden in hoeverre zo'n rimpeleffect binnen en naar gezinnen zich daadwerkelijk heeft voorgedaan. Daarnaast hoorden we van de projectleiders weinig over het doorbreken van de intergenerationele overdracht en hebben wij het ook niet expliciet uitgevraagd.

Projectbetrokkenen gaven soms aan dat ze het wel voor zich zagen hoe hun activiteiten op langere termijn door kunnen werken op gezondheid. Met name als ze zich hadden ingezet voor kinderen. Zij gaven bijvoorbeeld aan dat kinderen in een situatie zaten waarbij ze afhankelijk waren van wat ze thuis aangeboden kregen maar dat ze het later mogelijk wel zelf anders zouden doen omdat ze door het project een ander perspectief kregen aangereikt.

Bereik is in deze overkoepelende evaluatie naar voren gekomen als noodzakelijke randvoorwaarde voor het slagen van een project. Dit lijkt een logische constatering. Echter, niet in alle projecten en ook vanuit het programma Gezonde Toekomst Dichterbij is vooraf duidelijk geweest welke tijdsinvestering en aandacht nodig is om gezinnen in een achterstandssituatie daadwerkelijk te bereiken. Dit heeft ervoor gezorgd dat sommige projecten pas gedurende de looptijd van het project een goede of alternatieve strategie op bereik ontwikkelden. Sommige projecten wisten een grote instroom te bereiken omdat ze deelnemers op een bepaalde manier gingen belonen. Hierbij blijft het de vraag of mensen meededen omdat het voldeed aan hun behoefte of omdat ze in beweging kwamen vanwege de tegenprestatie.

Gedragsverandering

Bij duurzame verandering van leefstijl onder gezinnen in een achterstandssituatie komt heel veel meer kijken dan alleen het tweewegbrengen of mogelijk maken van die gedragsverandering zelf. Het gaat (ook) over professionele en sociale netwerken rondom de gezinnen, en over empowerment van kwetsbare groepen, bijvoorbeeld door participatie. Veel projecten hadden hier ook oog voor maar het kwam niet altijd terug in de uiteindelijke doelstellingen van de projecten.

Daarnaast wilden veel projectleiders enerzijds tegemoetkomen aan de gezondheidsdoelen van Gezonde Toekomst Dichterbij maar vonden het anderzijds niet reëel en lastig om een verandering van gezonde leefstijl onder deze doelgroep binnen 3-4 jaar te realiseren. Uit deze evaluatie blijkt dat deze verwachting ook klopt. Taboes speelden een rol, bijvoorbeeld bij roken was er schaamte omdat het niet lukt (zelf) te stoppen of juist druk werd ervaren vanuit de sociale omgeving. Over alcoholgebruik is

duidelijk geworden dat veel mensen hun alcoholgebruik verbergen, vaak omdat dit sociaal wenselijk is, er niet over willen praten of de ernst van hun gebruik onderschatten. Een aantal projecten hebben hun focus veranderd en zijn vanwege de ervaringen of wensen van de gezinnen overgestapt van bijvoorbeeld een focus op roken naar overgewicht. Ondanks dat alle projecten aan de slag gingen met ervaren gezondheid, is dit bij een paar projecten niet meegenomen als uitkomstmaat in de evaluatie waarschijnlijk omdat een leefstijlthema zoals overgewicht of roken helemaal centraal stond in deze projecten.

Naast het werken aan gezond gedrag was er ruimte voor de projecten – zowel de praktijkgerichte als projecten geïnitieerd door wetenschappers – om op hun eigen manier invulling te geven aan de doelstellingen. Leefstijl(verandering) bleek vaak niet de eerste prioriteit en men had vaak oog voor de meer distale determinanten van gezondheid. Het verschil tussen project- en programmadoelen gaf veel inzicht in wat ‘in de praktijk’ als prioriteiten worden gezien als het gaat om gedragsverandering. Aan de andere kant leverde dit verschil ook spanning op tussen wat als ‘haalbaar’ en ‘meetbaar’ werd gezien/geacht door enerzijds programma-organisatie en anderzijds projectleiders.

Daarnaast bleek dat voor alle aanpakken voldoende tijd en aandacht nodig was, het kon er vaak niet ‘even bij’. Veranderingen in de rol van de professional vragen tijd en aandacht, hetzelfde geldt voor het versterken van buurtnetwerken en niet in de laatste plaats voor processen waarin participatie van gezinnen in een achterstandssituatie centraal staat.

Verschillen en overeenkomsten tussen programmalijn 1 en 2

Het lijkt erop dat de projecten uit programmalijn 1 meer resultaat hebben opgeleverd met betrekking tot een afname van overgewicht en een toename van de ervaren gezondheid. Er is een aantal mogelijke verklaringen. De projecten in programmalijn 1 hebben eerst lokaal de behoeften en mogelijkheden verkend en konden daarom gerichter te werk gaan. Gerichter kan inhouden dat er bijvoorbeeld beter zicht was op wat de doelgroep nodig had of dat de doelgroep überhaupt beter in beeld was. Een andere mogelijke verklaring ligt in het feit dat de projecten in programmalijn 1 simpelweg langer de tijd hadden dan projecten in programmalijn 2 om effect te sorteren. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de projecten van programmalijn 2 in hun aanvraag vooraf moesten aantonen dat ze over voldoende draagvlak beschikten en al een netwerk hadden opgebouwd om toegekend te worden. In de praktijk zagen we echter dat voor beide programmalijnen er verschillende aanpakken werden gehanteerd en er soms toch nog extra tijd nodig was voor netwerk opbouw en draagvlak creëren. Het wil overigens niet zeggen dat de projecten uit programmalijn 2 geen effect hadden: in deze projecten is immers veel bereikt als het gaat om het trainen en scholen van professionals, het betrekken van de gezinnen en het bouwen van netwerken om de gezinnen heen. Ook zien we binnen bijna alle projecten veel individuele succesverhalen over veranderingen op leefstijl terug.

Samenwerking tussen onderzoek en praktijk

Bij alle projecten was er sprake van een combinatie van praktijk en onderzoek. Soms waren de onderzoekers leidend en soms de praktijkpartners. Dit leverde bij veel projecten mooie, elkaar versterkende, teams op. Inzichten uit het onderzoek hebben in een aantal projecten veel toe kunnen voegen aan de praktijk, en andersom is input vanuit de praktijk van grote waarde gebleken voor goed onderzoek. Het samenspel tussen praktijk en onderzoek leverde echter aan beide kanten ook spanning op: de meer ‘onderzoeksgerichte’ projecten hadden meer moeite om aan te sluiten bij de praktijk en inclusie bleek lastig. De meer ‘praktijkgerichte’ projecten hadden meer moeite met het eigen evaluatieonderzoek.

Vaak was er binnen de projectteams een rolverdeling van projectleden die het project uitvoerden en projectleden die het project evalueerden. In veel gevallen heeft dit goed gewerkt maar soms waren er ook verschillende belangen zoals het behalen van voldoende respons en de zorg om overbelasting van

de respondenten. Projecten met een universiteit in de lead probeerden soms met wisselend resultaat beide rollen in te vullen. Soms was er weerstand vanuit de praktijk richting de onderzoekers die het project wilden komen uitvoeren en soms was er juist veel waardering voor wat vanuit de wetenschap werd toegevoegd. Door projecten waar een praktijkpartner in de lead was is soms een minder doordacht evaluatieonderzoek uitgevoerd.

Ruimte om anders te werken?

Binnen een groot deel van de projecten werd van professionals gevraagd een andere werkwijze aan te leren en te implementeren dan dat ze gewend waren. Veel professionals bleken wel anders te willen werken. Echter, de manier waarop de gezondheidszorg en het welzijnswerk georganiseerd en gefinancierd is, bemoeilijkt zo'n verandering vaak. Om verandering bij professionals mogelijk te maken is een substantiële investering van in ieder geval tijd en aandacht nodig, maar ook dienen structurele factoren (zoals institutionele kenmerken, protocollen voor beroepsgroepen etc.) aangepakt te worden. De vraag is of je met gezondheidsprojecten zoals die binnen Gezonde Toekomst Dichterbij iets kunt veranderen aan deze meer structurele/systemische factoren, of dat daarvoor gerichtere projecten/acties nodig zijn met een focus op de rol en omgeving van de professional.

11.4 Methodologische beschouwing

Ieder onderzoek heeft zijn tekortkomingen zoals ook dit overkoepelend evaluatieonderzoek. We willen echter deze methodologische beschouwing beginnen met het aangeven dat we bijzonder trots zijn op de rijkdom van data die we hebben weten te verzamelen. Daarnaast hebben we bijna een respons van 100% behaald. Ook hebben we 2 innovatieve onderzoeksbenaderingen toegepast: de QCA en de realistische evaluatie. Daarmee hebben we ook echt zicht gekregen op een aantal factoren die anders niet aan het licht waren gekomen.

Het samenvoegen van datasets met kwantitatieve data van de afzonderlijke evaluaties van de projecten was niet mogelijk en was ook niet wenselijk omdat alle projecten dan veel meer via een gestandaardiseerd protocol hadden moeten werken. Middels QCA hebben we echter de kwalitatieve data wel gekwantificeerd. Deze data in combinatie met de verdiepende kwalitatieve analyses laten zien dat als er oprecht wordt geluisterd, op een respectvolle manier wordt samengewerkt en professionals de vaardigheden en de ruimte hebben er wel degelijk mogelijkheden zijn om gezondheidsverschillen te verkleinen.

De uitgangspunten voor het evaluatieonderzoek, van empowerment & gelijkheid, diversiteit, complexiteit, meetbaarheid & tijd, hebben een positieve invloed gehad op de overkoepelende evaluatie. Er is door vanuit deze principes te werken goed rekening gehouden met de diversiteit en complexiteit van het programma. Daarnaast is er veel relevante informatie verzameld op relatief innovatieve manier. Er zijn nog veel extra analyses mogelijk met de data die we verzameld hebben. Deze schat aan informatie leent zich goed om verder te worden gebruikt voor een aantal artikelen in peer-review tijdschriften.

We zijn ons steeds bewust geweest van het feit dat het overkoepelende evaluatieonderzoek een extra belasting kan betekenen voor de projecten. Op verschillende manieren is, overwegend succesvol, geprobeerd de belasting voor projectbetrokkenen zo laag mogelijk te houden. Het goede overleg en de afstemming met FNO was hierin cruciaal.

Hieronder worden een aantal kritische kanttekeningen van ons onderzoek besproken:

Overal hetzelfde meten of variatie toestaan?

Voor het overkoepelend evaluatieonderzoek is bewust gekozen om niet aan alle projecten te vragen om dezelfde meetinstrumenten voor met meten van ervaren gezondheid en de gezondheidsgedragingen te

gebruiken. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat het in tijd (de projecten waren al begonnen toen het evaluatieonderzoek opstartte) en in design en uitvoering niet haalbaar bleek (doelgroepen en werkwijzen van de projecten lagen te ver uiteen). Daarnaast wilde FNO niet dat onderzoek de projecten zou remmen bij het doen wat nodig was. Het nadeel is dat er achteraf niet op een gestandaardiseerde manier effecten kunnen worden gemeten en er dus niet een uitspraak mogelijk is over tot hoeveel gewichtsverlies het programma precies heeft geleid of over hoeveel deelnemers zijn gestopt met roken of minder zijn gaan drinken. Het grote voordeel is dat projecten de ruimte hadden om naar eigen inzicht metingen te doen die goed aansloten bij de activiteiten en de eigen doelstellingen en onderzoeksvragen en dat we dus heel dicht bij de dagelijkse werkelijkheid van de praktijk konden blijven.

Wisselende kwaliteit van de data: (tussen)rapportages en projectevaluaties

De cijfers over bereik zijn bijgehouden door projectleiders zelf en gerapporteerd aan FNO en de evaluatieonderzoekers in de schriftelijke tussenrapportages. Tijdens het in kaart brengen van het bereik zijn enkele beperkingen van deze manier van werken aan het licht gekomen, waarvan de belangrijkste zijn: 1) De bereikcijfers zijn onduidelijk (e.g. overlap, dubbeltellingen), 2) De bereikcijfers zijn niet compleet, 3) Er is sprake van inconsistentie in de data (e.g. data is niet op dezelfde wijze verzameld, tellen van aantallen). De bereikcijfers in dit rapport geven een indicatie van het programmabereik, maar zijn vanwege deze beperkingen geen exacte weergave en dienen dus met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Bij het verzamelen van data middels groepsgesprekken is aan projectleiders gevraagd deze te organiseren. Daarbij is aangegeven wie we liefst bij de groepsgesprekken aan tafel wilden hebben, en in het grootste deel van de gesprekken vormde het gezelschap aan tafel een mooie afspiegeling van de betrokkenen bij het project. Maar er is ook een aantal gesprekken geweest waarbij deze representativiteit minder volledig was, of waar de gesprekken korter waren dan gewenst. Het hangt er natuurlijk vanaf wie er aan tafel zat en hoe lang er gepraat kon worden, en welke ervaringen gedeeld werden. Echter, door de diversiteit van projecten en de continue dataverzameling over alle projecten, meerdere betrokkenen per project, en meerdere momenten, kregen we met alle stukjes toch de puzzel in beeld. Alle dataverzamelingsmethoden gaven samen een beeld van de verschillende aspecten en het palet aan mechanismen. En we kregen ook goed inzicht in de context.

Bij de dataverzameling na het eerste jaar is steeds in belangrijke mate uitgegaan van de vier door de onderzoekers gedefinieerde aanpakken. Bij een project waar bijvoorbeeld de actieve betrokkenheid van gezinnen ('gezinnen aan zet') een duidelijke strategie vormde gaf de handleiding voor de groepsgesprekken ruimte om juist op aspecten van betrokkenheid verder in te gaan. Dit volgen van de projecten en hun aanpakken heeft voor het overkoepelend evaluatieonderzoek veel inzichten opgeleverd over mechanismen en ontwikkelingen door de tijd. Daarnaast heeft het projecten de ruimte gegeven te vertellen over processen en resultaten die niet enkel gaan over leefstijluitkomsten. Een consequentie van dit design is echter ook dat er relatief veel tijd gaat zitten in het definiëren van die aanpakken en aanvullende uitkomsten, waar een meer rechttoe-rechtaan effectevaluatie eerder na toekenning van start had kunnen gaan.

Ieder project binnen Gezonde Toekomst Dichterbij diende een proces- en/of effectevaluatie uit te voeren. Zoals beschreven in Hoofdstuk 2 zaten er grote verschillen tussen de proces- en/of effectevaluaties die de projecten zelf uitvoerden. Zo waren er projecten die een lichte evaluatie uitvoerden op basis van interviews met bewoners en professionals en projecten die enquêtes afnamen met bewoners na deelname aan een activiteit. Ook waren er projecten waarin het onderzoek een veel centralere rol had, zoals promotieonderzoeken naar participatief werken bij het verminderen van gezondheidsachterstanden of naar de effectiviteit van een interventie.

We signaleren een aantal aandachtspunten rondom de proces en/of effectevaluaties die de projecten zelf hebben uitgevoerd of (laten) uitvoeren. Het eerste heeft te maken met de grote diversiteit aan onderzoeksopzetten en ingezette onderzoeksmethoden. Hoewel de onderzoeken hierdoor goed pasten bij de context van de individuele projecten, maakte dit het complex om op basis van deze proces- en effectevaluaties uitspraken te doen op programmaniveau. Het tweede aandachtspunt is dat er tussen de projectteams zeer grote verschillen waren in de kennis over en ervaring met onderzoek doen. De projecten met weinig kennis en ervaring op dit vlak hadden grote moeite met het opzetten van het onderzoek. Zo nodig adviseerde het programmabureau deze projecten om een onderzoekspartij op te nemen in het projectteam. Het derde aandachtspunt is dat zeker de helft van de projectleiders aangaf dat het voor hen onduidelijk was hoe hun eigen onderzoek en het overkoepelende evaluatieonderzoek zich tot elkaar verhielden. Dit was vooral zo bij de projecten waarin onderzoek een centrale rol had zoals de promotieonderzoeken. Mogelijk hebben we onvoldoende duidelijk gemaakt hoe we alle data zouden gaan analyseren.

Ten slotte waren er projecten waarin spanning ontstond tussen het onderzoek en de praktische aanpak in de praktijk. Zo kennen we een voorbeeld van een praktijkaanpak die zich graag zou richten op een bredere doelgroep om zo meer mensen te ondersteunen bij het ontwikkelen van een gezondere leefstijl, maar in deze ambitie werd teruggeroepen omdat de effectstudie dan niet meer zuiver kon plaatsvinden.

Samenvattend leren de observaties over de proces- en/of effectevaluaties in de projecten ons dat het vooral belangrijk is dat het onderzoek in de projecten in dienst moet staan van de praktijk. Dan hebben de projecten, en dus ook het hele programma, de meeste kans om impact te hebben op de levens van de gezinnen in een achterstandssituatie. Wanneer er daarnaast over de projecten heen kennisvragen moeten worden beantwoord, dan lijkt het belangrijk om deze overkoepelend te beantwoorden en om de projecten eenduidig en eenvoudig te informeren over welke data zij hiervoor op welke manier kunnen verzamelen.

Accounthouders

Het feit dat één van de onderzoekers (accounthouders) zijn/haar projecten over de jaren heeft gevolgd kan ook van invloed zijn geweest op de resultaten al denken we dat het voordeel van het opbouwen van een vertrouwensband wel opweegt tegen de mogelijke kans op bias.

Sociaal-wenselijke antwoorden?

In de overkoepelende evaluatie zijn veel data verzameld onder projectleiders. Daarbij is uitgegaan van wat de projectleiders zeiden of rapporteerden, zoals de bereikcijfers maar dit geldt ook gedeeltelijk voor de informatie over mechanismen. Ook veel informatie is afkomstig uit de groepsgesprekken waarbij de groepsgrootte ook een rol kan hebben gespeeld omdat bij kleine groepen bepaalde mensen meer aan het woord konden komen dan in grotere groepen. Sociaal wenselijkheid van antwoorden hebben we (deels) kunnen ondervangen door: vertrouwelijkheid (niet op projectniveau rapporteren), onze onafhankelijke rol - wij waren er niet om ze te beoordelen, benadrukken dat het ook om de negatieve dingen ging, door soms grote groepen op te splitsen in kleinere groepen en door steeds aan te geven dat we begrip hadden voor hoe moeilijk en complex de thematiek is. Het hielp ook dat FNO inzette op kennisuitwisseling tussen projecten in bijvoorbeeld de projectleidersbijeenkomsten. Daardoor zagen projectbetrokkenen bij anderen dat het daar ook niet altijd makkelijk ging en maakte het hen makkelijker om hun eigen problemen te vertellen. Tenslotte werd FNO ervaren als flexibel als het gaat om het in overleg bijstellen van projecten en doelen. Ook dit heeft bijgedragen aan een open houding vanuit de projectleiders tijdens de dataverzameling voor het overkoepelend evaluatieonderzoek.

Welke analyses wel en welke niet?

In het overkoepeld evaluatieonderzoek is ervoor gekozen om veel verdiepend onderzoek te doen, en waar mogelijk ook te achterhalen welke verklarende factoren samenhangen met gevonden effecten.

Voor dit laatste is QCA gebruikt, voor de verdieping kwalitatieve analyses en een *realist* analyse. De vier gedefinieerde aanpakken zijn leidend geweest in de analyses. Het is goed mogelijk dat er daarmee relevante factoren buiten beschouwing zijn gelaten, die wel veel invloed hebben op de processen en effectiviteit van de projecten. Al op het moment waarop de keuze is gemaakt om de aanpakken als basis voor de analyses te nemen, waren er relevante factoren die we uitsloten, bijvoorbeeld of de hoofdaanvrager van een project uit de praktijk of uit de wetenschap komt, of er een specifieke doelgroep is zoals kinderen, wat de intensiteit van de projecten/activiteiten is geweest, etc. In een grootschalig, overkoepelend evaluatieonderzoek is het omwille van de haalbaarheid cruciaal deze keuzes te maken. De gemaakte keuzes bieden ook ruimte voor relevant vervolgonderzoek.

QCA

Op basis van de QCA konden we geen uitspraken doen over de uitkomstmaten alcoholgebruik en (stoppen met) roken. Bij deze uitkomstmaten was de data ontoereikend: er waren simpel gezegd te weinig projecten met te weinig diverse uitkomsten voor een betrouwbare analyse. Voor de uitkomstmaten Overgewicht/bewegen en Ervaren gezondheid was de benodigde variatie wel aanwezig in de data.

Eén van de stappen in de QCA is dat aan de onderzoekers van het overkoepelend evaluatieonderzoek is gevraagd voor 'hun' projecten te beoordelen in hoeverre ze er zeker van zijn dat de scores van de uitkomstmaten overeenkomen met de werkelijkheid. Een soort zekerheidsscore (range 0, 0.33, 0.67 en 1). In vier gevallen was er relatieve onzekerheid over data (zekerheidsscore 0.33). Om te controleren of deze onzekerheid resultaten van de analyse heeft beïnvloed is er een controle-analyse uitgevoerd zonder deze vier projecten. Deze controle-analyse versterkt onze uitspraken over Overgewicht/bewegen en Ervaren gezondheid.

Realistische evaluatie

Vanwege de complexiteit van een multi-project programma zoals Gezonde Toekomst Dichterbij, is ervoor gekozen om (ook) verdiepend evaluatieonderzoek uit te voeren met een *realist* benadering. Dit heeft veel inzichten opgeleverd over wat nu waarom een rol speelt bij het al dan niet terugzien van resultaten bij de gezinnen en betrokken professionals. Punten van aandacht/discussie hierbij zijn:

- Idealiter bestond de data voor de *realist* analyse enkel uit persoonlijke getuigenissen, verzameld in een interview of groepsgesprek. In onze groepsgesprekken en interviews is ook veel getuigd over wat anderen (zoals een projectleider of professional) hebben gezien of gehoord als ervaringen. De omvang van het programma liet niet toe om bijvoorbeeld met elke betrokkene persoonlijke gesprekken te organiseren of middels participerende observatie als onderzoeker zelf getuige te zijn van wat er bij alle projectactiviteiten gebeurde.
- In dataverzameling en analyses is leidend geweest wat werkt, en minder wat *niet* werkt. Mogelijk missen er daardoor resultaten of nuances.
- Binnen het tijdbestek van de overkoepelende evaluatie en omdat de dataverzameling pas recent is afgerond was er geen tijd om de gevonden mechanismen te herleiden naar wetenschappelijke, abstracte theorieën of naar andere vakgebieden, terwijl dit juist veel interessante inzichten op kan leveren.

Evaluatie van de programma aanpak

De evaluatie van de programma-aanpak ging over de vraag wat de verschillende programmaonderdelen hebben betekend voor het verminderen van gezondheidsachterstanden van gezinnen in een achterstandssituatie. In de ervaring van de geïnterviewden was er echter geen directe, maar een indirecte relatie tussen de programmaonderdelen en het verminderen van gezondheidsachterstanden. De verhalen van de geïnterviewden gingen veel meer over wat de programmaonderdelen betekenden voor de 46 projecten en voor agendasetting en kennisdeling. Of de projecten en de agendasetting- en

kennisdeling-activiteiten vervolgens hebben geleid tot het bereiken van het programmadoel is lastig te zeggen. Voor de projecten was dit te ondervangen met de uitkomsten uit de andere onderdelen van deze overkoepelende evaluatie.

Een ander punt van aandacht is dat de verhalen die tijdens de evaluatie van de programma-aanpak naar voren kwamen vooral gingen over de 46 projecten. Dit is deels te verklaren doordat we alle 46 projectleiders vragen hebben gesteld over de programma-aanpak, tegenover 12 interviews met andere actoren, waaronder een groepsinterview met de klankbordgroep. Tegelijkertijd is het ook in de andere 12 interviews vooral gegaan over de 46 projecten, ondanks dat wij wel naar de andere onderdelen hebben gevraagd. Mogelijk waren de projecten het meest zichtbare en tastbare onderdeel van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij en zijn hierdoor de andere onderdelen van de programma-aanpak wellicht iets onderbelicht geweest in de programma-aanpak.

12. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk formuleren we aanbevelingen over de uitgangspunten voor het verkleinen van gezondheidsachterstanden onder gezinnen in een achterstandssituatie, aanbevelingen voor het beleid en de praktijk, aanbevelingen over de opzet van een nieuw programma, over de rol van onderzoek bij een nieuw programma en de rol van het programmabureau. Veel van de aanbevelingen staan niet los van elkaar maar hangen juist samen en versterken elkaar.

12.1 Uitgangspunten voor het verkleinen van gezondheidsachterstanden

De overkoepelende evaluatie van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij bevestigt het beeld dat het verminderen van gezondheidsachterstanden van gezinnen in een achterstandssituatie een complexe opgave is. Uit dit onderzoek blijkt (wederom) dat mensen met gezondheidsachterstanden kampen met meerdere uitdagingen in het dagelijks leven, die zowel een oorzaak als een gevolg kunnen zijn van de gezondheidsachterstand. Voorbeelden zijn armoede, werkeloosheid, ongezonde leef- woon- en werkomstandigheden en stress door bijvoorbeeld financiële problemen, een onveilige sociale omgeving of een grote afstand tot de arbeidsmarkt.

Oog voor diversiteit

Uit de evaluatie (met name de QCA en de realistische evaluatie) van de 46 projecten blijkt dat het verminderen van gezondheidsachterstanden eerst en voornamelijk vraagt om aanpakken waarin oog is voor de diversiteit binnen de doelgroep gezinnen in een achterstandssituatie, voor de contexten waarin zij leven, voor de stressoren in het dagelijkse leven van de gezinnen en voor de achterliggende problematiek van de gezondheidsachterstanden. Deze brede en algemene aanbeveling heeft uiteraard een nadere toelichting, welke we geven via een aantal uitgangspunten die beleidsmakers, professionals en gezinnen kunnen gebruiken bij het ontwikkelen en uitvoeren van succesvolle aanpakken. We vatten de uitgangspunten hieronder samen.

Stuur op wat werkt in welke context

We zien dat wanneer er goed rekening wordt gehouden met de omstandigheden zoals bestaand aanbod in een wijk, de geschiedenis die mensen hebben met hulpverleners of de aan- of afwezigheid van sociale netwerken, dat het beter lukt om bewoners te betrekken en te participeren in activiteiten. In de ene context is het nodig om vertrouwen te winnen van gezinnen, een netwerk op te bouwen of om vrijwilligers of professionals te trainen. In een andere context past het misschien juist om meteen aan de slag te gaan met een effectief bewezen interventie uit de database van het RIVM zoals een cursus stoppen met roken of een beweegprogramma, of met programma's die inzetten op de zelfredzaamheid en het zelfvertrouwen van gezinnen.

Stel participatie en samenwerking centraal

Een succesvolle aanpak staat of valt met de oprechte betrokkenheid van relevante personen. Veel succesfactoren van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij bleken gevolgen van en voorwaarden voor de betrokkenheid van specifieke personen; gezinsleden, professionals en vrijwilligers. Ook als het gaat om borging lijkt duurzame betrokkenheid en het faciliteren van samenwerking van relevante stakeholders cruciaal. Bij het ontwikkelen en uitvoeren van succesvolle aanpakken dient daarom vooral de participatie van en samenwerking tussen gezinnen, vrijwilligers en professionals centraal te staan, en niet enkel het organiseren en uitvoeren van de interventie, de cursus, de activiteit zelf.

Stuur op werkzame mechanismen

Stuur op de werkzame mechanismen zoals beschreven in dit rapport, die passen bij de grotendeels unieke situatie en geschiedenis van de doelgroep waarvoor een toekomstig programma wordt ingericht. Het vinden van de juiste context-specifieke mechanismen vraagt om (voor)onderzoek, op basis van

literatuur of door het gesprek aan te gaan met de doelgroep. Dit maakt het mogelijk om een aanpak te vinden die past bij de context en doelgroep waar het om gaat, en daarmee een aanpak die werkt.

Ga flexibel en al lerend te werk

Voor een succesvolle aanpak blijkt het van belang om flexibel te werk te gaan en al doende te leren. Dit staat mogelijk haaks op het werken volgens een beproefd protocol maar in het programma Gezonde Toekomst Dichterbij is de flexibiliteit op het niveau van de professionals en vrijwilligers, het niveau van de projectleiders en het niveau van het programma een belangrijke succesfactor gebleken. Flexibiliteit betekende vooral een lerende houding van de initiatiefnemers, de professionals en de gezinnen zelf. Leren – het cyclische en iteratieve proces – is in het evaluatieonderzoek van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij ook actief ingezet, onder andere door tijdens de groepsgesprekken goed te reflecteren op de geleerde lessen en mogelijke verbeteringen te bespreken. Dit werd erg gewaardeerd en heeft in veel gevallen de projecten verder geholpen.

Creëer ruimte voor alle betrokkenen

Uit de realistische evaluatie bleek dat voor alle betrokkenen het ervaren van ruimte van belang was. Gezinnen moeten de ruimte hebben om niet alleen bezig te zijn met overleven maar ook om goed voor zichzelf te kunnen zorgen. Vrijwilligers moeten de ruimte ervaren om eigen talenten in te zetten en nieuwe vaardigheden aan te leren. Professionals moeten de tijd en ruimte krijgen om daadwerkelijk te kunnen samenwerken of een andere werkwijze te leren en in de praktijk te brengen, inclusief tijd en ruimte om daarin 'fouten' te maken.

Neem ruim de tijd om een aanpak te ontwikkelen en financier die tijd

Uit de interviews met de projectleiders en de tussentijdse rapportages bleek dat alleen al het opzetten en inrichten van een project of aanpak in de praktijk, en het opstarten van een passend evaluatieonderzoek, zeker een jaar te kostte. Het is daarom van belang om tijd te geven zodat vertrouwen kan ontstaan tussen de partijen en mensen die samenwerken en om tijd aan bewoners te gunnen om een rol te pakken in het project. Uit de analyses in dit onderzoek bleek dat er bij programmalijn 1 meer kans was voor het behalen van positieve veranderingen op het terrein van overgewicht en ervaren gezondheid. Bij programmalijn 1 financierde FNO een eerste fase, dat wil zeggen, de tijd die het maken van een 'startfoto' kostte en vervolgens het maken van een projectplan in samenwerking met de gezinnen. Het is belangrijk om te stimuleren dat projecten/consortia de tijd nemen, bijvoorbeeld door het opdelen van de projecten in 2 fasen, zoals in programmalijn 1.

De aanhouder wint

Het klinkt als een open deur maar de uitspraak 'de aanhouder wint' bleek vooral bij gezondheidsachterstanden van toepassing. De problematiek van deze achterstanden is hardnekkig, wat de nodige investering in geld, menskracht en vooral ook tijd betekent. Uit deze evaluatie bleek dat tijd nodig was om gezinnen te bereiken en duurzaam te betrekken bij activiteiten, om een netwerk van professionals en bewoners op te bouwen en om professionals te ondersteunen bij het ontwikkelen van een andere werkwijze. Voor beleidsmakers betekent dit dat het voor het succesvol verminderen van gezondheidsachterstanden ten minste nodig is om beleid te voeren voor een langere periode, bijvoorbeeld gedurende een aantal beleidscycli.

Ga uit van de potentie van de gezinnen in een achterstandssituatie

Dat in vrijwel alle projecten mensen uit gezinnen in een achterstandssituatie een rol hebben gespeeld bij de ontwikkeling en/of uitvoering van de aanpakken laat zien dat deze groep niet alleen 'kwetsbaar' is, maar ook over veel potentie en capaciteiten beschikt. We bevelen daarom aan om in aanpakken gericht op het verminderen van gezondheidsachterstanden de gezinnen om wie het gaat te bevragen op hun kunde, kennis en hun talenten en vaardigheden tot hun recht te laten komen zodat ze zich trots voelen of van betekenis kunnen zijn voor anderen. In andere woorden: om kwetsbaarheid te zien en

benaderen als een tijdelijke situatie waarin iemand terecht is gekomen, en niet als een kenmerk van de doelgroep of een specifiek persoon. Het is dan ook belangrijk om energie en tijd in het ontdekken van de vermogens en mogelijkheden van de gezinnen in te steken. Omdat mensen moe zijn van een aanpak gericht op problemen en tekortkomingen maakt een aanpak op het positieve en op talenten meer energie los. Vanuit deze ‘assetbenadering’ (Andrade, 2016; Morgan & Ziglio, 2007) liggen nog mogelijkheden voor de toekomst.

Sluit aan bij de bestaande structuren

Naast assets op het individuele niveau (zoals kennis en vaardigheden) blijken ook assets zoals netwerken en voorzieningen in de (woon)omgeving waar bewoners gebruik van kunnen maken van belang. Door deze assets in kaart te brengen (asset-mapping), te mobiliseren en te activeren (mobilising assets) zijn er in veel gebieden (informele) netwerken van bewoners, lokale organisaties en verenigingen ontstaan die samen werken aan verbetering van de gezondheid van gezinnen in een achterstandssituatie. Asset-mapping past ook bij de aanbeveling om goed aan te sluiten bij bestaande (informele) structuren zoals een buurthuis, een lopend programma of een ontmoetingsplek. Daarmee worden de aanpakken ingebed en is er minder kans dat het bij een tijdelijk project blijft.

Experimenteer met Living Labs: innovaties uitproberen en koppelen aan onderzoek

Het proces van samen vormgeven en de context specifieke invulling van de aanpak zoals door het programma Gezonde Toekomst Dichterbij mogelijk werd gemaakt speelde een belangrijke rol bij het succes van de verschillende aanpakken. Living labs waarbij kan worden geëxperimenteerd met andere manieren van financieren en waarbij geïnvesteerd wordt in de lokale preventie-infrastructuur, in intersectorale samenwerking, met name tussen het sociaal domein, publieke gezondheid en curatieve zorg en betrokkenheid van bewoners zijn daarom aan te bevelen. Voorwaarde daarbij is wel dat op deze ‘experimenten’ regelmatig door middel van onderzoek wordt gereflecteerd en deze worden geëvalueerd.

12.2 Aanbevelingen voor de praktijk

We bespreken nu achtereenvolgens de meer specifieke aanbevelingen met betrekking tot het bereiken en betrekken van gezinnen, gedragsverandering en het bevorderen van de ervaren gezondheid en de rol van de professionals. We beschrijven hoe de door ons gevonden relevante mechanismen in gang gezet kunnen worden. Hierbij is het belangrijk om te erkennen dat het bevindingen zijn die niet zomaar overdraagbaar zijn naar iedere context of doelgroep. Het zijn wederom uitgangspunten waar professionals en beleidsmakers in hun aanpak en/of beleid mee kunnen experimenteren en op voort kunnen bouwen.

Het bereiken van gezinnen

Het bereiken van de gezinnen en het betrokken houden van gezinnen is en blijft een cruciale eerste stap voor aanpakken gericht op het verminderen van gezondheidsachterstanden. Hierbij is een gelijkwaardige en respectvolle manier van omgang met elkaar belangrijk. Ook goed aansluiten bij wat voor gezinnen in een achterstandssituatie een rol speelt in het dagelijks leven is belangrijk. Een gezonde leefstijl is daarbij niet altijd een eerste prioriteit. Begin bij wat belangrijk is voor de gezinnen zelf door bijvoorbeeld eerst praktische problemen op te lossen, te ondersteunen bij schuldhulpverlening of een luisterend oor te bieden zonder daarbij meteen verwachtingen te hebben dat gezinnen gezonder gaan leven. Sla je bij deze eerste stap de plank mis en voelen gezinnen zich niet begrepen of ongelijkwaardig behandeld, dan is het extra moeilijk om gezinnen in een achterstandssituatie te motiveren voor een programma of activiteit. Het uitgangspunt om goed oog te hebben voor de behoeften van de gezinnen stond al centraal bij het programma Gezonde Toekomst Dichterbij en blijkt ook een belangrijke rol te spelen, maar kan door beleidsmakers en praktijkprofessionals nog beter worden doorvertaald in het beleid en de praktijk door onderstaande activiteiten te organiseren die mechanismen dan in gang kunnen brengen.

Mechanisme	Mogelijke activiteiten die mechanisme in gang brengen
Gelijkgestemden	Faciliteer dat mensen met elkaar kunnen praten over hun situatie en elkaar tips kunnen geven.
Gelijkwaardigheid	Zorg dat professionals, zoals de huisarts, mensen van het sociaal wijkteam of opbouwwerkers, op een laagdrempelige manier contact (leren) leggen met de gezinnen, goed luisteren en in gesprek gaan over wat mensen uit de doelgroep zelf belangrijk vinden. Hier is vaak tijd en budget voor nodig.
Onvoorwaardelijkheid	Zorg dat mensen zich altijd welkom voelen en creëer een veilige sfeer.
Ertoe doen	Begin bij wat voor de mensen belangrijk is. Zoek mensen actief op in plaats van te verwachten dat mensen naar jou of bepaalde activiteiten toe komen. Ontwikkel aansprekend materiaal en organiseer activiteiten waardoor mensen het gevoel krijgen dat er serieuze aandacht voor ze is.

Het betrekken van de gezinnen

Gezinnen zijn in het programma Gezonde Toekomst Dichterbij vooral betrokken geweest bij de ontwikkeling en bij de uitvoering. Empowerment van gezinnen door participatie was als doel in mindere mate terug te zien in de projecten. Ook hier geldt weer dat het belangrijk is om te onderzoeken welke vorm van betrekken past bij het voortbouwen op de sterke punten en hulpbronnen die al aanwezig zijn in de wijk of het oplossen van de aanwezige problematiek. Het expliciteren en aannemelijk maken van welke vorm van betrekken – meedenken, meedoen of empowerment- gewenst is, dit als een doel van het project op te vatten en duidelijk te operationaliseren wat dit betekent is daarbij belangrijk.

Mechanisme	Mogelijke activiteiten die mechanisme in gang brengen
Gelijkgestemden	Mensen anderen uit hun netwerk laten uitnodigen en de mogelijkheid bieden om ervaringsdeskundigen te ontmoeten. Creëer een groepsgevoel door regelmatig bij elkaar te komen, door een vaste ontmoetingsplek, door een vast ontmoetingsmoment en door te zorgen voor een goede sfeer.
Gelijkwaardigheid	Mensen laten ervaren dat ze stem en invloed hebben op eigen leefomgeving en de aanpak of het beleid.
Onvoorwaardelijkheid	Laat mensen op hun eigen manier hun eigen activiteiten ontwikkelen, ook wanneer je als professional het idee hebt dat het anders zou moeten.
Ertoe doen	Samenwerking en partnerschap faciliteren.
Succeservaringen	Leg de focus op wat goed gaat, door het geven van complimenten of door het vastleggen en zichtbaar maken van successen. Vastleggen en zichtbaar maken van successen kan bijvoorbeeld via een artikel over het succes in de regionale of lokale krant of door het maken van een filmpje of fotoreportage van een activiteit.
Zwaan kleef aan	Zoek mensen die kunnen fungeren als rolmodel.
Aansprekend	Pas activiteiten inhoudelijk aan op behoeften en kernwaarden van gezinnen zoals het gezond opgroeien van hun kinderen.

Gedragsverandering en betere ervaren gezondheid

Als het is gelukt om mensen te betrekken en betrokken te houden en als er andere problematiek is opgelost dan is vooral het ervaren leren en het doen van activiteiten in groepsverband belangrijk voor het bevorderen van gezond gedrag en de ervaren gezondheid. Uit de QCA blijkt dat voor meer gaan bewegen en gezonder eten (gezond gewicht) goed getrainde professionals een belangrijke rol kunnen spelen (zie ook volgende paragraaf). Voor een betere ervaren gezondheid spelen de sociale netwerken en het versterken van het professionele netwerk een belangrijke rol. Vertaald naar concrete aanbevelingen: organiseer leuke ervaringen in groepsverband, vier successen en reflecteer ook op deze ervaringen en successen. Samen iets bereiken smaakt naar meer.

Mechanisme	Mogelijke activiteiten die mechanisme in gang brengen
Onvoorwaardelijkheid	Iedere stap in de richting van gezonder gedrag, hoe klein dan ook, is winst. Het is heel belangrijk dat mensen mee durven doen.
Succeservaringen	Zorg voor plezier: samen met kinderen sporten, eet gezond tijdens een feestje, etc. Pas activiteiten goed aan zodat mensen makkelijk mee kunnen doen.
Zwaan kleef aan	Zoek de voorlopers en zet ze in de schijnwerpers. Dit kunnen ook sporthelden of belangrijke mensen uit een bepaalde gemeenschap zijn.
Aansprekend	Zoek de juiste balans tussen informatie over gezondheid en het luchtig en behapbaar zijn van activiteiten

De rol van de professionals

De professional was oorspronkelijk niet een expliciete doelgroep bij de evaluatie van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij. Gezien het feit dat er voor de professionals wel een belangrijke rol is weggelegd als het gaat om het stimuleren van bewegen en gezonder eten (zoals blijkt uit de QCA) is het aan te bevelen om hier ook een primaire doelgroep voor de evaluatie van te maken. Het is aan te bevelen om professionals bewust te maken van wat armoede met mensen doet, vaardigheden aan te leren over hoe je een gesprek moet voeren met iemand uit een achterstandssituatie en welke houding je dan aanneemt, maar ook hoe je het netwerk van (lokale) professionals en vrijwilligers in kunt zetten. Uit de QCA bleek bovendien dat inzetten op het verbeteren van het professionele netwerk de ervaren gezondheid van deelnemers ten goede is gekomen.

Professionals moeten in feite vakbekwame duizendpoten zijn die goed kunnen inschatten wat gezinnen nodig hebben en ook nog kunnen reflecteren om zo al doende zijn of haar praktijk steeds verder te verbeteren. Hieronder volgen enkele aanbevelingen over hoe bestuurder, managers en beleidsmakers de professionals in gezondheidsaanpakken kunnen faciliteren om succesvol te kunnen werken.

Mechanisme	Mogelijke activiteiten die mechanisme in gang brengen
Praktische haalbaarheid ervaren	Zorg voor praktische handvatten zoals gesprekstools of handreikingen die professionals makkelijk in hun dagelijkse praktijk kunnen gebruiken. Dit is vooral belangrijk wanneer het werken volgens een participatieve en <i>empowerende</i> aanpak nieuw is voor de professionals die de aanpak moeten uitvoeren.
Ruimte ervaren	Laat professionals experimenteren met een andere manier van werken los van protocollen en regels.
Saamhorigheid ervaren	Organiseer gezamenlijke trainingen en/of bijeenkomsten zodat ervaringen kunnen worden uitgewisseld.

Waardering krijgen/ervaren	Waardeer dat professionals iets uitproberen, zorg voor regelmatige terugkoppeling van succesverhalen en zorg dat er blijvend geïnvesteerd wordt in een succesvolle aanpak.
Geïnspireerd voelen	Faciliteer het samenwerken en actief netwerken en maak het mogelijk voor professionals om maatwerk te leveren waar behoefte aan is.

12.3 Aanbevelingen over de opzet van een nieuw programma

De overkoepelende evaluatie van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij heeft een aantal lessen opgeleverd voor een nieuw programma om gezondheidsachterstanden te verkleinen. Deze betreffen de focus, de borging, de looptijd, het onderzoek en de rol van FNO.

Focus

- *Empowerment en participatie: werk samen met de doelgroep*

Samen met de doelgroep plannen ontwikkelen en uit te voeren zoals vooral in programmaliijn 1 is gefaciliteerd door het programma Gezonde Toekomst Dichterbij blijkt een belangrijke randvoorwaarde te zijn voor gezondheidsbevordering en is voor een toekomstig programma ook van groot belang. De vorm van participatie moet echter goed aansluiten op de context, dat wil zeggen de sociale en fysieke omgeving, eerdere ervaringen en bestaande attitudes.

- *Behoud het vergezicht verminderen van gezondheidsachterstanden als overkoepelend doel*

Deze aanbeveling baseren we op de bevinding uit de evaluatie van de programma-aanpak dat het vergezicht van verminderen van gezondheidsachterstanden van gezinnen in een achterstandssituatie de kaders schept waarbinnen FNO en de gefinancierde activiteiten werken. Het geeft kort gezegd focus aan het programma. Ondanks dat de 46 projecten vooral resultaten hebben geboekt op tussenliggende doelstellingen, is wel altijd duidelijk geweest dat ze uiteindelijk zouden moeten leiden tot een verbetering van de gezondheid van gezinnen in een achterstandssituatie. Daarnaast draagt een gezamenlijk doel bij aan de motivatie van de betrokkenen.

- *Focus binnen de gefinancierde activiteiten op korte termijn doelstellingen*

Naast het lange termijn doel – het verminderen van gezondheidsachterstanden, het bevorderen van gezond gedrag en de ervaren gezondheid – is het aan te bevelen om korte termijn doelstellingen te formuleren op het niveau van het betrekken en betrokken houden van gezinnen, empowerment en het versterken van het sociale netwerk van de gezinnen, intersectorale samenwerking tussen het domein van publieke gezondheid, zorg, welzijn, werkgelegenheid en sociale zaken en het trainen en opleiden van professionals. Belangrijk daarbij is dat het formuleren van de projectdoelen samen met de betrokkenen inclusief de doelgroep plaatsvindt en dat er in het programma ruimte is voor het samen bepalen en formuleren van projectdoelen die passen bij de lokale context. Ook het tussentijds bijstellen van deze doelen is van belang. In het programma is gebleken dat het loont om tijd in te bouwen voor het samen met de doelgroep ontwikkelen van een plan en relatie-ontwikkeling. Bij programmaliijn 1 was dit onderdeel apart gefinancierd en werd dit door veel betrokkenen gewaardeerd (en van waarde bleek zoals de QCA heeft aangetoond). Belangrijk is om deze doelen dan ook te monitoren omdat gebleken is dat participatie en samenwerking vaak wel op papier een doel was, maar in de praktijk soms tegen bleek te vallen.

- *Financier lokale of regionale consortia*

We bevelen FNO aan om in een eventueel vervolprogramma lokale of regionale consortia met de doelgroep voorop te ondersteunen. Dat zou betekenen dat FNO in de subsidie-oproep in eerste instantie vraagt om een beschrijving van het consortium en een beschrijving op grote lijnen van de manier waarop het consortium wil werken aan het verminderen van gezondheidsachterstanden. Vanwege de positieve ervaringen met en resultaten van het samen met de doelgroep maken van de startfoto en een plan van aanpak bij programmalijn 1 bevelen we aan dat de consortia na honorering hier ook weer mee te starten.

Natuurlijk werkte ook een deel van de tussen 2015 en 2020 door FNO ondersteunde projecten op een dergelijke manier. Vanwege het succes van die projecten is onze aanbeveling om dit in een volgend programma te expliciteren door het proces van mensen betrekken en het organiseren van de samenwerking goed te beschrijven. Het is ook belangrijk dat FNO de consortia de tijd geeft om uit te vinden welke werkwijze past bij de context en de daarbij behorende werkzame mechanismen toe te passen.

Borging

Het is aan te bevelen om voor een nieuw programma een visie te ontwikkelen over borging zodat projectleiders/consortia hier vanaf de start rekening mee gaan houden. Hierbij dienen vooral het borgen van de coördinatiefunctie, het borgen van de samenwerking en inbedden van succesvolle aanpakken in het beleid aan bod te komen. Het type borging hangt wel weer af van de context. De kans dat een aanpak blijft bestaan is vooral groot als de aanpak past bij de context en als gezinnen en professionals zich gewaardeerd en beloond voelen. Sturing op borging die past bij de context en het monitoren van borging moet dan ook al in de programmabeschrijving zijn opgenomen en een randvoorwaarde voor financiering zijn. Als de werkwijze in regio/gemeente/organisaties in positieve zin verandert, is dit namelijk ook een indicator voor het succes van het programma. In het voorliggende onderzoek hebben we wel de vormen van borging in beeld gebracht maar minder goed in beeld kunnen brengen welke strategieën hiervoor zijn gehanteerd. In een volgend programma is daar dus ook aandacht voor nodig.

Looptijd

Hoewel de doelstelling 'verkleinen van gezondheidsachterstanden op de thema's overgewicht, roken, overmatig alcoholgebruik en ervaren gezondheid' vaak als onhaalbaar werd ervaren op een termijn van 5 jaar, biedt het wel een kapstok voor het inrichten van het programma. Een programma met deze doelstelling, maar meteen lange looptijd (minstens 10 jaar) en met diverse tussenstappen waar naar toe wordt gewerkt verdient de aanbeveling.

Onderzoek

Net als in het afgelopen programma Gezonde Toekomst Dichterbij bevelen we aan om kennisontwikkeling via onderzoek een rol te geven in een eventueel vervolprogramma, zowel op overkoepelend niveau als binnen de consortia/projecten. Waar daarbij vooral op gelet moet worden zijn de uitgangspunten, de indicatoren, de manieren van data-verzameling en de juiste balans tussen onderzoek en praktijk.

- *Uitgangspunten*

Het is aan te bevelen om de uitgangspunten van empowerment, gelijkheid, diversiteit en complexiteit door te vertalen in de manier waarop het onderzoek rondom een programma zoals Gezonde Toekomst Dichterbij wordt uitgevoerd. Het is belangrijk dat het onderzoek onderdeel is van de aanpak en dat het direct bruikbare kennis oplevert in plaats van dat het als een extra tijdsinvestering en belasting wordt ervaren.

- *Participatie en samenwerking ook opnemen als indicatoren*

Omdat het proces zo belangrijk is verdient het de aanbeveling om vooraf een aantal indicatoren rondom participatie van de gezinnen (bijvoorbeeld medezeggenschap en empowerment) en samenwerking tussen de professionals (bijvoorbeeld teamwork en beschikbaarheid) te omschrijven waarop gemeten gaat worden.

- *Ervaren gezondheid als indicator*

Het meten van ervaren gezondheid kan eenvoudig door mensen een rapportcijfer voor hun gezondheid te laten geven. Het is aan te bevelen dat dit overal op dezelfde manier wordt gedaan door de projecten/consortia. Daarnaast kunnen samen met de doelgroep gezondheidsindicatoren worden gekozen die gedurende de loop van een volgend programma per project/consortium worden gemonitord. Het is ook een idee om gezinnen zelf bij de dataverzameling te betrekken in de vorm van citizen science of participatief onderzoek.

- *Creatieve vormen van dataverzameling*

Creatieve vormen van dataverzameling die we hebben toegepast worden erg gewaardeerd door zowel de doelgroep als de professionals. Hierbij kan gedacht worden aan het gebruik van de tijdlijn om hoogtepunten en verbeterpunten te bespreken, het maken van foto's ('photovoice') om ervaringen, wensen, behoeften en aanwezige vaardigheden van mensen en hulpbronnen ('assets') inzichtelijk te maken, of storytelling om de lessen meer verhalend te delen. Belangrijk is dat de praktijk altijd een meerwaarde ondervindt van de dataverzameling en de resultaten van deze dataverzameling.

- *Balans nodig tussen praktijk en onderzoek.*

Mocht het programma weer worden vormgegeven middels projecten verdient het de aanbeveling om de aparte (project)evaluaties verplicht te blijven stellen. Door vooraf een kader te ontwikkelen met een aantal indicatoren die verbonden zijn met de uitgangspunten en mogelijkheden om die te meten kan het samenvoegen van de individuele onderzoeken worden vergemakkelijkt. Voorbeelden hiervan zijn het samen optrekken met gezinnen en begripvol richting de gezinnen te werk gaan. In de voorfase zijn dit dan meer procesindicatoren over hoe de doelgroep wordt betrokken en hoe er wordt samengewerkt en in de vervolgfase betreft het dan de indicatoren die projectleiders samen met de doelgroep hebben vastgesteld. Ook hier is het weer zoeken naar de juiste balans tussen wat je eist vanuit het programma en de lokale invulling van de betrokkenen zelf en de balans tussen de praktische aanpak en het onderzoek: onderzoek bij de afzonderlijke projecten moet vooral ten dienste staan van het project en niet andersom.

Rol FNO

Hieronder volgen een aantal aanbevelingen voor FNO bij een nieuw programma gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Ze zijn deels gebaseerd op bovenstaande aanbevelingen en deels op de bevindingen uit de evaluatie van de programma-aanpak. Veel van deze aanbevelingen betreffen het voortzetten van de werkwijze binnen het huidige programma.

- *Context en werkwijzen*

Bundel en verspreid kennis over welke contexten vragen om welke werkwijzen (zie ook 12.2). Deze overkoepelende evaluatie is daar een belangrijk beginpunt voor.

- *Continue kwaliteitsverbetering*

Blijf activiteiten/projecten/partners ondersteunen bij een continue cyclus van leren en kwaliteitsverbetering en het delen van (tussen)evaluaties op project - en overkoepelend niveau.

Naast de jaarlijkse projectleidersbijeenkomsten kan dit bijvoorbeeld door het opzetten van leerkringen rondom thema's die spelen in de praktijk, waarbij een project/partner onderdeel kan zijn van meerdere leerkringen. Het organiseren van de leerkringen vervult de behoefte aan intervisie met projecten/partners die spelen met dezelfde vraagstukken.

- *Communiceer regelmatig*

Besteed naast het zichtbaar maken van de aanpakken in de praktijk ook tussentijds zoveel mogelijk aandacht aan het zichtbaar maken van de kennis uit het onderzoek van de consortia/projecten alsook het begeleidend/overkoepelend onderzoek. Communiceer ook regelmatig over tussentijdse onderzoeksresultaten. Denk daarbij niet alleen aan publicaties in wetenschappelijke tijdschriften, maar ook aan artikelen in dagbladen en in vakbladen. Dit helpt bij agendasetting en kennisdeling, omdat de meeste beleidsmakers en professionals wel artikelen in (online) vakbladen lezen en geen wetenschappelijke artikelen.

- *Blijf je opstellen als partner*

Blijf je opstellen als partner van de consortia/projecten. Dit kan bijvoorbeeld door de projecten bij aanvang en ook tijdens de looptijd een of meerdere keren te bezoeken en bij deze bezoeken duidelijk aan te geven dat het een bezoek betreft om projecten beter te leren kennen en niet om ze te controleren. FNO zou natuurlijk ook kunnen aansluiten bij eventuele groepsgesprekken die vanuit het overkoepelend evaluatieonderzoek worden gevoerd, maar dan is het wel de vraag of iedereen zich vrij genoeg voelt om over zowel dingen te praten die goed gaan als over dingen die minder goed gaan. Ook kan FNO bijvoorbeeld hulp aanbieden om met ieder project een plan op te stellen voor de samenwerking met lokaal beleid, en hier eventueel zelfs een rol in te vervullen.

- *Betrek het beroepsonderwijs*

Betrek het beroepsonderwijs (hbo en mbo) in de programma-aanpak en de lokale of regionale consortia zodat het belang van participatie en samenwerking tussen gezinnen, vrijwilligers en professionals op het netvlies van studenten (en dus de toekomstige professionals) komt te staan. Een van de succesindicatoren voor het nieuwe programma zou dan de mate waarin en manier waarop het participatief werken aan het verminderen van gezondheidsachterstanden onderdeel is geworden van het curriculum van de toekomstige beleidsmakers en professionals kunnen zijn.

- *Programmacommissie en klankbordgroep*

Werk wederom met een programmacommissie en vraag deze om ongeveer drie keer per jaar bij elkaar te komen om bij te kunnen sturen en lessen uit de praktijk te vertalen naar de beroepsopleidingen of naar het lokale en landelijk beleid. Mogelijk is het een idee om per project/consortium een klankbordgroep op te zetten (in plaats van 1 landelijke klankbordgroep) die reflecteert op de plannen en voortgang en de betrokkenen ook steeds goed een spiegel voorhoudt.

- *Rapportages*

Vraag wederom de projecten/consortia om een halfjaarlijkse rapportage op hoofdlijnen rondom de belangrijkste uitgangspunten van het programma. We kunnen ons bijvoorbeeld voorstellen dat FNO vraagt om input over participatie van de doelgroep, de onderlinge samenwerking in het consortium, de gekozen gezondheidsmaten en de inbedding in het lokale beleid. Dit moet natuurlijk nog verder worden uitgewerkt met een aantal ervaren projectleiders. Verder zou nog

moeten worden uitgedacht in welke vorm de rapportages moeten. Naast een schriftelijke rapportage kan dat ook in de vorm van een presentatie of een beeldverslag.

Referenties

- Andrade, M. de. (2016). Tackling health inequalities through asset-based approaches, co-production and empowerment: ticking consultation boxes or meaningful engagement with diverse, disadvantaged communities? *Journal of poverty and social justice*, 24, 127-141.
- Baumgartner, M. (2012). Detecting causal chains in small-n data. *Field Methods*, 25, 3-24. doi:10.1177/1525822X12462527
- Beenackers, M. A., Nusselder, W. J., Oude Groeniger & J. van Lenthe, F. J. (2015). *Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies*. Rotterdam: Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam
- Benney, T. M. (2016). Making environmental markets work: The varieties of capitalism in the emerging economies. New York, NY: Routledge.
- Bouterse, M. & Pattyn, V. (2018). 'Welke factoren bevorderen of belemmeren het gebruik van beleidsevaluaties?', *Beleidsonderzoek Online* maart 2018, doi: 10.5553/BO/221335502018000003001
- Cate, ten A., Huijts, T., Kraaykamp, G. (2013). Intergenerationele overdracht van risicogedrag – rookgedrag, alcoholgebruik en ongezonde eetgewoonten van ouders en hun volwassen kinderen. *Mens en Maatschappij*, 88 (2), 150-176. doi.org/10.5117/MEM2013.2.CATE
- CBS StatLine, (2015). *40 aandachtswijken; stand van zaken, Outcomemonitor Wijknaaanpak*. Geraadpleegd van opendata.cbs.nl/statline/#/CBS
- Bouwman, R. (z.d.). *Effectenarena*. Geraadpleegd van www.werkenaanleefbarewijken.nl/instrumenten/effectenarena
- Deuten, J. (2009). Gebruikershandleiding effectenarena. Geraadpleegd van www.werkenaanleefbarewijken.nl/uploads/media_item/media_item/64/20/Effectenarena_loos_zonder_handleiding-1458912700.pdf
- Edelenbos, J. & Monnikhof, R. (2001). *Lokale interactieve beleidsvorming*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- FNO (2014a) *Call 'Gebiedsgerichte gezondheidsaanpakken – fase 1' voor Programma Gezonde Toekomst Dichterbij*. Amsterdam: Fonds NutsOhra.
- FNO (2014b). *Programma Gezonde Toekomst Dichterbij*. Geraadpleegd van www.fnozorgvoorkansen.nl/programma-gezonde-toekomst-dichterbij/
- FNO (2015). *Gezonde Toekomst Dichterbij*. Amsterdam: Fonds NutsOhra.
- FNO (2016). *Gezonde toekomst dichterbij: In gesprek met bewoners over gezondheid*. Geraadpleegd van <https://indd.adobe.com/view/bc79c41c-779f-4c62-b17a-5f5e462c6841>
- FNO (2020a). *Over Gezonde Toekomst Dichterbij*. Geraadpleegd van www.fnozorgvoorkansen.nl/gezonde-toekomst-dichterbij/
- FNO (2020b). *Activiteiten overzicht*. Geraadpleegd van www.fnozorgvoorkansen.nl/gezonde-toekomst-dichterbij/activiteiten-overzicht/
- FNO (2020c). *Projecten in beeld*. Geraadpleegd van www.fnozorgvoorkansen.nl/gezonde-toekomst-dichterbij/in-beeld/
- FNO (2020d). *Podcast-serie over betrekken van bewoners*. Geraadpleegd van www.fnozorgvoorkansen.nl/nieuws/podcast-serie-over-betrekken-van-bewoners/
- Hogeling, L., Vaandrager, L. & Koelen, M.A. (2019). Evaluating the Healthy Futures Nearby Programme: study protocol for unravelling mechanisms in health-related behaviour change and improving perceived health among socially vulnerable families in the Netherlands. *JMIR Research Protocols*, 8 (4). e11305. DOI: 10.2196/11305
- Hogeling, L., Crijns-Lammers, C., Vaandrager, L. & Koelen, M.A. (2020). What works for vulnerable families? Interpretations of effective health promotion. Submitted to *Health Promotion International*. (Under Revision)

- Kerckhaert, A., Alvarez, L.D. (2018). In dialoog met de praktijk: Effectmeting sociaal domein: leren in de praktijk. *Sociaal bestek* **80**, 50–51. doi.org/10.1007/s41196-018-0043-5
- Legewie, N. (2013). An Introduction to Applied Data Analysis with Qualitative Comparative Analysis (QCA). *Forum: Qualitative Social Research*, *14*(3). doi.org/10.17169/FQS-14.3.1961
- Mackie, J.L. (1965). Causes and conditions. *American Philosophical Quarterly*, *2*(4), 245-264.
- Morgan, A., and Ziglio, E., 2007. Revitalizing the evidence base for public health: an assets model. *IUHPE* 17-22.
- O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, et al. (2013). Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Research*, *1*(4). doi:10.3310/phr01040
- Pawson, R. and Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*, London: SAGE
- Ragin, C.C. (1987). *The comparative method: moving beyond qualitative and quantitative strategies*. Berkeley: University of California Press.
- Ragin, C.C. (2008a). Qualitative Comparative Analysis Using Fuzzy Sets (fsQCA). In B. Rihoux, & C. Ragin, *Configurational Comparative Methods: Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques* (pp. 87-121). Londen: Sage Publications inc.
- Ragin, C.C. (2008b). *Redesigning Social Inquiry. Fuzzy Sets and Beyond*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ragin, C.C., Charles, C. & Davey, S. (2019). *Fuzzy-Set/Qualitative Comparative Analysis 3.1b*. Irvine, California: Department of Sociology, University of California
- Rihoux, B. & Meur, G. De. (2008). Crisp-set qualitative comparative analysis (QCA). In B. Rihoux & C.C. Ragin (Eds.), *Configurational comparative methods: qualitative comparative analysis (QCA) and related techniques* (pp. 33-68). Londen: Sage Publications inc.
- Rihoux, B. & Ragin, C.C. (2009). *Configurational comparative methods. Qualitative comparative analysis (QCA) and related techniques*. London: Sage.
- RIVM (2020). *Levensverwachting*. Geraadpleegd van www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/levensverwachting
- Sandelowski, M. (2000). Combining Qualitative and Quantitative Sampling, Data Collection, and Analysis Techniques in Mixed-Method Studies. *Research in Nursing & Health*, *23*(3), 246–255. doi.org/10.1002/1098-240X(200006)23:3<246::AID-NUR9>3.0.CO;2-H
- Schneider, C., & Wagemann, C. (2012). *Set-theoretic methods for social sciences: a guide to Qualitative Coparative Analysis*. Cambridge: Campridge University Press.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. doi.org/10.17051/io.2015.07705
- Verhoeven, M. & Oana, N. (2017). Necessary and Sufficient Conditions for Audience Success of Media Product Brands: A field report on a two-step fsQCA with 10 conditions and 255 cases. 89. Compasss Working Paper Series.
- Verweij, S. & Gerrits, L.M. (2012). Systematische kwalitatieve vergelijkende analyse. *KWALON*, *17*(3), 25-33.
- VTV (2018). *Gezondheidsverschillen*. Geraadpleegd van www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen
- Wielinga, H.E. (2012) *De Tijdlijn Methode*. Geraadpleegd van www.werkenaanleefbarewijken.nl/instrumenten/effectenarena
- Zaalmink, B.W., Smit, C.T., Wielinga, H.E., Geerling-Eiff, F.A., Hoogerwerf, L. (2007): *Netwerkgereedschap voor vrije actoren. Methoden en technieken voor het succesvol begeleiden van netwerken*. Wageningen: Wageningen Universiteit en Research.

Bijlagen

Bijlage A: Interviewleidraad 2017, 2018 & 2019

Gespreksleidraad eerste interviewronde (2017)

A. Introductie

Goedemorgen/goedemiddag [naam]. Allereerst hartelijk dank dat u tijd kon en wilde maken voor dit interview. Het is voor het overkoepelende onderzoek erg belangrijk om eens per jaar verder te praten met de projectleiders.

We nemen dit interview graag op, dat maakt het interviewen makkelijker en we kunnen zo e.a. nog eens terugzoeken. Bent u ermee akkoord dat wij het opnemen?

Uw antwoorden worden alleen gebruikt voor dit overkoepelende onderzoek. Standaard gebeurt dat anoniem. Mochten we graag een keer een citaat willen gebruiken met vermelding van project of naam, dan zullen we dat vooraf met u afstemmen.

We hebben een aantal vragen voorbereid voor dit interview. De meeste zijn gebaseerd op wat er in de effectenarena besproken is en wat in uw projectplan staat. Het zal gaan over de doelen van uw project, hoe de uitvoering gaat, wat u positief opvalt en waar u tegenaan loopt. Daarnaast zijn we benieuwd naar uw mening over de communicatie en activiteiten vanuit FNO. Het interview zal ongeveer 1 uur duren.

[Deze introductie aanpassen aan eigen stijl/project, maar zorgen dat in ieder geval het volgende terugkomt: dank voor de moeite/tijd – uitleg over inhoud interview – procedure anonimiteit & opname]

B. Activiteiten en opbrengsten project

Vorbereiding:

- Uit de Effectenarena's belangrijkste doelen van het project halen
- Uit de Effectenarena's halen welke activiteiten welke doelen ondersteunen.
- Uit de Effectenarena's en voortgangsverslagen halen welke activiteiten in de afgelopen periode wellicht al uitgevoerd zijn.

1. Welke activiteiten zijn er de afgelopen periode uitgevoerd?

HIEROP DOORVRAGEN (met in het achterhoofd je bevindingen uit de voorbereiding). Dit doorvragen doen we om in beeld te brengen wat er is gebeurd, wat er wel/niet is gelukt en wel/niet makkelijk was en waarom dingen wel/niet zijn gelukt of wel/niet makkelijk waren. Oftewel, we willen weten welk mechanisme (bijvoorbeeld het trainen van professionals om hun werkwijze toe te spitsen op kwetsbare families) in combinatie met welke context (bijvoorbeeld professionals die erg openstaan voor een nieuwe werkwijze) leidt tot welke opbrengsten (professionals die de nieuwe werkwijze omarmen). Belangrijk dus dat we meer vragen dan alleen uitgevoerde activiteiten/planningen etc.

Mogelijke vragen voor dat doorvragen:

- *Zijn de activiteiten uitgevoerd zoals u van tevoren had gepland/gedacht?*
- *Wat was er anders dan gedacht? Waarom is het anders gelopen dan gedacht?*
- *Hoe reageerde de doelgroep op de activiteit? Was dit zoals verwacht of anders? Waarom?*
- *Zijn er al opbrengsten? Hebben de activiteiten al iets opgeleverd?*
- *Wat was cruciaal voor deze opbrengsten / voor het slagen van de activiteit? Wat heeft gemaakt dat het is gelukt?*
- *Heeft u adhv wat er de afgelopen periode is gebeurd dingen veranderd aan de planning of activiteiten voor de komende jaren?*

In verband met de tijd: probeer je voor te bereiden op de belangrijkste 2/3 activiteiten binnen een project. De informatie die we willen achterhalen is meer verdiepend dan in de voortgangsrapportages maar kan niet voor ieder project te gedetailleerd zijn. Doel is aan het einde alle projecten te kunnen vergelijken en zo mogelijk belangrijke vergelijkbare mechanismen te achterhalen.

C. Participatie kwetsbare families

[Voorbereiding:

het betrekken van de doelgroep is als vraag opgenomen in de voortgangsrapportages. Dat is dus het eerste uitgangspunt voor deze vraag. Aanvullend kan naar de effectenarena of het projectplan worden gekeken]

Wij hebben begrepen uit projectplan, effectenarena en voortgangsrapportage dat u sociaal kwetsbare families op verschillende manieren betreft in uw project: [eventueel kort toelichten].

2. Wat zijn uw ervaringen tot nu toe met het samenwerken met de sociaal kwetsbare families? Wat gaat goed? Wat is moeilijk?
3. Welke mensen doen mee aan het project? Lukt het om de *meest* kwetsbare families te bereiken?
4. Wat is uw inschatting van hoe de betrokken families de deelname in uw project ervaren?
5. Hoe loopt het onderzoek onder de families/doelgroep?

[met deze laatste vraag willen we weten of er problemen zijn met het onderzoek onder de doelgroep. Als er problemen zijn – specifiek met de respons – dan aangeven dat we graag meedenken over oplossingen hiervoor, als de projectleider dat wil.]

D. Borging

[Voorbereiding:

Op basis van Effectenarena's en voortgangsrapportages voorbereiden – wat er al genoemd is over borging is het project en welke betrokkenen belangrijk zijn bij eventuele borging. Zouden bijvoorbeeld gemeenteambtenaren anders moeten gaan werken? Moet de houding van (zorg)professionals veranderen?]

De volgende vragen gaan over borging of duurzaamheid in uw project.

6. Verwacht u dat uw project door zal gaan na afloop van de financieringsperiode door FNO? Waarom wel/niet?
7. Verwacht u dat door uw project betrokkenen na afloop van de financieringsperiode door FNO blijvend anders zullen denken, handelen of werken? Waarom wel/niet?
8. Ben u het afgelopen jaar al actief bezig geweest met borging in uw project? Zo ja, op welke manier? En heeft dat al resultaat?

E. Communicatie/activiteiten FNO

We zijn benieuwd naar uw ervaringen met de activiteiten die FNO organiseert (bijvoorbeeld projectleidersbijeenkomsten, thematische bijeenkomsten en de LinkedIn groep) en de communicatie vanuit het programma (mail, nieuwsbrief, telefonisch).

9. Bij welke activiteiten bent u aanwezig geweest?
10. Wat is, in het algemeen, uw oordeel over de inhoud van deze activiteiten? Was het nuttig voor u?
11. Heeft u tips voor FNO over de komende activiteiten of zijn er dingen die u graag terug ziet komen?
12. Hoe ervaart u de communicatie vanuit het programma?

[bij vaag antwoord, eventueel doorvragen op sturing, informatie, duidelijkheid, toegankelijkheid, visie]

F. Afsluiting

Dit is het laatste onderdeel van het interview. Voordat ik afsluit wil ik u ook nog een korte vraag stellen over ons onderzoek. We hebben met alle projecten een effectenarena uitgevoerd, ook bij uw project.

13. Hoe heeft u deze bijeenkomst ervaren? Wat vond u er fijn aan en wat vond u minder? Heeft het uw project iets opgeleverd?
14. FNO heeft ons gevraagd of zij de verslagen van de Effectenarena's in kunnen zien. Bent u ermee akkoord dat wij deze verslagen delen met FNO?

Hartelijk dank voor uw tijd!

(eventueel:)

15. Zijn er nog dingen niet aan bod gekomen die u wel graag wilt vertellen?

A. Introductie

Goedemorgen/goedemiddag [naam]. Allereerst hartelijk dank dat u tijd kon en wilde maken voor dit interview. Het is voor het overkoepelende onderzoek erg belangrijk om eens per jaar verder te praten met de projectleiders.

We nemen dit interview graag op, dat maakt het interviewen makkelijker en we kunnen zo e.a. nog eens terugzoeken. Bent u ermee akkoord dat wij het opnemen?

Uw antwoorden worden alleen gebruikt voor dit overkoepelende onderzoek. Standaard gebeurt dat anoniem. Mochten we graag een keer een citaat willen gebruiken met vermelding van project of naam, dan zullen we dat vooraf met u afstemmen.

We hebben een aantal vragen voorbereid voor dit interview. De meeste zijn gebaseerd op wat er in de effectenarena besproken is en wat in uw projectplan staat. Het zal gaan over de doelen van uw project, hoe de uitvoering gaat, wat u positief opvalt en waar u tegenaan loopt. Daarnaast zijn we benieuwd naar uw mening over de communicatie en activiteiten vanuit FNO. Het interview zal ongeveer 1 uur duren.

[Deze introductie aanpassen aan eigen stijl/project, maar zorgen dat in ieder geval het volgende terugkomt: dank voor de moeite/tijd – uitleg over inhoud interview – procedure anonimiteit & opname]

B. Activiteiten en opbrengsten project

[Voorbereiding:

- Uit de Effectenarena's belangrijkste doelen van het project halen
- Uit de Effectenarena's halen welke activiteiten welke doelen ondersteunen.
- Uit de Effectenarena's en voortgangsverslagen halen welke activiteiten in de afgelopen periode wellicht al uitgevoerd zijn.

1. Welke activiteiten zijn er de afgelopen periode uitgevoerd?

HIEROP DOORVRAGEN (met in het achterhoofd je bevindingen uit de voorbereiding). Dit doorvragen doen we om in beeld te brengen wat er is gebeurd, wat er wel/niet is gelukt en wel/niet makkelijk was en waarom dingen wel/niet zijn gelukt of wel/niet makkelijk waren. Oftewel, we willen weten welk mechanisme (bijvoorbeeld het trainen van professionals om hun werkwijze toe te spitsen op kwetsbare families) in combinatie met welke context (bijvoorbeeld professionals die erg openstaan voor een nieuwe werkwijze) leidt tot welke opbrengsten (professionals die de nieuwe werkwijze omarmen). Belangrijk dus dat we meer vragen dan alleen uitgevoerde activiteiten/planningen etc.

Mogelijke vragen voor dat doorvragen:

- *Zijn de activiteiten uitgevoerd zoals u van tevoren had gepland/gedacht?*
- *Wat was er anders dan gedacht? Waarom is het anders gelopen dan gedacht?*
- *Hoe reageerde de doelgroep op de activiteit? Was dit zoals verwacht of anders? Waarom?*
- *Zijn er al opbrengsten? Hebben de activiteiten al iets opgeleverd?*
- *Wat was cruciaal voor deze opbrengsten / voor het slagen van de activiteit? Wat heeft gemaakt dat het is gelukt?*
- *Heeft u adhv wat er de afgelopen periode is gebeurd dingen veranderd aan de planning of activiteiten voor de komende jaren?*

In verband met de tijd: probeer je voor te bereiden op de belangrijkste 2/3 activiteiten binnen een project. De informatie die we willen achterhalen is meer verdiepend dan in de voortgangsrapportages maar kan niet voor ieder project te gedetailleerd zijn. Doel is aan het einde alle projecten te kunnen vergelijken en zo mogelijk belangrijke vergelijkbare mechanismen te achterhalen.

C. Participatie kwetsbare families

[Voorbereiding:

het betrekken van de doelgroep is als vraag opgenomen in de voortgangsrapportages. Dat is dus het eerste uitgangspunt voor deze vraag. Aanvullend kan naar de effectenarena of het projectplan worden gekeken]

Wij hebben begrepen uit projectplan, effectenarena en voortgangsrapportage dat u sociaal kwetsbare families op verschillende manieren betreft in uw project: [eventueel kort toelichten].

2. Wat zijn uw ervaringen tot nu toe met het samenwerken met de sociaal kwetsbare families? Wat gaat goed? Wat is moeilijk?
3. Welke mensen doen mee aan het project? Lukt het om de *meest* kwetsbare families te bereiken?
4. Wat is uw inschatting van hoe de betrokken families de deelname in uw project ervaren?
5. Hoe loopt het onderzoek onder de families/doelgroep?

[met deze laatste vraag willen we weten of er problemen zijn met het onderzoek onder de doelgroep. Als er problemen zijn – specifiek met de respons – dan aangeven dat we graag meedenken over oplossingen hiervoor, als de projectleider dat wil.]

D. Borging

[Voorbereiding:

Op basis van Effectenarena's en voortgangsrapportages voorbereiden – wat er al genoemd is over borging is het project en welke betrokkenen belangrijk zijn bij eventuele borging. Zouden bijvoorbeeld gemeenteambtenaren anders moeten gaan werken? Moet de houding van (zorg)professionals veranderen?]

De volgende vragen gaan over borging of duurzaamheid in uw project.

6. Verwacht u dat uw project door zal gaan na afloop van de financieringsperiode door FNO? Waarom wel/niet?
7. Verwacht u dat door uw project betrokkenen na afloop van de financieringsperiode door FNO blijvend anders zullen denken, handelen of werken? Waarom wel/niet?
8. Ben u het afgelopen jaar al actief bezig geweest met borging in uw project? Zo ja, op welke manier? En heeft dat al resultaat?

E. Communicatie en activiteiten FNO

We zijn benieuwd naar uw ervaringen met de activiteiten die FNO organiseert (bijvoorbeeld projectleidersbijeenkomsten, thematische bijeenkomsten en de LinkedIn groep) en de communicatie vanuit het programma (mail, nieuwsbrief, telefonisch)

9. Bij welke activiteiten bent u aanwezig geweest?
10. Wat is, in het algemeen, uw oordeel over de inhoud van deze activiteiten? Was het nuttig voor u?
11. Heeft u tips voor FNO over de komende activiteiten of zijn er dingen die u graag terug ziet komen?
12. Hoe ervaart u de communicatie vanuit het programma?

[bij vaag antwoord, eventueel doorvragen op sturing, informatie, duidelijkheid, toegankelijkheid, visie]

F. Afsluiting

Dit is het laatste onderdeel van het interview. Voordat ik afsluit wil ik u ook nog een korte vraag stellen over ons onderzoek. We hebben met alle projecten een audit uitgevoerd, ook bij uw project.

13. Hoe heeft u deze bijeenkomst ervaren? Wat vond u er fijn aan en wat vond u minder? Heeft het uw project iets opgeleverd?

Hartelijk dank voor uw tijd!

(eventueel:)

14. Zijn er nog dingen niet aan bod gekomen die u wel graag wilt vertellen?

Vorbereiding

- Zorgen voor voice-recorder/skype + opname functie

DEEL 1 - Vorbereiding onderzoeker:

- Inventariseren welke uitkomstmaten zijn benoemd (effectenarena, audits)
- Inventariseren welke daadwerkelijk opbrengsten zijn gerapporteerd (invullen schema)
- Projectevaluatie bekijken

In te vullen door onderzoeker: (in grijs een voorbeeld)

Uitkomstmaat	Relevant	Opbrengst?	Toelichting (obv vragen)
Roken	Ja (wel/niet roken)	Ja, 1/3 ^e van de deelnemers is gestopt met roken	Cijfers en onderbouwing in project/effectrapportage. Kwantitatief onderzoek. PL vindt cijfers goede weergave.
Alcohol	Nee	-	-
Overgewicht	Ja (gezonder eten)	Ja	Kwalitatief onderzoek. Enkele deelnemers zeggen gezonder te zijn gaan eten. Deelnemers noemen ook wel dat het moeilijk is dit zelf vol te houden. PL vindt bewijs meer anekdotisch.
Ervaren gezondheid	Ja (ervaren gezondheid)	Ja, de helft rapporteert een betere ervaren gezondheid	Cijfers en onderbouwing in project/effectrapportage. Kwantitatief onderzoek.

DEEL 2 - Vorbereiding onderzoeker:

- Analyse mechanismen in het project (tabel)
- Vorbereiden welke mechanismen (in context) te checken, prioriteiten, twijfels etc.

INTRODUCTIE

- Laatste telefonisch interview, duur ong. 1 uur
- Doel van het interview: aanvullingen op alle eerdere dataverzameling + een moment om samen met de projectleider te reflecteren op het project
- Privacy: audio opname + anonieme verwerking en rapportage data

DEEL 1 – Opbrengsten leefstijl en ervaren gezondheid

DOEL (1.1) een volledig beeld van de opbrengsten van het project **op roken, alcoholgebruik, overgewicht (voeding/bewegen) en ervaren gezondheid** volgens de projectleider verkrijgen, met informatie over hoe deze data te interpreteren. (1.2) informatie over mogelijke lange termijn effecten op deze leefstijlthema's en ervaren gezondheid en een onderbouwing hiervan.

De eerste vragen gaan over uw project. Uit het verslag van het groepsgesprek en de eindrapportage kan ik opmaken dat er in jullie projecten concrete opbrengsten zijn op de (risico)gedragingen roken / alcohol / voeding / bewegen, ook wel leefstijlopbrengsten en ervaren gezondheid. Deze opbrengsten worden wel / (nog) niet onderbouwd door de onderzoeksresultaten van jullie evaluatie.
[indien nodig invoegen korte toelichting op basis van eerdere gesprekken en rapportages]

In te vullen door onderzoeker:

Uitkomstmaat	Relevant	Opbrengst?	Toelichting (obv vragen)
Roken			
Alcohol			
Overgewicht			
Ervaren gezondheid			

Vraagrichtingen deel 1:

- Heeft u hier nog iets aan toe te voegen? Missen er opbrengsten?
- Hoe beoordeelt u de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten?
- In hoeverre denkt u dat de opbrengsten toe te schrijven zijn aan uw project?
- Bij kwalitatieve resultaten: in hoeverre is het bewijs anekdotisch? Hoe sterk is het bewijs?
- Hoe beoordeelt u het aantal gezinnen dat in uw project een positieve opbrengst heeft laten zien?
- Als opbrengsten op de (risico)gedragingen als langere termijn opbrengsten worden gezien: in hoeverre denkt u dat uw project verandering richting deze langere termijn opbrengsten ook daadwerkelijk in gang heeft gezet? Welke aanwijzingen heeft u daarvoor?

DEEL 2 – Hoe werkt het

DOEL (2.1) een volledig beeld van mechanismen binnen het project verkrijgen. (2.2) Achterhalen of de door ons geïdentificeerde mechanismen herkend worden door de projectleider

Bij de start van het programma is geïnventariseerd op welke manier de 46 projecten de leefstijl-opbrengsten willen behalen. Als we nu alle informatie uit jullie project en soortgelijke projecten bij elkaar nemen, komt daarin naar voren wat wel en niet lijkt te werken. Ik zou een aantal van deze mechanismen graag aan je voorleggen om ea te checken en verduidelijken. [ook wat niet werkt/negatieve mechanismen!]

➔ Hier het schema voor gebruiken met de analyse van mechanismen voor dit project

Context	Interventie	Mechanisme ('reactie')	Opbrengst
Alles wat al bestaat in de context van het project; kenmerken met de sociale en fysieke omgeving, achtergrond en kenmerken van de deelnemer, cultuur/historische elementen, geografische invloeden etc.	Alles wat door het project wordt geboden + eventuele kenmerken daarvan. Waarschijnlijk is dit nieuw voor de deelnemers. Bijvoorbeeld: een toegankelijke cursus stoppen met roken. Zowel de cursus als het toegankelijke zijn interventie.	Wat is de reactie van de deelnemer op de geboden activiteiten, kennis, vaardigheden etc. in combinatie met de specifieke context. Mechanismen zijn vaak 'verborgen', geen zichtbare dingen.	1) Bereik/deelname kwetsbare gezinnen Opbrengsten bij de kwetsbare gezinnen: 2) Ervaren gezondheid 3) Overgewicht (bewegen/voeding) 4) Roken 5) Alcohol 6) Bewustwording 7) Kennis 8) Attitude 9) Vaardigheden 10) Versterkt netwerk Opbrengsten bij professionals: 1) Professionalisering (kennis, vaardigheden, bouwen, kennen en benutten netwerk) 2) Attitude

Vragen deel 2:

- Herkent u dit in uw project, zien jullie dit terug?
- Kunt u daar iets meer over vertellen/een voorbeeld van geven?

DEEL 3 – Borging

DOEL (3.1) een volledig beeld verkrijgen van de mate van borging van het project (3.2) inzicht verkrijgen in de succes- en faalfactoren voor borging

Uit het verslag van het groepsgesprek en de eindrapportage kan ik opmaken dat jullie project op de volgende manier geborgd is: [invullen door onderzoeker].

Vraagrichtingen deel 3:

- Klopt dit? Mist er nog iets of zijn er wijzigingen?
- Waar bent u het meest trots op als het om borging gaat?
- Wat is volgens u cruciaal geweest voor het borgen van (deze onderdelen van) uw project?
- Wat maakte het lastig om (onderdelen van) uw project te borgen?
- Wat was nodig geweest om het project nog meer/beter te borgen?

DEEL 4 – Evaluatie aanpak FNO

FNO is ook benieuwd hoe u het programma Gezonde Toekomst Dichterbij hebt ervaren. U heeft daarover al wat gezegd in de eindrapportage en we zouden hier graag ook nog wat aanvullende vragen over stellen.

- Hoe heeft u de procedure van aanvragen ervaren? Wat vond u daarbij prettig en wat niet prettig? Deze vraag eerst graag open stellen, zodat we te horen krijgen wat op dit punt de belangrijkste ervaringen waren van de projectleiders. Daarna indien niet genoemd graag doorvragen op de volgende punten
 - o Hoe heeft u het schrijven van het voorstel ervaren? Waren de deadlines haalbaar?
 - o Vindt u dat FNO u voldoende heeft geïnformeerd en ondersteund bij het schrijven van het voorstel?
 - o Voor de gebiedsgerichte aanpakken: als u nu terugblijkt, hoe heeft u bij het schrijven van het voorstel en de uitvoering van het project de nadruk op participatie van lage SES gezinnen ervaren? Was dit werkbaar of juist erg ingewikkeld om te organiseren?
- Wat vond u van de manier (vorm en inhoud) waarop u via de schriftelijke tussenrapportages aan FNO moest rapporteren? Wat vond u daarbij prettig en wat niet prettig?
- Als FNO nog een programma zoals Gezonde Toekomst Dichterbij gaat draaien, welk advies zou u ze dan voor geven voor de inrichting van het programma? Waar moet FNO absoluut aan denken? Let op! Deze vraag is breed geformuleerd en ze mogen dus ook ieder antwoord geven wat ze willen. Wel altijd vragen om maar 1 advies! En altijd doorvragen waarom ze FNO dit advies geven.

DEEL 5 – Aanpak overkoepelend onderzoek

DOEL (5.1) een beeld verkrijgen van de ervaringen met het overkoepelend evaluatieonderzoek (5.2) inzicht verkrijgen in lessen voor het overkoepelend evaluatieonderzoek

Dan heb ik tot slot nog een paar vragen over het overkoepelend evaluatieonderzoek.

Vraagrichtingen:

- Terugdenkend aan uw ervaringen met het overkoepelend evaluatieonderzoek in de afgelopen jaren, wat is dan uw algemene oordeel over/wat zijn uw ervaringen met/wat is u opgevallen aan:
 - o Het contact met de onderzoekers van het overkoepelend evaluatieonderzoek
 - o De manier waarop de onderzoeksactiviteiten (groepsinterviews, telefonische interviews, voortgangsrapportages) werden uitgevoerd
 - o De onderzoekslast die het overkoepelend evaluatieonderzoek voor uw project meebracht
 - o De bruikbaarheid van tussentijdse onderzoeksresultaten voor uw project

DEEL 6 - Afronding

Heeft u verder nog vragen of opmerkingen over uw project of over het overkoepelend evaluatieonderzoek?

Check:

- Zijn er goede afspraken over het delen van de project-evaluatiedata of rapportage?
- Zijn er contactgegevens voor het geval we nog vragen hebben over de data/rapportage?
- Heeft het project nog aanvullende gegevens (bijv. communicatie uitingen) die relevant kunnen zijn voor het overkoepelend evaluatieonderzoek?
- Zijn er niet afgeronde zaken, zoals missende voortgangsrapportages, missende aantallen over participatie, heeft het project de relevante verslagen gekregen etc.

Eindrapportage Programma Gezonde Toekomst Dichterbij

(maximaal 15 A4-tjes)

1. Project

Titel	
Projectnummer	
Startdatum project	
Einddatum project	
Datum rapportage	
Rapportageperiode*	

* Let op: een aantal vragen in deze eindrapportage gaan over de *volledige* projectperiode in plaats van de huidige rapportageperiode.

2. Gegevens projectleider

Naam	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
Handtekening	

3. Doelstellingen

3.1	Wat zijn de doelstellingen van het project?
3.2	In hoeverre zijn de doelstellingen van het project in de loop van het project bijgesteld en wat waren daarvoor de redenen?

4. Onderzoek

4.1	Geef een samenvatting van de onderzoeks <u>activiteiten</u>
4.2	Geef een samenvatting van de onderzoeks <u>resultaten</u>

4.3	Zijn de evaluatiedata of de effectrapportage van de evaluatie gereed en zijn deze beschikbaar gesteld aan de onderzoekers van de overkoepelende evaluatie (WUR/WEER/Verweij-Jonker) of zijn daarover afspraken gemaakt?
	• Nee, de data/effectrapportage zijn nog niet gereed, we verwachten deze ... • Nee, de data/effectrapportage zijn gereed maar nog niet beschikbaar gesteld • Ja, deze zijn beschikbaar gesteld • Ja, over de data/effectrapportage zijn volgende afspraken gemaakt:

5. Opbrengsten

5.1	Wat zijn de opbrengsten van uw project op het gebied van roken, alcohol, gezond gewicht en/of ervaren gezondheid bij de betrokken gezinnen? Op welke wijze kunt u deze opbrengsten onderbouwen (bijvoorbeeld met onderzoeksresultaten)? (LET OP: graag over de volledige projectperiode beantwoorden)
	Roken: (beschrijf opbrengst + onderbouwing) Alcohol: (beschrijf opbrengst + onderbouwing) Gezond gewicht: (beschrijf opbrengst + onderbouwing) Ervaren gezondheid: (beschrijf opbrengst + onderbouwing)
5.2	Welke andere opbrengsten kent het project, en kunt u deze onderbouwen, op de volgende thema's: (LET OP: graag over de volledige projectperiode beantwoorden)
	Over het versterken van een (buurt)netwerk: (beschrijf opbrengst + onderbouwing) Over participatie van gezinnen/'gezinnen aan zet': (beschrijf opbrengst + onderbouwing) Over veranderingen bij professionals: (beschrijf opbrengst + onderbouwing) Andere relevante opbrengsten: (beschrijf opbrengst + onderbouwing)

6. Borging

6.1	Welke activiteiten heeft u in het project ondernomen om uw project, de werkwijze of de samenwerking op de langere termijn te borgen?
6.2	Welke onderdelen van uw project zijn inmiddels geborgd en op welke manier?
6.3	Voor welke onderdelen van uw project is het niet gelukt deze te borgen maar zou u wel graag in stand houden? Wat zou daar voor nodig zijn?

7. Participatie van de doelgroep

7.1	Hoeveel gezinnen in achterstandssituaties wilde u met uw project bereiken? (LET OP: graag aantallen over de volledige projectperiode invullen)

7.2 Geef per activiteit aan hoeveel ouders en kinderen uit gezinnen in achterstandssituaties betrokken waren bij de <i>ontwikkeling</i> van de activiteit (e.g. het meedenken over een activiteit). LET OP: graag aantallen over de volledige projectperiode invullen, dus uiteindelijk behaalde aantallen.			
Activiteit:	Kinderen	Ouders	Gezinnen
<activiteit a>	(aantal)	(aantal)	(aantal)
<activiteit b>	(aantal)	(aantal)	(aantal)
enz.			
Geef van bovenstaande aantallen aan hoeveel kinderen, ouders en/of gezinnen behoren tot de doelgroep van kwetsbare families	(aantal)	(aantal)	(aantal)

7.3 Geef per activiteit aan hoeveel ouders en kinderen uit gezinnen in achterstandssituaties betrokken waren bij de uitvoering van de activiteit (e.g. het meewerken aan een activiteit). LET OP: graag aantallen over de volledige projectperiode invullen, dus uiteindelijk behaalde aantallen.			
Activiteit:	Kinderen	Ouders	Gezinnen
<activiteit a>	(aantal)	(aantal)	(aantal)
<activiteit b>	(aantal)	(aantal)	(aantal)
enz.			
Geef van bovenstaande aantallen aan hoeveel kinderen, ouders en/of gezinnen behoren tot de doelgroep van kwetsbare families	(aantal)	(aantal)	(aantal)

7.4 Geef per activiteit aan hoeveel ouders en kinderen uit gezinnen in achterstandssituaties <i>deelnamen</i> aan de activiteit (e.g. het meedoen aan een activiteit). LET OP: graag aantallen over de volledige projectperiode invullen, dus uiteindelijk behaalde aantallen.			
Activiteit:	Kinderen	Ouders	Gezinnen
<activiteit a>	(aantal)	(aantal)	(aantal)
<activiteit b>	(aantal)	(aantal)	(aantal)
enz.			
Geef van bovenstaande aantallen aan hoeveel kinderen, ouders en/of gezinnen behoren tot de doelgroep van kwetsbare families	(aantal)	(aantal)	(aantal)

8. Werkzame factoren en belemmeringen

8.1	Op welke gebeurtenissen of resultaten bent u trots? (LET OP: graag over de volledige projectperiode beantwoorden)
8.2	Wat of wie was doorslaggevend bij het tot stand komen van deze gebeurtenis of dit resultaat? En waarom?
8.3	Waar bent u tegenaan gelopen bij de uitvoering van uw project? Als u meerdere dingen kunt noemen, kies dan de 3 belangrijkste. (LET OP: graag over de volledige projectperiode beantwoorden)
8.4	Stel, u zou het project nogmaals mogen uitvoeren. Wat zou u anders doen? Wat zou u meegeven aan anderen die een soortgelijk project willen gaan uitvoeren?

9. Gezonde Toekomst Dichterbij en Rol FNO

9.1	Kunt u maximaal 2 dingen noemen die u als prettig heeft ervaren aan de samenwerking met FNO binnen het programma GTD? Geef ook aan waarom u dit als prettig heeft ervaren.
	1. 2.
9.2	Kunt u maximaal 2 dingen noemen die u als lastig/onprettig heeft ervaren aan de samenwerking met FNO binnen het programma GTD? Geef ook aan waarom u dit als lastig/onprettig heeft ervaren.
	1. 2.
9.3	Ten slotte zijn we benieuwd wat u in algemene zin vindt van het programma GTD. Kunt u kort omschrijven hoe u de volgende onderdelen hebt ervaren: De doelstelling van het programma <i>'Het doel van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij is het terugdringen van gezondheidsachterstanden van gezinnen met een lage sociaaleconomische status.'</i>

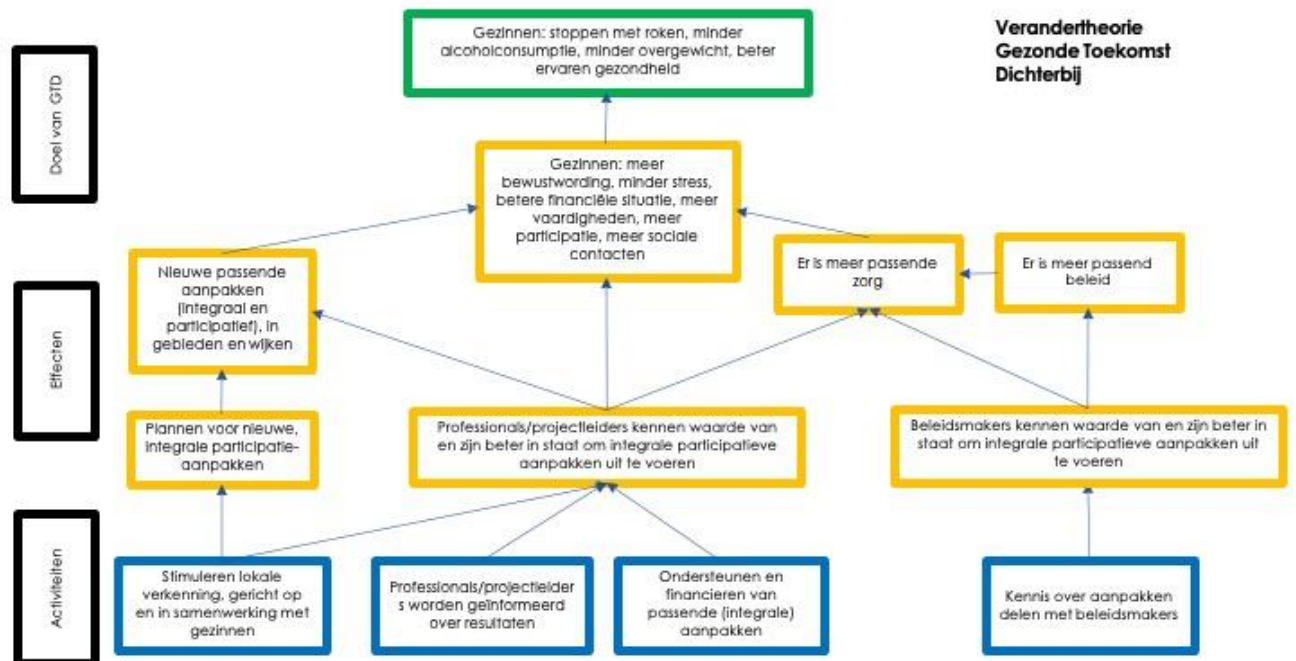
	• De (vorm en inhoud van de) projectleidersbijeenkomsten: • De opdeling van het programma in 3 'rondes': • De mogelijkheid tot kennisuitwisseling tussen projecten: • De verantwoording (wijze van rapporteren, kaders voor onderzoek, etc.):
9.4	Hebben de activiteiten van het programma Gezonde Toekomst Dichterbij een bijdrage kunnen leveren aan het bereiken van de doelstellingen van uw project? Waarom wel/niet?

10 Gezonde Toekomst Dichterbij en Rol Evaluatie Onderzoek	
10.1	Kunt u maximaal 2 dingen noemen die u als prettig heeft ervaren aan de deelname aan het overkoepelende evaluatieonderzoek uitgevoerd door WUR/WEER/Verweij-Jonker? Geef ook aan waarom u dit als prettig heeft ervaren.
	1. 2.
10.2	Kunt u maximaal 2 dingen noemen die u als lastig/onprettig heeft ervaren aan de deelname aan het overkoepelende evaluatieonderzoek uitgevoerd door WUR/WEER/Verweij-Jonker? Geef ook aan waarom u dit als lastig/onprettig heeft ervaren.
	1. 2.

11. Communicatie en publicaties	
11.1	Graag delen wij de resultaten uit de projecten die wij financieren. Vat de resultaten van uw project samen t.b.v. publicatie op de website van FNO (in max. 250 woorden):
11.2	Welke communicatie uitingen en/ of publicaties (het gaat hier om alle typen publicaties van wetenschappelijk tot krantenartikelen) zijn voortgekomen uit uw project? Neem deze op als bijlage bij deze rapportage of zorg voor een aanklikbare link
	(lijst communicatie uitingen en /of publicaties)

12. Overige opmerkingen over het project	
--	--

Bijlage C: Verandertheorie Gezonde Toekomst Dichterbij



Bijlage D: Regels bij scoring QCA

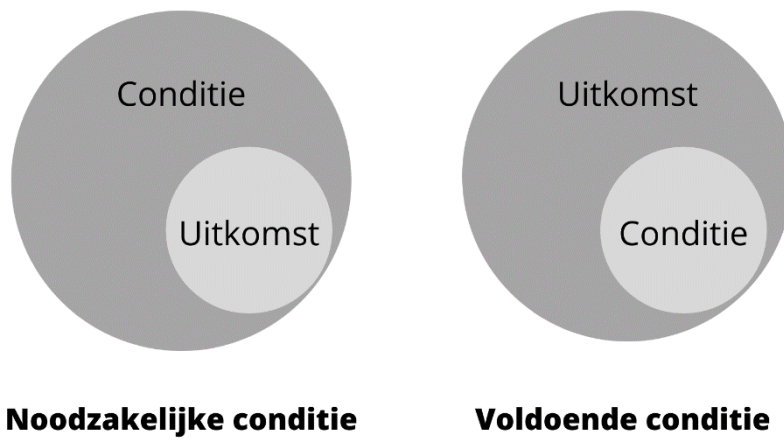
Regels		
Conditie		
Naar gezond gedrag --> individuele gedragsverandering op de gezondheidsgedragingen (roken, alcohol, overgewicht) en ervaren gezondheid (naar gezond gedrag)	0	Geen leefstijlactiviteiten
	0.33	Meer niet dan wel
	0.67	Meer wel dan niet. Een van de gezondheidsgedragingen
	1	Voornamelijk gericht op leefstijlactiviteiten. Meerdere gezondheidsgedragingen
Gezinnen aan zet --> middels een participatief proces vorm, waarbij met de doelgroep samen activiteiten worden ontwikkeld/ uitgevoerd (gezinnen aan zet)	0	Geen vorm van participatie
	0.33	Meer niet dan wel. Enkele vormen van participatie. Gezinnen hebben meegedacht d.m.v. bijv. Focusgroepen, interviews, inwonerspanel. De regie van de opzet van het project is nooit uit handen gegeven.
	0.67	Meer wel dan niet. De regie van de opzet van het project is enigszins uit handen gegeven.
	1	Voornamelijk participatie. Gezinnen bepaalden zelf de doelen. De regie van de opzet van het project is uit handen gegeven.
Werken in de buurt --> het trainen van professionals en/of het ontwikkelen van methodieken voor professionals centrale rol (werken in de buurt)	0	Geen (trainen van) professionals.
	0.33	Meer niet dan wel. Enkel anekdotisch effect. Positief bijeffect maar niet bewust op ingezet.
	0.67	Meer wel dan niet. Niet bewust ingezet als training maar wel leerzaam voor meerderheid van betrokken professionals.
	1	Voornamelijk professionals. Training heeft plaatsgevonden. Duidelijk zichtbaar effect.
Buurt in verbinding --> verbeterde sociale infrastructuur en (daarmee) vindbaarheid van aanbod om gezondheidsachterstanden te verkleinen (buurt in verbinding)	0	Geen infrastructuur. Geen aandachtspunt in project.
	0.33	Meer niet dan wel. Enkele professionals. Incidenteel i.p.v. structureel.
	0.67	Meer wel dan niet. Betere samenwerking tussen verschillende partijen. Professionals zien verbetering.
	1	Voornamelijk infrastructuur. Professioneel netwerk is versterkt. Duidelijk te observeren effect.
Uitkomst		
Overgewicht/ bewegen	0	Niet verbeterd of juist verslechtering.
	0.33	Meer niet dan wel verbeterd (beetje). Enkele deelnemers zijn gezonder gaan eten. Anekdotisch bewijs. Geringe aantallen of cijfers zijn gestabiliseerd.
	0.67	Meer wel dan niet verbeterd (redelijk). Zichtbaar effect.
	1	Statistische significantie. Overtuigend verbeterd, bijv. Afgevallen, BMI daling, smallere tailleomvang.
Roken	0	Niet verbeterd.
	0.33	Kleine verbetering. Geen harde cijfers. Enkele anekdotes. Bijeffect.
	0.67	Meer wel dan niet verbeterd (redelijk).
	1	Overtuigende daling. Aanzienlijk deel deelnemers zijn gestopt met roken (1/3 ^e). Statistisch significant.
Alcoholgebruik	0	Niet verbeterd.
	0.33	Meer niet dan wel. Enkel anekdotisch.
	0.67	Meer wel dan niet verbeterd (redelijk). Zichtbaar effect.
	1	Statistische significantie. Overtuigende daling.
Ervaren gezondheid	0	Niet verbeterd.
	0.33	Meer niet dan wel. Bijeffect. Enkele anekdotes.
	0.67	Meer wel dan niet verbeterd (redelijk). Zichtbaar effect. Meerdere anekdotes over verschillende gezondheidsaspecten.
	1	Statistische significantie. Overtuigend verbeterd.
Score 'Nvt' is gegeven indien uitkomstmaat niet werd meegenomen in het project		

Bijlage E: Data matrix QCA

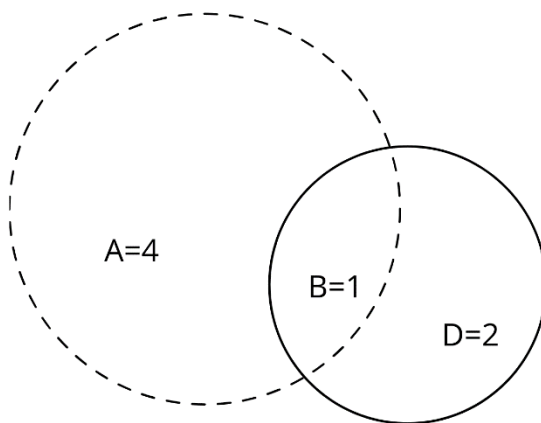
#	Naar gezond gedrag	Gezinnen aan zet	Werken in de buurt	Buurt in verbinding	Programma-lijn 1	Programma-lijn 2	Overgewicht/bewegen	Ervaren gezondheid
1	0	0.33	0.67	0.33	0	1	0	0.67
2	1	0.33	0	0.33	0	1	0.67	1
3	1	0	0.33	0.33	0	1	Nvt	0.67
4	0	0.33	0	0	0	1	Nvt	0
5	1	0	0.67	0.33	0	1	Nvt	0.67
6	0.67	0	1	0.33	1	0	0.67	0.67
7	1	0.33	0.33	0.67	1	0	0.33	0.67
8	0.67	0.33	1	0.67	1	0	0	0
9	1	0.33	0.33	0.67	1	0	0.33	nvt
10	0.67	0.67	0.67	0.67	1	0	0.33	0.67
11	1	0	0.67	0.33	1	0	0.67	1
12	1	0.33	0.33	0	0	1	Nvt	0.33
13	0	0.33	1	0.67	0	1	0	0
14	0.67	0.33	0.33	0	0	1	0.33	0.33
15	1	0	1	0.33	0	1	0.33	Nvt
16	0.33	1	0	0	0	1	0.33	0.67
17	1	0	0.33	0	0	1	0	0.33
18	1	0.33	0.33	0.33	0	1	nvt	0.67
19	1	0.33	1	0	0	1	nvt	0
20	0.67	0.33	0.33	0.67	0	1	Nvt	0.33
21	0.33	0.33	0.33	0.67	1	0	0.33	0.33
22	0.33	0.33	0.67	0.67	1	0	0.33	0.67
23	0.33	0.67	0.67	1	1	0	nvt	0.67
24	1	0.33	0	0	1	0	0.33	0.33
25	0.67	0.67	0.33	0.33	1	0	0.33	0.67
26	0.33	1	0.33	0.67	1	0	0	0.67
27	0.67	0.67	0	0	1	0	0.33	0.33
28	0	1	0.33	0.67	1	0	0.33	0.67
29	1	0.33	0.67	0.67	0	1	0.33	0.33
30	1	0	0	0	0	1	0.33	0.67
31	1	0	0	0	0	1	0.33	0.33
32	1	0.33	0	0.67	0	1	Nvt	Nvt
33	0.33	0.33	1	0	0	1	Nvt	Nvt
34	0.67	0	1	0	0	1	Nvt	0.67
35	1	0.33	0.33	0	0	1	0.33	Nvt
36	0.67	0.33	0	0.33	1	0	0.33	0.67
37	1	0.33	0.33	0.67	1	0	0.33	0.67
38	0.67	1	0.33	0.67	1	0	0.33	0.67
39	0.67	0.67	0	0.33	1	0	Nvt	0.67

40	1	0.67	0.33	0.67	1	0	0.33	1
41	0.67	0.33	0	0.33	0	1	0	Nvt
42	0.67	0.33	0.67	0	0	1	0.33	0.33
43	0.33	0.33	1	0	0	1	Nvt	Nvt
44	1	0.67	0.67	0.67	0	1	1	1
45	1	0.33	0.67	0.33	0	1	1	0.67

Bijlage F: Toelichting op condities, consistentie en dekking



Bijlage F.1: Noodzakelijke en voldoende condities



A = de uitkomstmaat. Consistentie is het aandeel van B ten opzichte van D ($B/(B+D)$). Dekking is in hoeverre B overlapt met A ($B/(A+B)$).

Bijlage F.2: Venn diagram van de concepten consistentie en dekking in QCA (vertaald) (Benney, 2016)

Bijlage G: CIMO Analyseschema

Analyse protocol 'mechanismen' Gezonde Toekomst Dichterbij Eindrapportage

1) Doel analyse

Inventariseren wat wel en wat niet werkt binnen de context van de individuele projecten, voor de project specifieke doelgroepen, als het gaat om (stoppen met) roken, alcohol drinken, verminderen van overgewicht (gezonder eten/drinken en/of meer bewegen) en het verbeteren van de ervaren gezondheid.

2) Benadering & methode

Kwalitatieve analyse met een 'realist-inspired' benadering, waarbij het identificeren van *mechanismen* (M) (die als reactie op een context (C) * interventie (I) combinatie leiden tot een specifieke opbrengst (O)), dit wordt ook wel CMO-configuraties genoemd

3) Bronnen

- Verslagen groepsgesprekken (effectenarena, audits). Voor opbrengsten: bekijk ook post-its die aanwezig bij groepsgesprekken hebben ingevuld.
- Transcripten interviews projectleiders
- Projectrapportages (tussenrapportages en eindrapportage)

N.B. de projectevaluatie (het onderzoek dat door de projecten zelf is uitgevoerd) is geen bron voor deze analyse!

Bijlage H: Bereikcijfers en intensiteit

Bijlage H.1: Bereik van de 46 GTD projecten over de gehele projectperiode, opgedeeld naar projectfase en doelgroep (kinderen, volwassenen, gezinnen)*

Projectfase	Ontwikkeling			Uitvoer			Deelname		
Doelgroep	Kind	Volw	Gezin	Kind	Volw	Gezin	Kind	Volw	Gezin
Aantallen	5526	2428	436	5550	1820	459	24050	17301	35738
We schatten dat 71,2% van de deelnemers valt onder de doelgroep met een lage sociaal economische status.									

*Activiteiten variëren van eenmalig tot wekelijks. Eenmalige contactmomenten zijn ook meegenomen in het bereik

Bijlage H.2: Bereik per project naar intensiteit (N=45)**

Hoog intensieve projecten (n=17)	Minimaal bereik per project	Maximaal bereik per project	Totaal bereik projecten	Gemiddeld bereik
Kinderen (n=9)	25	860	1718	191 (sd = 245,3)
Volwassenen (n=15)	14	660	3188	213 (sd = 202,2)
Gezinnen (n=8)	30	462	1571	92 (sd = 169,9)
Matig intensieve projecten (n=17)				
Kinderen (n=16)	20	4790	17506	1094 (sd=1372,7)
Volwassenen (n=17)	35	1698	9967	586 (sd=559,4)
Gezinnen (n=12)	28	746	2086	174 (sd=201,5)
Laag intensieve projecten (n=11)				
Kinderen (n=8)	9	1345	4826	689 (sd=505,9)
Volwassenen (n=8)	92	1547	4157	520 (sd=556,7)
Gezinnen (n=3)	114	30460	32081	10694 (sd =17132,3)

**Bereik van 0 deelnemers niet meegenomen in het minimale bereik per project

Opmerkingen:

Bereikcijfers zijn bijgehouden door projectleiders zelf. Tijdens het in kaart brengen van het bereik zijn enkele beperkingen aan het licht gekomen, waarvan de belangrijkste zijn:

- De bereikcijfers zijn onduidelijk en niet compleet.
- Er is sprake van inconsistentie in de data.

De bereikcijfers in dit rapport geven een indicatie van het bereik, maar zijn vanwege deze beperkingen geen exacte weergave.