

LEIDRAAD

EVALUEREN EN IMPACTMETING BINNEN
GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE



VLAAMS INSTITUUT
**GEZOND
LE▼EN**

COLOFON

LEIDRAAD EVALUEREN EN IMPACTMETING BINNEN
GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE

AUTEUR

Lien Van der Biest (Vlaams Instituut Gezond Leven vzw)



MET DANK AAN

De leden van de sectorale werkgroep impactmeting¹

De leden van het evaluatorenoverleg² (Vlaams Instituut Gezond Leven vzw)

Eva Wuyts, onderzoeker bij onderzoeksgroep CIMIO (hogeschool UCLL) en
zelfstandig consultant impactevaluatie

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Vlaams Instituut Gezond Leven vzw

Linda De Boeck

Gustave Schildknechtstraat 9

1020 Brussel

© 2023. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw, All rights reserved

Niets uit deze uitgave mag verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor educatieve, pedagogische en sociale doeleinden die geen commercieel oogmerk hebben, mag al het materiaal vrij gebruikt worden mits correcte bronvermelding van deze publicatie.

www.gezondleven.be

¹Leden van de sectorale werkgroep, betrokken bij het schrijven van deze tekst: Caroline Luypaert (CM), Cisca Vandereyken (Logo Gezondplus), Eliane Kellen (Centrum voor Kankeropsporing), Eva Bervoets (Eetexpert), Inge Decorte (Algemene ondersteuning Logo's), Mariane De Vriendt (Centrum voor Kankeropsporing),

²Leden van het Gezond Leven evaluatorenoverleg, betrokken bij het schrijven van deze tekst: Aafke Buyl, Barbara Willems, Dorine Maes, Eline De Decker, Laura Vandeweghe, Liese Weemaels (trekker), Pieter Debognies.

INHOUD

1 INLEIDING



Naar een gedeeld kader **p.8**

2-4 GEDEELD KADER



Terminologie op een rij **p.15**

Waarom impact meten en evalueren? **p.21**

Gezondheidswinst via preventiemethodieken **p.23**

5-6 VISIE



Een Theory of Change als basis **p.33**

Verder kijken dan enkel impact **p.39**

7-11 AAN DE SLAG



Stap voor stap een evaluatie plannen **p.45**

Stap voor stap een evaluatie uitvoeren **p.67**

Evaluatieresultaten inzetten voor nog meer impact **p.71**

Een evaluatie- of impactbeleid uitbouwen

binnen je organisatie **p.75**

Preventiemethodieken evalueren: van uitdagingen naar

realistische alternatieven **p.81**

12 EXTRA



Begrippenlijst, nuttige links en websites **p.89**



INLEIDING

1

Naar een gedeeld kader p.8

INLEIDING

1

De impact van preventie aantonen wordt steeds belangrijker. Om onderbouwde en effectieve preventiemethodieken te kunnen ontwikkelen, maar ook om beleidsmakers en organisaties te overtuigen om meer te investeren in preventie en om het algemeen publiek aan te tonen dat preventief werken aan gezondheid loont.

Binnen de sector gezondheidsbevordering en ziektepreventie lijkt het evalueren van preventieve acties en methodieken al enigszins ingeburgerd. Er bestaan wel verschillen in de manier waarop (en de mate waarin) dit gebeurt, bijvoorbeeld naargelang het project dat geëvalueerd wordt. Het blijft voor iedereen zoeken naar manieren om de werkelijke impact van acties en methodieken goed te kunnen meten. Bewegen werknemers nu meer na de implementatie van mijn methodiek in ondernemingen? Zijn leerlingen beter in staat om zorg te dragen voor hun mentale gezondheid dankzij een set van educatieve materialen en acties? En wat kunnen we leren over het inzetten van apothekers voor de preventie van dementie?

VERSCHILLENDE INTERPRETATIES VAN IMPACTMETING

In 2021 werd een sectorale werkgroep opgericht om na te denken over impactmeting binnen gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Deze werkgroep uitte de nood aan een gedeeld (begrippen)kader en een gedeelde visie omtrent impactmeting. Dit vanuit de vaststelling dat niet iedereen hetzelfde begrijpt onder impact en het meten daarvan. Daarom is het niet eenvoudig om hierover van gedachten te wisselen en bij te leren van elkaar.

De quote hiernaast geeft deze problematiek goed weer.

De werkgroep zocht naar een **kader** waarin elke organisatie zich herkent, maar waaraan men ook zijn eigen invulling kan geven, naargelang het specifieke project of de specifieke werking die geëvalueerd wordt. Een kader dat ook begrijpbaar, toegankelijk en breed toepasbaar is, zodat iedereen gemotiveerd is om ermee aan de slag te gaan. En **gedeeld**, zodat organisaties hier makkelijk met elkaar en met de buitenwereld (beleidsmakers, subsidieverleners, algemeen publiek) over kunnen communiceren of uitwisselen. Dit alles zodat impact nog beter gecreëerd, gecapteerd en aangetoond kan worden.



“WE SIGNALEERDEN REEDS 3 ERG VERSCHILLENDE INTERPRETATIES VAN IMPACT DIE IN HET HANDELEN VAN SOCIAAL-CULTUREEL WERKERS NAAR VOREN TREDEN. WANNEER NIET DUIDELIJK IS VANUIT WELKE INTERPRETATIE DIVERSE BETROKKENEN SPREKEN, VOLGT ER VERWARRING EN FRUSTRATIE. COLLEGA'S DIE DEZELFDE WOORDEN GEBRUIKEN EN ELKAAR LIJKEN TE BEGRIJPEN, KOMEN TOCH NIET TOT OVEREENSTEMMING OMDAT ZE VANUIT EEN VERSCHILLENDE KIJK OP IMPACT SPREKEN. MAAR OOK EENZELFDE PROFESSIONAL KAN DE VERSCHILLENDE INTERPRETATIES DOOR ELKAAR GEBRUIKEN.”

(SOCIUS, 2014)

RICHTING EEN GEDEELD KADER

Met deze leidraad zetten we een belangrijke stap richting een gedeeld (begrippen)kader en een gedeelde visie rond impactmeting. De leidraad schetst een beeld van wat we begrijpen onder impactmeting en op welke manieren we dit kunnen aanpakken binnen gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Niet alleen de tekst als eindresultaat, maar ook het proces van het schrijven van deze tekst, met input van de werkgroep, droeg bij aan het ontwikkelen van een gedeelde visie.

Deze leidraad kan dienen als houvast voor nieuwe medewerkers die starten binnen de preventiesector, maar ook voor alle andere gezondheidsbevorderaars die met impactmeting aan de slag willen gaan.

Klemtone binnen deze leidraad

Deze leidraad focust op 3 belangrijke aspecten van impact meten of evalueren:

1. Hoe kan je een evaluatie/impactmeting goed (en tijdig) **voorbereiden en plannen**? Op welke niveaus kan je impact verwachten en/of vaststellen met betrekking tot gezondheid? Hoe kan een Theory of Change hierbij helpen?
2. Hoe voer je een evaluatie/impactmeting succesvol uit? Wat zijn geschikte (en haalbare) **methoden en werkwijzen**?
3. Wat kan je doen met de resultaten? Hoe kan je deze **inzetten** om nog meer impact te creëren?

Naast deze 4 hoofdonderdelen is er aandacht voor:

- het uitklaren van de terminologie rond impact en evalueren;
- het specifieke karakter en het belang van evalueren/impact meten binnen de sector gezondheidsbevordering en ziektepreventie;
- het uitbouwen van een evaluatie- of impactbeleid binnen je organisatie.

Tenslotte is er ruimte voorzien voor een overzicht van nuttige bronnen (papers, websites, handleidingen) voor wie nog meer wil lezen over impactmeting.

Methode voor het opstellen van deze leidraad

Voor het opstellen van deze leidraad werd beroep gedaan op verschillende informatiebronnen:

- teksten, handleidingen, vormingen en opgedane expertise rond evalueren en impactmeting van het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw, opgesteld of opgedaan binnen de beheersovereenkomst 'Partnerorganisatie Algemene Gezondheidsbevordering' (2016-2020) en het project 'Opleidingsaanbod Evidence-based Gezondheidsbevordering' (2021-2023);
- online bronnen zoals handleidingen, artikels, websiteteksten over evalueren en impactmeting;
- input en feedback vanuit de sectorale werkgroep impactmeting (die bestaat uit leden van de sector gezondheidsbevordering en ziektepreventie) en vanuit andere experts inzake impactmeting.





GEDEELD KADER

2-4

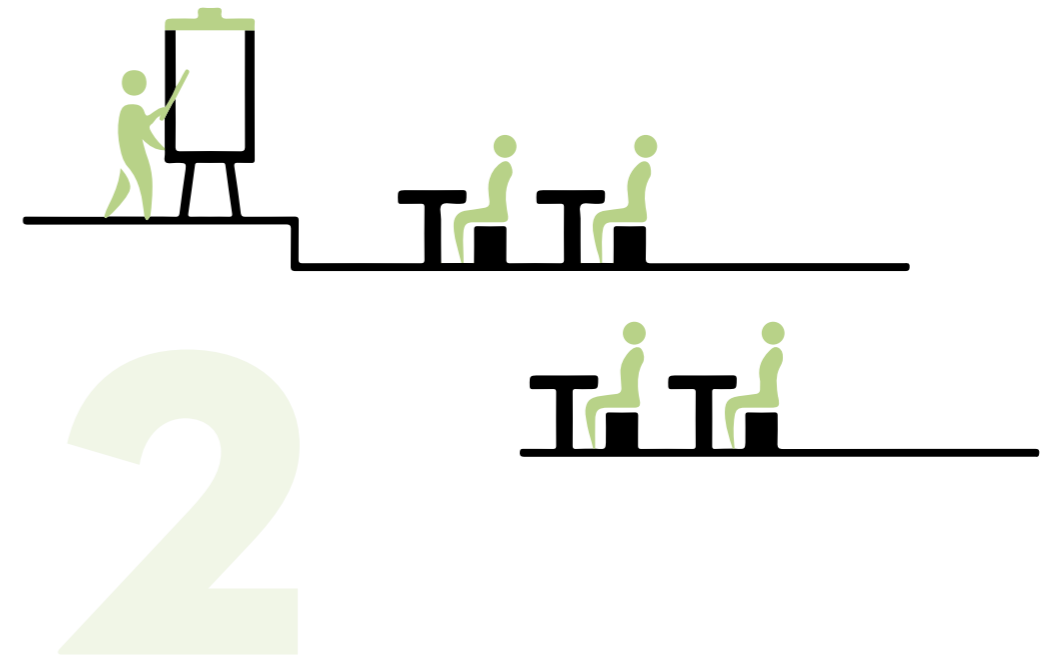
Terminologie op een rij p.15

Waarom impact meten en evalueren? p.21

Gezondheidswinst via preventiemethodieken p.23

2

TERMINOLOGIE OP EEN RIJ



Impact is een buzz word. Er wordt steeds meer over gesproken maar er heerst wel wat onduidelijkheid over wat dit precies betekent. Impactmeting, impactevaluatie en evalueren zijn termen die vaak door elkaar gebruikt worden. Eigenlijk gaan ze min of meer over hetzelfde, maar er zijn toch enkele belangrijke nuances.

IMPACT

Wat je onder impact verstaat, hangt grotendeels af van de definitie die je hanteert. In deze tekst kozen we voor de volgende omschrijving: **impact verwijst naar alle veranderingen of effecten - positief en negatief, bedoeld en onbedoeld, groot en klein, direct of indirect die aan jouw actie(s) kunnen toegeschreven worden** (UCLL, 2019).

In de meeste definities wordt met impact vooral langetermijneffecten bedoeld. In het geval van gezondheidsbevordering en ziektepreventie situeert dit zich meestal op het niveau van de gezondheidsstatus of levenskwaliteit van mensen, maar het kan bijvoorbeeld ook gaan over langetermijngedagsveranderingen. Dit zijn het soort langetermijneffecten die kunnen optreden ten gevolge van een preventiemethodiek. Meestal heb je hier niet zoveel controle over omdat ook andere factoren dit beïnvloeden. Kortere termijn effecten die onmiddellijk optreden, ten gevolge van een preventiemethodiek (bv. kennisverhoging, intentie tot gedragsverandering), noemt men dan eerder **outcome**, in plaats van impact. Deze zijn doorgaans ook makkelijker te meten. In deze leidraad maken we ook het onderscheid tussen kortetermijn- en langetermijneffecten.

IMPACT METEN

Een impactmeting (of impactevaluatie) heeft als doel om de **impact die je nastreeft te meten**. Het is gericht op informatie verzamelen en analyseren (UCLL, 2019)..

Als je een impactmeting uitvoert, wil je graag de gevonden impact kunnen linken aan jouw acties of project. Bewijzen dat een bepaalde verandering of effect uitsluitend door jouw actie(s) plaatsvindt, is echter vaak niet hard te maken. Bewijzen dat jouw acties een aandeel hebben in of **bijdragen** aan bepaalde veranderingen of effecten, is een realistischere doelstelling.

EVALUEREN

Evalueren houdt meer in dan nagaan of de langetermijndoelstellingen (of 'impact') van het project behaald werden. Een goede evaluatie bezorgt je ook inzicht in waarom het project en de onderdelen ervan al dan niet succesvol zijn. Het laat toe om het project bij te sturen en biedt je leerpunten voor de toekomst (uit [Een kei in evalueren](#), 2016).

Er zijn verschillende soorten evaluaties al naargelang de vragen waarop de evaluatie een antwoord wil bieden. Een veelgebruikt onderscheid is **proces-, product- en effectevaluatie**.

PROCESEVALUATIE

Een procesevaluatie richt zich niet op de uitkomsten van het project, maar evalueert de weg die afgelegd werd om tot de resultaten te komen. Denk aan:

- de redenen waarom ondernemingen wel/niet instappen in een gezondheidsproject;
- de manier waarop leerkrachten een educatief pakket hebben toegepast in de lessen;
- de mate waarin inwoners van een stad of gemeente bereikt werden met een lokale actie;
- het nagaan of zorgactoren met je materialen aan de slag kunnen in een pilootproject.

Met deze inzichten kan je bijleren over **wat goed/minder goed verloopt** (bv. welke drempels intermediairs ervaren, of alles voldoende efficiënt verloopt, hoe kosteneffectief je project is). Zo kan je bijsturen om nog beter je beoogde effecten te behalen op het einde van de rit, of in een volgend project.

PRODUCTEVALUATIE

Een productevaluatie evalueert de tevredenheid van (delen van een) product(en) die deel uitmaken van een preventieve actie of methodiek (bv. een folder, vorming, spel, test, handleiding, ...). Met een productevaluatie kan je peilen naar de **tevredenheid over de inhoud** (aangepast aan het doelpubliek en duidelijk, boeiend, bruikbaar, ...), de **vorm** (lay-out, gebruiksvriendelijkheid, gebruikte afbeeldingen en illustraties, ...) en **organisatorische aspecten** van het product (inschrijvingsmodaliteiten, kostprijs, tijdsduur, ...).

EVALUEREN HOUDT MEER IN DAN NAGAAN OF DE LANGETERMIJNDOELSTELLINGEN (OF 'IMPACT') VAN HET PROJECT BEHAALD WERDEN. EEN GOEDE EVALUATIE BEZORGT JE OOK INZICHT IN WAAROM HET PROJECT EN DE ONDERDELEN ERVAN AL DAN NIET SUCCESVOL ZIJN.



EFFECTEVALUATIE

Een effectevaluatie meet de uitkomsten van het project (op vlak van gezondheid of voorspellers van gezondheid – zie verder). Zijn de vooropgestelde doelstellingen en gewenste effecten behaald? Denk daarbij aan:

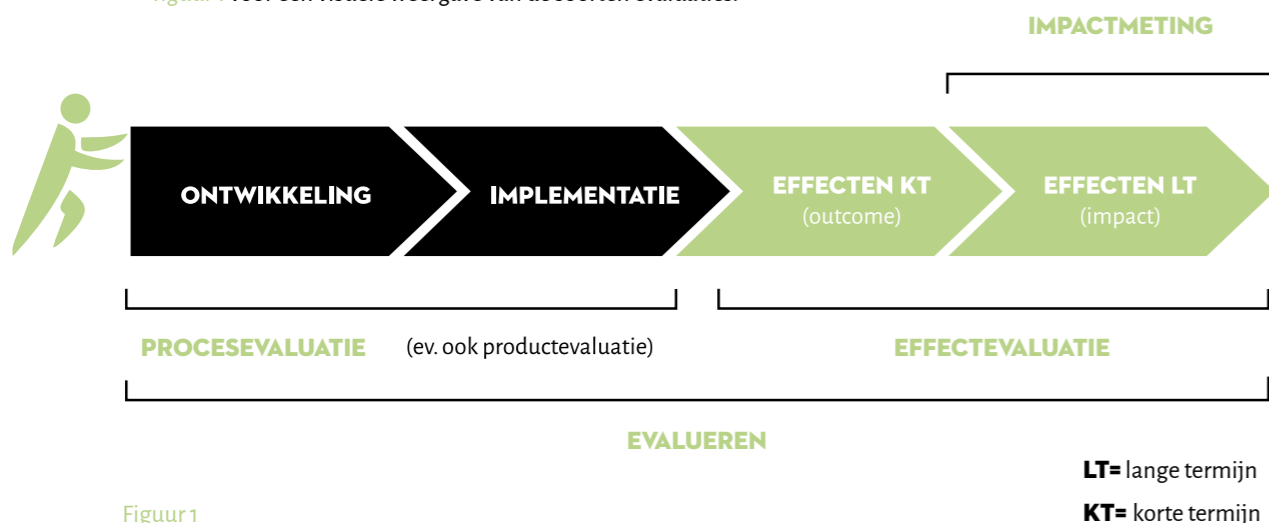
- het verminderen van nek- en rugklachten bij telewerkers;
- ervoor zorgen dat ouderen voldoende water drinken op warme dagen;
- het creëren van een bewustzijn bij beleidsactoren rond gezondheidsongelijkheid;
- het verbeteren van de prognose van vrouwen met borstkanker door een tijdige opsporing via deelname aan het bevolkingsonderzoek borstkanker;
- het zover krijgen van zorginstellingen om het aanbod rond mentaal welbevinden te verankeren binnen hun preventief gezondheidsbeleid.

Een effectevaluatie leunt het dichtst aan bij een impactmeting of impactevaluatie die ook de behaalde effecten in kaart brengt. Al zal een impactmeting vooral op langetermijneffecten focussen, terwijl het bij een effectevaluatie zowel over korte- als langetermijneffecten kan gaan. Afhankelijk van de gebruikte definities, zal een impactmeting ook nog breder kijken naar andere, onbedoelde effecten van je actie of methodiek op de samenleving (bv. op de publieke opinie, het gevoerde beleid of het imago van je organisatie), maar ook een effectevaluatie kan deze mee in rekening brengen.

OVERZICHT SOORTEN EVALUATIES

In de verdere tekst maken we, waar nodig, het onderscheid tussen evalueren en impactmeting.

Met 'evalueren' verwijzen we naar het beoordelen van een methodiek over de hele lijn (proces tot effect). De term 'impactmeting' reserveren we voor het meten en interpreteren van langetermijngezondheidseffecten (wat niet binnen elk project mogelijk of zelfs noodzakelijk is). Zie [figuur 1](#) voor een visuele weergave van de soorten evaluaties.



Figuur 1

IMPACTGERICHT WERKEN

Impactgericht werken of 'evaluatief handelen' is doorheen je hele project (of werking) stilstaan bij welke impact (of kortere termijn outcome) je beoogt en hoe je die kan bereiken. Het is ook van bij de start van je project anticiperen op hoe je die impact/outcome zal meten en zal inzetten tijdens of na afloop van je project. Het is dus breder dan evalueren of impact meten.

Impactgericht werken kan zich vertalen in verschillende acties die door medewerkers opgenomen worden. Enerzijds acties die bijdragen aan het behalen van impact/outcome:

- het uittekenen van het veranderingsproces dat je wil in gang zetten (zie verder 'Theory of Change');
- het daarbij formuleren van concrete en haalbare streefdoelen voor impact/outcome (op basis van een vooronderzoek – groot of klein – dat helpt inschatten welke impact je mag verwachten als gevolg van jouw acties);
- en op basis daarvan effectieve preventie- en implementatiestrategieën kiezen en toepassen.

Anderzijds acties die bijdragen aan het meten en delen van impact/outcome (of andere evaluatieresultaten):

- van bij het begin een plan van aanpak voor evaluatie opstellen ('evaluatieplan') en regelmatig tijd vrijmaken om dit uit te voeren of bij te sturen;
- voor of tijdens je project aandachtig zijn voor het verzamelen van cijfer-, tekst- en beeldmateriaal dat kan dienen voor het meten van evoluties maar ook voor het delen van evaluatieresultaten via communicatiematerialen (bv. inspirerende praktijk, infographics, quotes, artikel, nieuwsbericht).

In hoofdstuk 10 lees je hoe je op organisatieniveau een impact- of evaluatiebeleid kan uitbouwen. In hoofdstuk 12 vind je een lijst van definities van bovenstaande (en nog andere termen) met betrekking tot impactmeting in de preventiesector.





3

WAAROM IMPACT METEN EN EVALUEREN?

3

VOORDELEN VAN EVALUEREN?

Inzetten op evalueren en impact meten heeft tal van voordelen. Dit zijn de voornaamste:

- **Bijleren:** je kan beter inschatten wat wel en niet werkt en waarom. Op die manier weet je beter hoe je je actie of methodiek moet bijsturen en verbeteren om nog meer impact te creëren (wat nuttig kan blijken bij een verlenging, vervolgproject of opschaling). Je kan ook tijdig eventuele schadelijke effecten detecteren, waardoor je misschien beslist om je project stop te zetten. Daarnaast verkrijg je een beter zicht op de kosteneffectiviteit van je actie of methodiek, wat zorgt voor een efficiënter gebruik van middelen en mankracht. Al deze inzichten kan je delen met partners of stakeholders, waardoor ook zij kunnen leren van jouw resultaten en ervaringen.
- **Meerwaarde aantonen:** als je op basis van een onderbouwde impactmeting of effectevaluatie kan aantonen en communiceren wat je hebt bereikt, zal dit niet alleen de eigen medewerkers sterker motiveren, maar ook jouw project/organisatie positief in de kijker zetten bij stakeholders en potentiële opdrachtgevers. Het kan partners overtuigen om te investeren in preventie of het kan reeds gedane investeringen legitimeren.
- **Positieve neveneffecten creëren:** het bevragen of samenbrengen van doelgroepen in het kader van een evaluatie en/of het delen van zulke bevindingen, kan al zorgen voor een groter bewustzijn omtrent de problematiek (bv. een gezondheidsthema, de eigen leefstijl) of in sommige gevallen zelfs aanzetten tot een (gedrags)verandering. Het kan ook het draagvlak voor een bepaald project vergroten, waardoor het project vlotter verloopt of de kans op een verlenging of vervolg groter wordt. Ook naar stakeholders toe kan het gezamenlijk plannen en aanpakken van een impactmeting of evaluatie de neuzen in dezelfde richting brengen en zorgen voor een versterkte samenwerking. Transparantie over evaluatieresultaten kan tenslotte zorgen voor een grotere klantentevredenheid.

STRATEGISCH INZETTEN VAN EVALUEREN?

Bovenstaande redenen tonen aan dat evalueren/impact meten kan zorgen voor het verder vergroten van je bestaande impact (= win-win). Dat kan toevallig gebeuren, maar kan – en moet misschien ook meer – doelgericht en strategisch ingepland worden: **impact inschatten, creëren, meten en aantonen, om zo opnieuw of nog meer impact te genereren.** Een positieve feedbackloop die erg motiverend kan werken, zowel voor projectmedewerkers/-managers als voor opdrachtgevers, stakeholders en doelgroepen. Het is de kern van impactgericht werken.

In hoofdstuk 9 wordt verder ingegaan op het inzetten van resultaten van een evaluatie of impactmeting naar verschillende doelgroepen en met verschillende bedoelingen.



4

GEZONDHEIDS- WINST VIA PREVENTIEME- THODIEKEN

4



Als gezondheidsbevorderaar is het de bedoeling om impact te creëren op gezondheidsvlak: de gezondheidsstatus (fysiek, mentaal, sociaal) verbeteren of versterken en ziekte voorkomen.

Denk daarbij aan een verlaagd aantal diagnoses van diabetes type 2 of minder sterftes door hart- en vaatziekten, een verbeterd mentaal welbevinden bij jongeren of het verdwijnen van roken als onderdeel van de samenleving. Naast gezondheidseffecten kunnen ook effecten op andere factoren optreden: op het maatschappelijk discours, het imago van je organisatie, de publieke opinie, het beleid, ... Deze effecten kunnen onbedoeld zijn. Het zijn in dat geval (positieve of negatieve) neveneffecten. Ze kunnen ook strategisch gepland zijn.

Impact op gezondheidsvlak streeft men na via het inzetten van **preventieve acties of methodieken**. Voorbeelden daarvan zijn: een sensibiliseringscampagne, een hulplijn, een educatief pakket, een challenge, beleidsmaatregelen, omgevingsinterventies in publieke ruimte, enz.



PREVENTIEMETHODIEK

GEZONDHEID

Een preventiemethodiek

- is een geheel van te volgen, vaste, weldoordachte werkwijzen om een bepaalde doelstelling te bereiken;
- omvat materialen en diensten (zie hieronder);
- is gericht op 1 of meerdere types van strategieën: educatie, omgevingsinterventies, vastleggen van afspraken en regels en het aanbieden van preventieve zorg of begeleiding.

Materialen en diensten

- vormen samen een methodiek;
- worden ter beschikking gesteld om professionelen of de doelgroep te ondersteunen en om een bepaalde operationele doelstelling te realiseren;
- zijn 'tastbare' producten, zoals affiche, folder, stappenteller, presentatie (= materialen);
- of 'niet tastbare' middelen, zoals een vorming (= diensten).

De preventiemethodieken, materialen en diensten omvatten een heel aantal thema's die op www.preventiemethodieken.be ondergebracht zijn binnen volgende settings of levensdomeinen: gezin, lokale gemeenschap, onderwijs, vrije tijd, werk, zorg en welzijn, en verder rechtstreeks naar de burger.

(bron: website Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)

IMPACT OP GEZONDHEID VIA GEZONDHEIDSDETERMINANTEN

Maar hoe kunnen preventiemethodieken dan precies bijdragen aan een betere gezondheid?

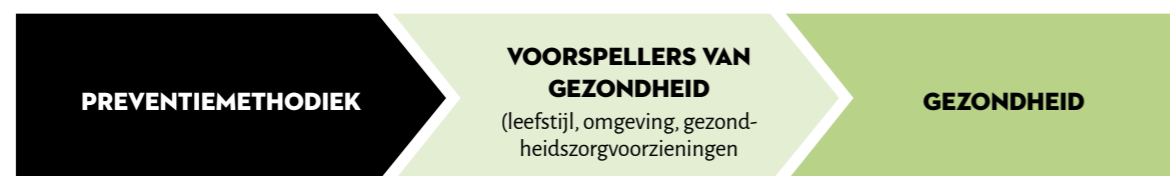
Een goede gezondheid hangt af van tal van factoren die elk een positieve of negatieve invloed kunnen uitoefenen. Het Health Field Concept van Lalonde (figuur 2) somt 4 soorten **gezondheidsdeterminanten** op: biologische factoren, leefstijl, omgeving en de organisatie van de gezondheidszorg. Via deze 'voorspellers van gezondheid' kan je met je preventiemethodiek impact proberen te verkrijgen op de gezondheidsstatus.

Voorbeeld: een infosessie over budgetvriendelijk koken zal als bedoeling hebben om bij te dragen tot gezondheid via een gezonder eetpatroon (leefstijl als gezondheidsdeterminant).

MODEL VAN LALONDE (1974) Figuur 2



Met preventiemethodieken kan je vooral inspelen op een **gezonde leefstijl**³ en een **gezonde omgeving**, en in bepaalde gevallen ook op de organisatie of toegankelijkheid van (preventieve) **gezondheidszorgvoorzieningen**. Inspelen op biologische factoren vraagt een eerder curatieve of medische aanpak.



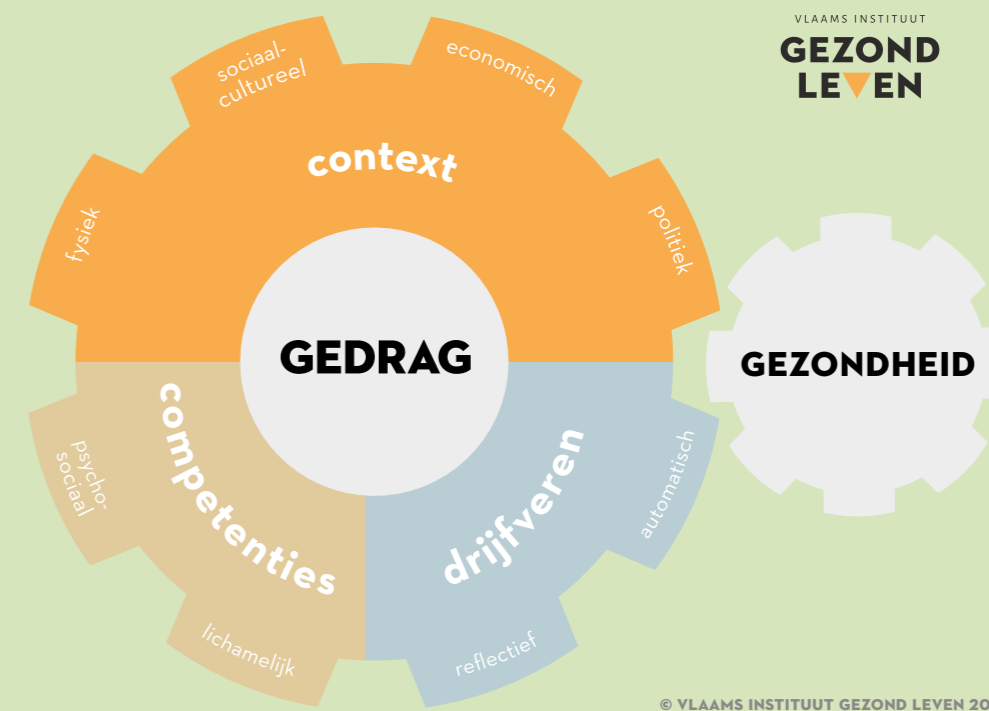
³De sector gezondheidsbevordering en ziektepreventie kan zich onder andere beroepen op de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen waarin verschillende leefstijlfactoren zijn vastgelegd die een bewezen invloed hebben op de gezondheid.

IMPACT OP LEEFSTIJL VIA GEDRAGSDETERMINANTEN

Ook verandering in leefstijl als een van de gezondheidsdeterminanten komt niet vanzelf. Gedragsverandering komt altijd voort uit veranderingen in **gedragsdeterminanten** (= drempels en hefboomen die mensen ervaren bij het stellen of veranderen van hun gedrag). Het **Gedragswiel** van Gezond Leven (figuur 3) biedt een overzicht van de verschillende soorten gedragsdeterminanten die een gedrag kunnen voorspellen. Deze zijn geordend in 3 categorieën: **competenties, drijfveren en context** of omgeving (lees meer).

Voorbeeld: een infosessie over budgetvriendelijk koken kan bijdragen aan een gezonder eetpatroon via het versterken van bepaalde voedselvaardigheden.

HET GEDRAGSWIEL (VLAAMS INSTITUUT GEZOND LEVEN, 2020) Figuur 3





Een preventiemethodiek kan inzetten op gedragsdeterminanten binnen 1 of meerdere van deze 3 categorieën omdat aangetoond is of verwacht wordt dat deze samenhangen met (het uitblijven van) het gezonde gedrag of de gewenste gedragsverandering. Bijvoorbeeld:

- een infosessie over budgetvriendelijk koken die mensen motiveert tot een gezonder eetpatroon en hierbij ook werkt aan voedselveerdigheden (drijfveren en competenties);
- een educatief pakket dat inzet op het versterken van sociale vaardigheden van jongeren (competenties);
- signalisatie van een rookverbod in de publieke ruimte (context en drijfveren).



INTERMEDIARS ALS BELANGRIJKE TUSSENSCHAKELS OP WEG NAAR IMPACT

Om impact te kunnen genereren, moet een preventiemethodiek tot bij de doelgroep geraken. Binnen de sector gezondheidsbevordering en ziektepreventie gebeurt het geregeld dat organisaties die methodieken ontwikkelen, deze niet zelf tot bij de doelgroep brengen of zelf uitvoeren op het terrein. Er wordt dus vaak met tussenpersonen of **intermediars** gewerkt. Dit is ook een essentieel onderdeel van het settinggericht werken waarbij je gezondheidsboodschappen en preventiemethodieken toepast op specifieke settings (bv. zorg en welzijn) en die door settingactoren ter plekke uitgerold worden. Soms zijn er zelfs nog extra tussenschakels van (bovenlokale of koepel) organisaties die ook worden ingezet om een bepaalde rol te spelen in het creëren van draagvlak binnen een setting of in het ondersteunen van je communicatie en implementatie.

Voorbeeld: BullshitFree Generation, een methodiek voor tabakspreventie, ontwikkeld door Gezond Leven en gericht naar jongeren in het secundair onderwijs.

- ROL VAN GEZOND LEVEN (methodiekontwikkelaar): methodiek ontwikkelen, bekendmaken, opvolgen, evalueren, ...
- ROL VAN DE SCHOLEN (leerkrachten): bv. collega's enthousiasmeren, een trekkersgroep samenstellen, lesmaterialen toepassen in de lessen, leerlingen betrekken ([lees meer](#))
- ROL VAN DE LOKALE BESTUREN: bv. bekendmaking ondersteunen, opnemen van acties binnen het gezondheidsbeleid van de stad of gemeente ([lees meer](#))
- ROL VAN DE LOGO'S: adviseren van lokale besturen bij rookbeleid (buiten scope van dit project)

Aangezien het behalen van impact op (voorspellers van) gezondheid afhangt van het goed functioneren van zo'n samenwerkingsverbanden en taakverdelingen, is het ook nodig om stil te staan bij gewenste veranderingen op het niveau van deze tussenschakels of 'intermediars'.



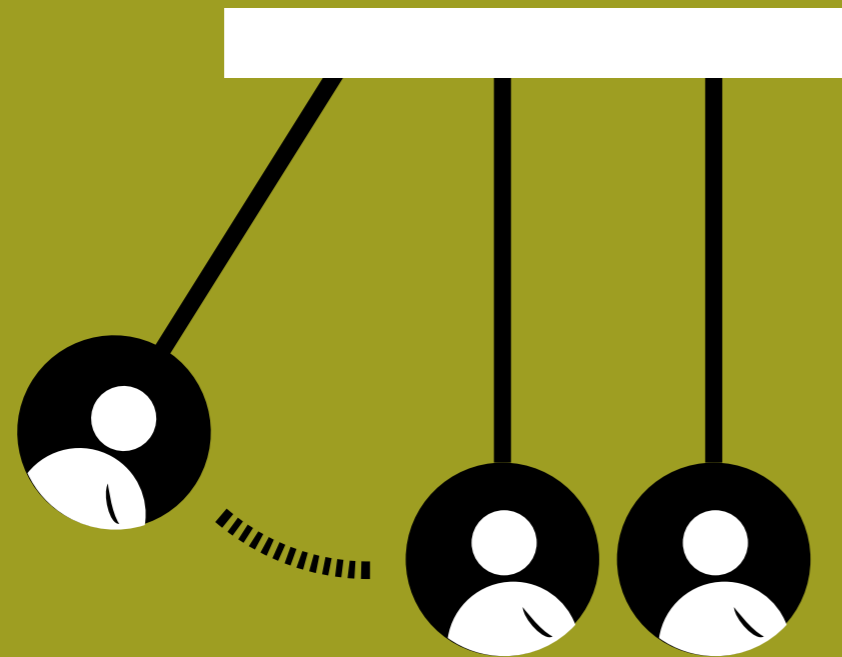


VISIE

— **2-4** —

Een Theory of Change als basis **p.33**

Verder kijken dan enkel impact **p.39**



5

EEN THEORY OF CHANGE ALS BASIS

5

Het vorige hoofdstuk toonde aan dat er vaak een hele weg moet afgelegd worden vooraleer een preventiemethodiek de gewenste impact kan creëren. Om goed te kunnen plannen en onderbouwen hoe je preventiemethodiek effectief zal zijn, kan je best een verandertheorie of Theory of change (TOC) opstellen.

Een verandertheorie, impactverhaal, 'Theory of Change' of 'logic model' beschrijft **hoe je van punt A (je preventiemethodiek) naar punt B (impact op gezondheidsvlak) wil geraken**. Met andere woorden, hoe zal jouw preventiemethodiek een verandering teweegbrengen bij bepaalde doelgroepen, waardoor een positief effect op gezondheid kan verwacht worden? Hoe helderder je dit krijgt, hoe makkelijker je je project kan beschrijven, 'verkocht' krijgen aan anderen, maar vooral ook hoe makkelijker je het kan evalueren.

PREVENTIEMETHODIEK

GEZONDHEID

In het vorige hoofdstuk las je via welke tussenstappen (bv. gedrags- en gezondheidsdeterminanten, intermediairs) je preventiemethodiek impact kan genereren op de gezondheid van je doelgroep. Deze tussenstappen vormen de bouwblokken van je TOC. Of je methodiek een effect heeft gehad op elk van deze tussenstappen, kan je dan gaan evalueren.

In hoofdstuk 7 maak je kennis met het RE-AIM model, dat je kan gebruiken bij het opstellen van je TOC.

VAN ASSUMPTIES NAAR EEN ONDERBOUWDE THEORY OF CHANGE

Vaak heb je zelf een (ruwe) theorie in gedachten, die weergeeft via welke tussenstappen jouw methodiek een impact zou kunnen hebben op gezondheid. Bijvoorbeeld:

“Mijn methodiek zal leerlingen leren wat de gevaren zijn van roken voor hun gezondheid (= kennis), zodat ze hier negatiever tegenover staan (= attitude) en dus minder zullen roken (= gedrag), wat positief is voor hun latere gezondheid (= gezondheidsstatus).”

Maar kloppen je assumpties wel? Heb je de juiste assumpties gemaakt? Misschien is kennis over de risico's van roken niet wat leerlingen zal weerhouden om zelf te roken, of misschien gebruik je niet de juiste boodschapper, of misschien zijn er andere factoren die veel meer doorwegen in het rookgedrag van jongeren. En heb je gedacht aan hoe deze preventiemethodiek tot bij de doelgroep zal geraken en wie deze best op welke manier zal uitvoeren (en welk effect die kan hebben op de werkzaamheid van de methodiek)?

Impactgericht werken houdt in dat je deze **assumpties goed aftoetst aan de bestaande evidence** (literatuur, doelgroepbevraging, experts raadplegen, ...). Enkel zo kan je je methodiek ontwikkelen en implementeren op een manier dat hij impact kan genereren bij je doelgroep. Een goed onderbouwde TOC is de start van een effectieve preventiemethodiek.

Lees meer meer over het opstellen van een verandertheorie of impactverhaal of bekijk deze 2 korte video's.

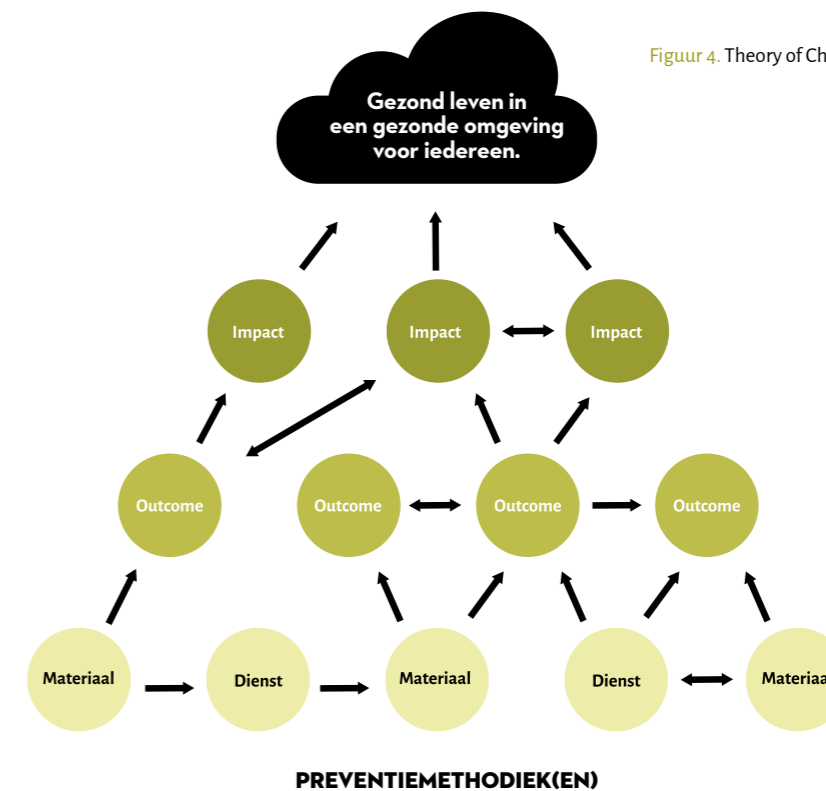


HOE ZIET EEN THEORY OF CHANGE ERUIT?

Er zijn verschillende manieren om een Theory of Change op te stellen. Sommige TOC's hebben een lineaire opbouw, andere zijn circulair of eerder 'kriskras' of piramidaal (zie **figuur 4** Theory of Change⁴). Vaak wordt input – output – outcome – impact⁵ als structuur gebruikt, maar ook andere indelingen zijn mogelijk. Verderop in deze tekst stellen we het RE-AIM model voor, dat ook kan gebruikt worden om je TOC te visualiseren. Welke vorm je ook gebruikt, het gaat erom dat je visualiseert via welke tussenstappen je preventiemethodiek een positieve verandering op gezondheidsvlak zal kunnen teweegbrengen, of hieraan bijdragen.

Je kan er dus voor kiezen om een TOC op te stellen voor het verwachte effect van 1 preventiemethodiek, maar ook voor het verwachte effect van een geheel van methodieken (bv. de werking van een organisatie rond het thema 'voeding'). 1 enkele preventiemethodiek zal immers nooit op zichzelf in staat zijn om de volledige (verwachte) gezondheidstoestand van een individu of groep te verbeteren.

Talrijke voorbeelden van TOC's zijn online te raadplegen. In hoofdstuk 7 is een beknopte TOC uitgewerkt voor de preventiemethodiek 10.000 stappen.



Figuur 4. Theory of Change

⁴Aangepast uit 'Theory of Change. Een handleiding om verandering te begrijpen en impact te realiseren (MDFnl, 2019)'.
⁵ Input = de intermediairs, middelen, materialen enz. die je inzet; output = de preventiemethodiek(en) zelf; outcome = de veranderingen in gedragsdeterminanten, gedrag of omgeving; impact = de langetermijngezondheidseffecten.

**AAN DE HAND VAN
JE THEORY OF
CHANGE, KAN
JE PLANNEN OP
WELK(E) NIVEAU(S) JE
ZAL EVALUEREN.**

EVALUEREN OP BASIS VAN EEN THEORY OF CHANGE.

Aan de hand van je TOC, kan je plannen op welk(e) niveau(s) je zal evalueren. Je kan hierbij de volgende 3 overwegingen maken:

1. WELK NIVEAU KOMT HET DICHTST BIJ EFFECTIEVE GEZONDHEIDSWINST METEN? (= UITEINDELIJK DOEL VAN JE METHODIEK)

Hoe meer richting 'gezondheid' je effecten meet in je TOC), hoe overtuigender je evaluatie zal zijn. Je kan immers aantonen dat je preventiemethodiek een wezenlijk effect heeft gehad op de gezondheidstoestand van je doelgroep.

Hoe meer richting 'voorspellers van gezondheid' (of zelfs implementatie door intermediairs), hoe minder je een echte gezondheidsimpact kan bewijzen. Je toont wel aan dat je methodiek een effect heeft op een indirecte voorspeller van gezondheid, of een verandering teweegbracht bij intermediairs, maar daar blijft het bij.

2. WAT IS HAALBAAR EN ZINVOL?

Hoe meer richting 'gezondheid' je evalueert, hoe moeilijker het zal zijn om impact te meten en aan te tonen. Zulke effecten zullen immers meestal pas na een lange termijn optreden en zijn daardoor moeilijk toe te schrijven aan jouw methodiek. In veel gevallen heeft het weinig zin om te proberen om langetermijngezondheidseffecten te linken aan 1 methodiek.

Hoe meer richting 'voorspellers van gezondheid', hoe makkelijker het doorgaans zal zijn om een effect bloot te leggen, en te linken aan jouw methodiek. Het is ook vaak zinvoller, omdat op dit niveau ook effectief veranderingen kunnen verwacht worden, ten gevolge van een methodiek.

3. WAAROVER WIL IK BIJLEREN?

Los van het aantonen van gezondheidsimpact, is het doel van een evaluatie ook om bij te leren over de werkzaamheid van je preventiemethodiek. Je kan daarom opteren om (bovenop een middellange tot langetermijnimpactmeting) ook kortetermijnveranderingen (of zelfs het proces) te evalueren. Dat kan je veel leren over hoe bepaalde gezondheidseffecten wel/niet tot stand komen of wat beter kan bij de uitrol van je methodiek.

Bovenstaande overwegingen zijn verwerkt in de visie op evalueren van preventiemethodieken die je kan terugvinden in het volgende hoofdstuk.



6

VERDER KIJKEN DAN ENKEL IMPACT

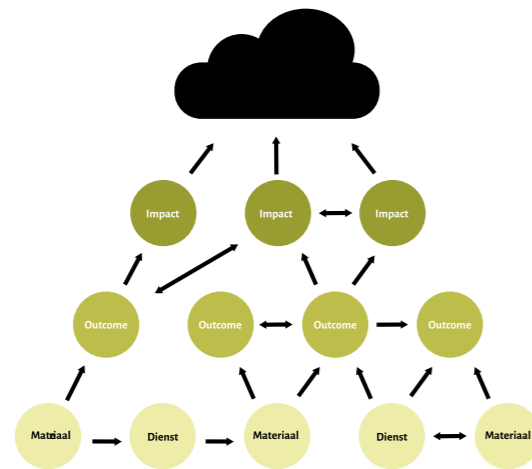
6



We geloven dat impactgericht werken een belangrijke voorwaarde is om goeie evaluaties of impactmetingen te kunnen uitvoeren.

Je staat van bij het begin stil bij welke effecten je beoogt, maar ook via welke tussenstappen je die kan behalen, en hoe je preventiemethodiek daartoe zal bijdragen. Je plant in hoe je dit alles zal evalueren en gaat hierbij systematisch te werk.

In deze tekst pleiten wij er dan ook voor om niet alleen te kijken naar de langetermijnimpactmeting van methodieken, maar ook naar het **evalueren van preventieve acties of methodieken op verschillende niveaus**, gaande van het ontwikkelings- en implementatieproces tot en met korte- en/of langetermijneffecten. Langetermijngezondheidseffecten (of 'impact') zijn immers niet alleen moeilijk vast te leggen en te linken aan jouw methodiek, maar vertellen je bovendien weinig over waarom je actie of methodiek wel of niet goed werkt. Om zicht te krijgen op de werkzame elementen van je methodiek, kan je dus best ook de verschillende tussenstappen evalueren.



Op hoe meer niveaus je de impact van je methodiek meet, hoe sterker je impactmeting. Je zal dan immers bijvoorbeeld niet enkel vaststellen dat er een gedragsverandering is opgetreden (bv. meer rookstopbegeleidingen opgestart), maar ook of deze tot stand kwam op de manier die jij voorspelde in je **Theory of Change** (bv. via een lokaler aanbod van tabakologen, via een betere bekendmaking van het rookstopaanbod of omwille van een hogere tegemoetkoming). Bovendien helpt het je om vast te stellen waar het eventueel misliep, wanneer verdere effecten niet optreden.

Bovendien is het zinvol om te evalueren op verschillende tijdstippen doorheen de ontwikkeling en uitrol van je methodiek. Dat biedt verschillende voordelen (zie [figuur 5](#)).

Figuur 5. Evalueren op verschillende Tijdstippen





AAN DE SLAG

7-11

Stap voor stap een evaluatie plannen **p.45**

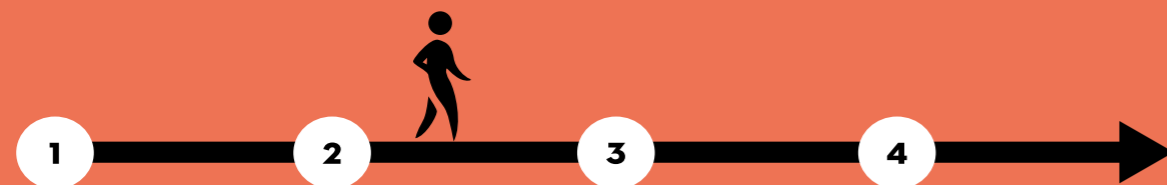
Stap voor stap een evaluatie uitvoeren **p.67**

Evaluatieresultaten inzetten voor nog meer impact **p.71**

Een evaluatie- of impactbeleid uitbouwen
binnen je organisatie **p.75**

Preventiemethodieken evalueren: van uitdagingen naar
realistische alternatieven **p.81**

7 STAP VOOR STAP EEN EVALUATIE PLANNEN



7

“Er bestaat geen uniforme manier om aan impactevaluatie te doen. Hoe de impact evalueren van wat op wat, kan verschillend ingevuld worden.” (Sociaal.net, 2021)

Dit hoofdstuk biedt een kader en handvaten voor het plannen van een evaluatie van een preventiemethodiek, maar wil voldoende vrijheid laten aan projecthouders om zelf te bepalen op welke manier men kan en wenst te werk te gaan. Er is immers niet 1 juiste manier om een evaluatie uit te voeren.

HET RE-AIM MODEL

Een kader dat kan gebruikt worden om een effect- én procesevaluatie te plannen, is het RE-AIM model (ontwikkeld door Glasgow en collega's in 1999).

De verschillende letters staan voor **verschillende dimensies** van de uitrol van een methodiek. Door deze letters af te checken wordt je methodiek op al deze dimensies geëvalueerd.

WAARVOOR STAAN DE LETTERS?

- R** = reach
- E** = effectiveness/efficacy
- A** = adoption
- I** = implementation
- M** = maintenance



Voorbeeld: 10.000 stappen

Doorheen dit hoofdstuk vind je telkens een kader over de preventiemethodiek 10.000 stappen terug. Aan de hand van deze methodiek illustreren we elke stap van het invullen van de evaluatiematrix.

WAT IS 10.000 STAPPEN?

De preventiemethodiek 10.000 stappen (Vlaams Instituut Gezond Leven vzw) heeft als doel om de Vlaamse burger aan het bewegen te zetten, en zo ook sedentair gedrag te doorbreken. Uiteindelijk is het de bedoeling daarmee bij te dragen aan het bevorderen van de gezondheid en het voorkomen van ziekte bij deze burgers. Het meest recente luik (Gezond Leven in samenwerking met Sport Vlaanderen) van het project is erop gericht om zoveel mogelijk inwoners van steden en gemeenten aan te zetten tot het zich te voet verplaatsen binnen de publieke ruimte. Bijvoorbeeld naar de bibliotheek, de winkel, het zwembad, enz. Daarvoor werden straatsignalisaties ontwikkeld die mensen informeren en nudgen om zich naar een bepaalde plaats te voet te begeven. Om deze doelgroepen te kunnen bereiken en de straatsignalisaties te kunnen plaatsen, werkt het project samen met de lokale besturen (en hun werking naar hun inwoners). Het succes van de methodiek hangt dus af van de medewerking van lokale besturen, maar ook van het correct uitvoeren van verschillende acties (bv. communicatie, borden installeren op geschikte plaatsen, ...) van intermediairs binnen de stad of gemeente.

Via het RE-AIM kader kan een Theory of Change uitgeschreven worden, dat de verschillende doelstellingen per letter van RE-AIM weergeeft. Op die manier krijg je een beeld van hoe de methodiek wil bijdragen aan gezondheidswinst. Op elk van deze niveaus kan de methodiek dan ook geëvalueerd worden.

In **figuur 6** zie je de **Theory of Change van 10.000 stappen**, weliswaar beknopt uitgeschreven.

Als je dit ordent volgens de volgorde waarin deze stappen doorgaans plaatsvinden binnen de uitrol van een preventiemethodiek, krijg je:

PROCESEVALUATIE:

- 'A': adoptie of de mate waarin organisaties/intermediairs bereikt worden en aan de slag gaan met/interesse hebben in je methodiek
- 'R': interesse of de mate waarin je je doelgroep(en) bereikt
- 'I': gebruik of de mate waarin je methodiek wordt uitgerold of uitgevoerd zoals bedoeld

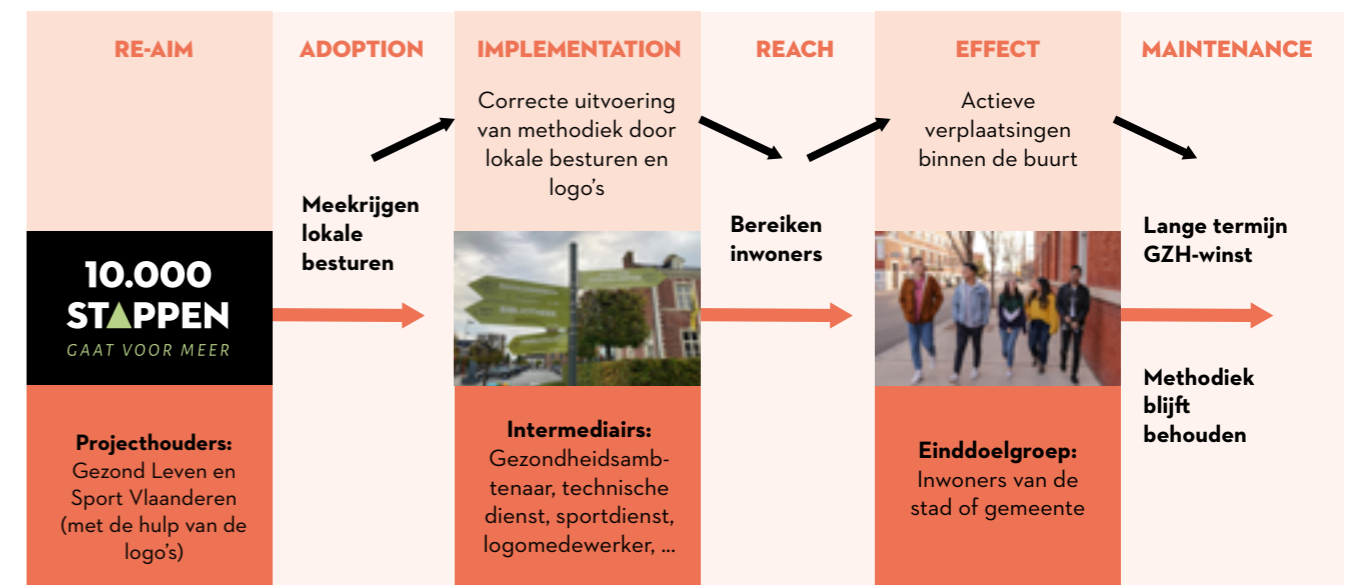
EFFECTEVALUATIE:

- 'E': effectiviteit van je methodiek (zie eerder: effectevaluatie op verschillende niveaus)

LANGETERMIJN PROCES- EN EFFECTEVALUATIE:

- 'M': de mate waarin je methodiek verankerd wordt binnen een organisatie of beleid zodat deze blijvende effecten kan hebben + de langetermijneffectiviteit zelf

Meer informatie over RE-AIM vind je terug op de [website](#) van Gezond Leven of op www.re-aim.org.





EEN PLAN VAN AANPAK VIA DE EVALUATIEMATRIX

Een goede voorbereiding is het halve werk, ook bij het plannen van een evaluatie. Een evaluatie plannen houdt in dat je tijdig – bij het begin en tijdens het project - nadenkt over wat je zal meten en hoe. Dat kan aan de hand van de evaluatiematrix (zie figuur 7). Na het invullen van de evaluatiematrix heb je de essentie van een sterk evaluatieplan.

EVALUATIEMATRIX

De evaluatiematrix (Gezond Leven, 2016) is een **invultool** die helpt om een evaluatie (bij het begin van je project) te plannen of (tijdens je project) bij te sturen volgens het RE-AIM kader.

KOLOMMEN

In de verschillende kolommen van de evaluatiematrix beschrijf je hoe je het behalen van elke doelstelling van je preventiemethodiek zal meten/evalueren:

1. Helemaal links vul je je **projectdoelstellingen** in. Gebruik hiervoor de bouwstenen van je Theory of Change.
2. In de tweede kolom vul je de bijhorende **indicatoren** in. Wat ga je precies meten om een antwoord te vinden op je evaluatievragen?
3. Dan volgt de **meetmethode**: wanneer, hoe en bij wie ga je deze informatie verzamelen? (onderzoeksdesign, informatiebronnen, kwantitatieve of kwalitatieve meetinstrumenten).
4. Tenslotte de **praktische organisatie**: wie gaat (elk aspect van) de evaluatie uitvoeren? (projectmanager, projectmedewerkers, uitbesteden aan een onderzoeksbureau), wat heb je nodig en hoeveel budget voorzie je voor elk onderdeel van de evaluatie?

RIJEN

Dit doe je voor elk van de RE-AIM dimensies die van toepassing zijn op jouw methodiek. Je zoekt daarbij een antwoord op de volgende vragen:

1. **Adoptie** = Bereik ik de intermediairs (en hun organisatie) voldoende? Gaan ze met de methodiek aan de slag?
2. **Bereik** = Bereik ik de einddoelgroep voldoende?
3. **Gebruik** = Wordt de methodiek correct gebruikt of uitgevoerd door de intermediairs en/of einddoelgroep? Zijn zij tevreden over de methodiek?
4. **Effectiviteit** = Heeft de methodiek effect op de einddoelgroep en/of intermediairs (bv. competenties, drijfveren, omgeving, gedrag, ...)?
5. **Behoud** = Zijn er langetermijneffecten (bv. gedragsverandering, gezondheid, ...)? Wordt de methodiek verankerd door de intermediairs?

Belangrijk om te vermelden is dat niet elk aspect van RE-AIM (of dus elke rij in de matrix) binnen elk project relevant zal zijn. In dat geval kan je die rij(en) gewoon leeglaten.

figuur 7

EVALUATIEMATRIX ALS TOOL VOOR HET OPSTELLEN VAN EEN EVALUATIEPLAN

	DOELSTELLINGEN Wat wil ik bereiken?	INDICATOREN Wat ga ik precies meten?	MEETMETHODE Wanneer, hoe en bij wie meet ik?	PRAKTISCHE ORGANISATIE Wie doet wat? Benodigheden? Budget?
ADOPTIE Bereik ik de intermediairs (en hun organisatie) voldoende? Gaan ze met de methodiek aan de slag?				
BEREIK Bereik ik de einddoelgroep voldoende?				
GEBRUIK Wordt de methodiek correct gebruikt door de einddoelgroep en/of intermediairs? Zijn zij tevreden over de methodiek?				
EFFECTIVITEIT Heeft de methodiek effect op de einddoelgroep en/of intermediairs (bv. competenties, drijfveren, omgeving, gedrag, ...)?				
BEHOUD Zijn er langetermijneffecten (bv. gedragsverandering, gezondheid, ...)? Wordt de methodiek verankerd door de intermediairs?				

KOLOM 1:

CONCRETE, HAALBARE EN MEETBARE DOELSTELLINGEN (WAT WIL IK BEREIKEN?)

In kolom 1 van de evaluatiematrix vul je de doelstellingen van je methodiek in volgens RE-AIM. Je doelstellingen vloeien voort uit je Theory of Change (zie hoofdstuk 5) waarin je aangeeft op welke manier je een positieve gezondheidsimpact verwacht te bereiken, of hieraan bij te dragen.

Indien nodig, kan je je doelstellingen nog verder verfijnen. Hoe concreter⁶ je deze doelstellingen formuleert, hoe makkelijker om ze te meten. Volgende vragen kunnen ook helpen bij het verfijnen van je doelstellingen (per letter van RE-AIM):

- Wat beoog je? Welke verandering wil je bereiken en bij wie? (in kennis, competenties, organisatie, leefstijl, gezondheid, organiseren van evenement, deelnemen aan workshop, openen van link, ...)
- Tegen wanneer wil je welke resultaten bereiken?
- Hoeveel wil je bereiken? (specifieke cijfers, een richting van verandering (meer dan, beter dan), omschrijving van hoeveelheid (de meerderheid, geen enkele, ...))
- Hoe groot wil je dat de bereikte groep is (einddoelgroep/intermediairs)?
- Aan welke kenmerken moeten de producten, activiteiten of diensten voldoen?



Voorbeeld: 10.000 stappen

In onderstaande tabel zie je hoe kolom 1 van de evaluatiematrix er voor de preventiemethodiek 10.000 stappen zou kunnen uitzien⁷. Voor deze methodiek kan de evaluatiematrix ingevuld worden voor alle letters van RE-AIM⁸. De volledig ingevulde evaluatiematrix vind je op p. 62.

⁶Het SMART-principe is een handige methode om doelstellingen te formuleren die Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch en Tijdsgebonden zijn. Het helpt je om te benoemen wat het project bij wie op welk moment wil bereiken en om meetpunten in te plannen.

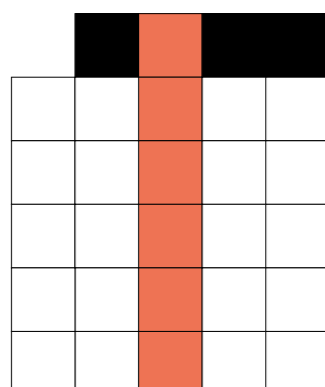
DOELSTELLINGEN Wat wil ik bereiken?	
<p>ADOPTIE Bereik ik de intermediairs (en hun organisatie) voldoende? Gaan ze met de methodiek aan de slag?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De helft van de Vlaamse steden en gemeenten (S&G) stapt in het 10.000 stappen deelproject in 2021 (luik met straatsignalisaties). We streven daarbij naar een mix van grotere en kleinere S&G.
<p>BEREIK Bereik ik de einddoelgroep voldoende?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 60% van de voorbijgangers merkt de straatsignalisaties op.
<p>GEBRUIK Wordt de methodiek correct gebruikt door de einddoelgroep en/of intermediairs? Zijn zij tevreden over de methodiek?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De gezondheidsambtenaren van de deelnemende S&G communiceren naar de inwoners over de methodiek via verschillende kanalen. Zij zijn tevreden over het verloop van het project. • De stadsdiensten plaatsen de straatsignalisaties op plaatsen waar veel voorbijgangers zijn. • Inwoners/bezoekers van de S&G zijn tevreden over de straatsignalisaties.
<p>EFFECTIVITEIT Heeft de methodiek effect op de einddoelgroep en/of intermediairs (bv. competenties, drijfveren, omgeving, gedrag, ...)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gezondheidsambtenaren (en andere betrokkenen) erkennen het belang van meer bewegen via actief transport voor de gezondheid van de inwoners, zien dit als een prioriteit voor de eigen stad of gemeente en zijn gemotiveerd om zich hiervoor in te zetten. • Inwoners (of bezoekers) van deelnemende S&G gaan vaker te voet voor kleine verplaatsingen binnen de stad of gemeente of hebben hiertoe de intentie.
<p>BEHOUD Zijn er langetermijneffecten (bv. gedragsverandering, gezondheid, ...)? Wordt de methodiek verankerd door de intermediairs?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Er worden na afloop van het project nog bijkomende (communicatie-)acties uitgevoerd door de gezondheidsambtenaar. • S&G blijven gemotiveerd om in te zetten op actief transport. • De straatsignalisaties worden goed onderhouden door de stadsdiensten. • Inwoners (of bezoekers) blijven zich na 6 maanden nog steeds vaker te voet bewegen binnen de stad of gemeente.

figuur 8

⁷De ingevulde evaluatiematrix is gebaseerd op het werkelijke evaluatieplan van 10.000 stappen (deelproject straatsignalisaties) maar komt hier niet volledig mee overeen.

⁸Er zijn ook methodieken waarbij niet voor elke letter van RE-AIM geëvalueerd kan of hoeft worden, bijvoorbeeld wanneer rechtstreeks naar de einddoelgroep (geen adoptie) of wanneer er geen langetermijn evaluatie mogelijk is (geen maintenance). Pas RE-AIM dus vooral toe op maat van jouw methodiek.

KOLOM 2:



INDICATOREN BEPALEN (WAT GA IK PRECIJS METEN?)

Hierna ga je bepalen welke indicatoren (= meetbare factoren) geschikt zijn om na te gaan of de streefdoelen behaald werden. Een aantal voorbeelden van indicatoren zijn:

- reacties/quotes van de doelgroep/intermediairs over hoe ze een evenement beleefd hebben, wat het met hen deed;
- aantal clicks of bezoekers op een website;
- aantal bestelde materialen;
- de manier waarop Vlamingen denken over plantaardig eten;
- aantal werknemers dat gebruik maakt van ergonomische kantoormaterialen (maar ook redenen voor non-use, beoordeling van gebruiksvriendelijkheid);
- aantal deelnames aan een preventieve screening (maar ook een beeld van welk type personen deelnamen en of dit overeenkomt met de beoogde doelgroep).

Indicatoren kunnen:

ofwel KWANTITATIEF van aard zijn, dit wil zeggen cijfers over bepaalde zaken (bv. trapgebruik, aantal deelnemers aan evenement)	ofwel KWALITATIEF : woorden, overtuigingen, betekenissen die mensen geven (bv. tevredenheid over zorgaanbod, attitudes ten opzichte van roken in het bijzijn van kinderen).
--	--

Een goed evenwicht tussen kwalitatieve en kwantitatieve indicatoren is het meest aangewezen voor een omvattende evaluatie. Op die manier kan je evaluatie een antwoord bieden op **“wie-wat-hoeveel-vragen”** maar ook op de **“hoe-waarom-vragen”**. Gemengde informatie zal dus de rijkste informatie opleveren over de grootte van de bijdrage van jouw methodiek aan bepaalde veranderingen in gedrag of gezondheid(-sdeterminanten) en waarom jouw methodiek wel of niet in die mate aanslaat.



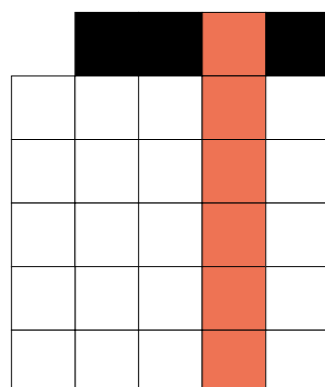
Voorbeeld: 10.000 stappen

In onderstaande tabel zie je hoe kolom 2 van de evaluatiematrix er voor de preventiemethodiek 10.000 stappen zou kunnen uitzien.

INDICATOREN wat ga ik precies meten?	
ADOPTIE Bereik ik de intermediairs (en hun organisatie) voldoende? Gaan ze met de methodiek aan de slag?	<ul style="list-style-type: none"> ● Het aantal inschrijvingen in het deelproject van 10.000 stappen. Daarbij de verhouding van S&G met verschillende inwonersaantallen. ● Aantal bestellingen van straatsignalisaties.
BEREIK Bereik ik de einddoelgroep voldoende?	<ul style="list-style-type: none"> ● Percentage voorbijgangers dat de signalisaties opmerkt.
GEBRUIK Wordt de methodiek correct gebruikt door de einddoelgroep en/of intermediairs? Zijn zij tevreden over de methodiek?	<ul style="list-style-type: none"> ● Aantal keren dat communicatiepakket gebruikt werd (of ze een eigen communicatie deden). ● Of het plaatsen van de signalisaties goed verlopen is, welke vragen of problemen opdoken? ● Reacties van voorbijgangers op de straatsignalisaties. De mate waarin ze de straatsignalisaties nuttig vinden.
EFFECTIVITEIT Heeft de methodiek effect op de einddoelgroep en/of intermediairs (bv. competenties, drijfveren, omgeving, gedrag, ...)?	<ul style="list-style-type: none"> ● Attitudes van gezondheidsambtenaren (en andere betrokkenen) over 10.000 stappen (en bij uitbreiding actief transport binnen de S&G) en intenties tot (blijvend) werken rond actief transport al dan niet via 10.000 stappen). ● Aantal voorbijgangers aan de straatsignalisaties.
BEHOUD Zijn er langetermijneffecten (bv. gedragsverandering, gezondheid, ...)? Wordt de methodiek verankerd door de intermediairs?	<ul style="list-style-type: none"> ● Communicatie-acties: idem 'implementatie' ● Draagvlak/intentie: blijvende inschrijvingen in 10.000 stappen na afloop deelproject ● Straatsignalisaties: idem 'implementatie' ● Meer bewegen: idem 'Effectiviteit'

figuur 9

KOLOM 3:

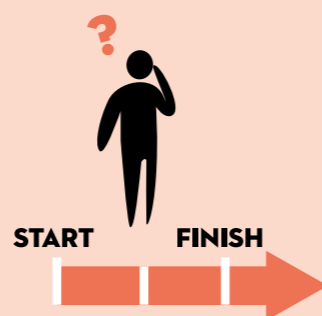


MEETMETHODE BEPALEN (WANNEER, HOE EN BIJ WIE MEET IK?)

A. 1 of meerdere meetpunten

Evalueren (van effecten) is in kaart brengen of jouw methodiek of project bijgedragen heeft aan bepaalde veranderingen die er niet zouden zijn geweest zonder jouw methodiek of project. Om dit op de meest wetenschappelijke manier te meten, heb je in principe vergelijkende data ofwel meerdere meetpunten nodig. Afhankelijk van jouw doelstellingen en mogelijkheden bepaal je het meest geschikte design om te evalueren. Een **A-B design** met een voor- en nameting of een **A-B-C design** met een voor-, tussen- en nameting zijn voorbeelden van geschikte onderzoeksdesigns om effecten te meten. Deze designs laten namelijk toe om **evoluties in kaart brengen** en aan te tonen dat bepaalde veranderingen of effecten nog niet aanwezig waren voor jouw acties.

In de praktijk zal het binnen veel projecten echter niet haalbaar zijn om te werken met een voor- en nameting. Dan opteer je best voor 1 meting op het einde van je project waarbij je aan de intermediars en/of de einddoelgroep (afhankelijk van je doelstellingen) vraagt of de methodiek hun werking en/of hun gezondheid, leefstijl, bewustzijn, kennis, vaardigheden, ... heeft veranderd en waarom wel of niet. Zulke gegevens zijn natuurlijk minder objectief en kunnen vertekend zijn.



B. Met of zonder controlegroep (figuur 10)

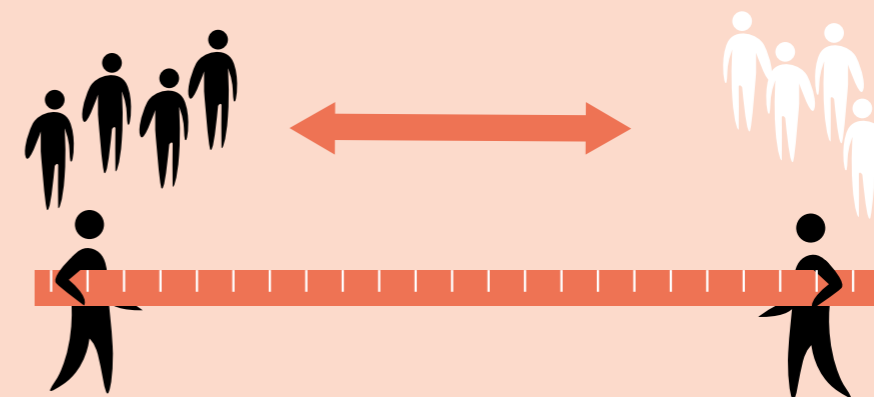
Om te kunnen nagaan of jouw methodiek bepaalde effecten veroorzaakt heeft via een 'zuiver' oorzakelijk verband, heb je in principe een controlegroep nodig. Deze controlegroep heeft dezelfde kenmerken als de 'experimentele' doelgroep, maar wordt niet blootgesteld aan jouw methodiek waardoor de verwachte effecten of veranderingen bij deze groep niet aanwezig zouden mogen zijn. Als je dit kan aantonen, kan je met meer zekerheid de effecten van jouw methodiek op de einddoelgroep bewijzen. In de praktijk is een onderzoeksdesign met een controlegroep binnen de sector gezondheidsbevordering en ziektepreventie echter niet steeds haalbaar qua tijdsinvestering en middelen.

EXPERIMENTELE GROEP

Wel preventiemethodiek

CONTROLEGROEP

Geen preventiemethodiek



figuur 10

Samengevat

Samengevat kan je het onderzoeksdesign heel uitgebreid, maar ook meer pragmatisch aanpakken. Zorg hierbij voor duidelijke afspraken met de opdrachtgever en een correcte rapportage van evaluatieresultaten en hun betekenis (bv. "de cijfers zijn een indicatie van..." of "we kunnen verwachten dat...").



METHODE VOOR DATAVERZAMELING KIEZEN

METHODE 1 **bestaande informatie opzoeken of raadplegen**

Voor elke meting die je inplant, ga je op zoek naar de beste manier om data te verzamelen. Soms zal de informatie die je nodig hebt al verzameld zijn door iets of iemand anders (een registratietool, een medewerker, een stappenteller, een onderzoeker, ...). Deze informatie kan je dan makkelijk **zelf verzamelen of raadplegen**, zonder dat je je doelgroep moet bevragen. Dit is meestal het geval voor informatie die je kan terugvinden in geschreven of digitale informatiebronnen (bv. een registratietool, een aanwezigheidslijst, een stappenteller, een onderzoeksrapport, ...). Informatie verzamel je door teksten te lezen (bv. webpagina's, onderzoeksrapporten) of door informatie op te zoeken of op te vragen op digitale platformen of dragers (bv. Google Analytics, e-mails, websites, klantendienst, stappenteller, registratietool).

METHODE 2 **doelgroep bevragen via een meetinstrument**

Als je informatie nodig hebt van je doelgroep of van intermediairs, dan heb je een meetinstrument nodig om hen te kunnen bevragen (of onderzoeken). Een meetinstrument is een tool of werkvorm waarmee je informatie verzamelt om iets te kunnen meten.

Meetinstrument kiezen

Meetinstrumenten komen in vele maten en kleuren, gaande van uitgebreid en complex tot pragmatisch en eenvoudig. Er is geen optimaal meetinstrument of er zijn geen vaste regels. Welk meetinstrument je gebruikt, zal steeds afhangen van je evaluatiedoelen en informatiebronnen, maar ook van de haalbaarheid (tijd, middelen, ervaring met meetinstrument). Enkele voorbeelden van kwalitatieve en kwantitatieve meetinstrumenten:

KWALITATIEF	KWANTITATIEF
Interview	Vragenlijst met gesloten vragen
Focusgroep	Poll (bv. Mentimeter)
Observatie	Objectieve meting (bv. gewicht, hartslag)
Verbetergroep/dialoggroep	Online registratietool
'3 woorden'	

Je kan bestaande meetinstrumenten gebruiken of zelf meetinstrumenten opstellen. Een goed meetinstrument dekt ondubbelzinnig de evaluatievragen, is geschikt voor de respondenten, is zo betrouwbaar mogelijk gemaakt, meet wat het moet meten en is op voorhand al eens uitgetest.

Respondenten bepalen

Je bepaalt vooraf wie je zal bevragen en hoeveel respondenten (deelnemers aan je bevraging) je zal nodig hebben om veralgemeenbare uitspraken te kunnen doen.

- In kleinere doelgroepen (bv. werknemers van een kleine organisatie) kan je werken via een populatiebevraging. Dit wil zeggen: iedereen van de doelgroep uitnodigen voor een bevraging. In dat geval zijn er geen richtlijnen om te bepalen wat een 'voldoende grote groep' van respondenten is. 'Hoe meer, hoe beter' is dan de regel. Het risico daar is dat vooral de meest gemotiveerden deelnemen, waardoor de resultaten niet veralgemeenbaar zijn naar de gehele populatie.
- In grotere doelgroepen (bv. alle inwoners van België) is het niet haalbaar om iedereen uit te nodigen. Je voert dan een steekproef uit waarbij je er voor zorgt dat deze 1) voldoende groot⁹ is en 2) zo goed mogelijk lijkt¹⁰ op de volledige populatie/doelgroep. Op die manier kan je de resultaten van je meting veralgemenen naar de volledige populatie/doelgroep.

⁹Om te bepalen hoe groot een steekproef moet zijn, ten opzichte van de totale populatie/doelgroep, bestaan **statistische formules**. Je kan deze toepassen via handige online steekproefcalculators (zie [Checkmarket](#), [SurveyMonkey](#))

¹⁰ Dit doe je – volgens de regels van de kunst – door de steekproef zo samen te stellen dat de leden ervan **voldoende variëren op vlak van een aantal kenmerken** die een invloed zouden kunnen hebben op hun antwoorden (bv. geslacht, opleidingsniveau, ...). Die verdeling van kenmerken in de populatie, bv. 60% mannen en 40% vrouwen, weerspiegelt zich dan best ook in de steekproef.



Voorbeeld: 10.000 stappen
 In onderstaande tabel zie je hoe kolom 3 van de evaluatiematrix er voor de preventiemethodiek 10.000 stappen zou kunnen uitzien.

MEETMETHODE wanneer, hoe en bij wie meet ik?	
<p>ADOPTIE Bereik ik de intermediairs (en hun organisatie) voldoende? Gaan ze met de methodiek aan de slag?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Raadplegen van inschrijvingen via inschrijfformulier (Google form); doorlopend doorheen het projectjaar. • Doorlopend opvolgen van bestellingen via bestellijst uit de webwinkel van de leverancier.
<p>BEREIK Bereik ik de einddoelgroep voldoende?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Voorbijgangers aanspreken in 10 S&G (3 grote, 3 kleine en 4 middelgrote S&G), gedurende enkele uren op 3 plaatsen met signalisaties en vragen of ze de signalisatie opgemerkt hebben. • (OF: online bevraging binnen alle S&G via social media, raden of verenigingen 3 maanden na plaatsen van de signalisaties.)
<p>GEBRUIK Wordt de methodiek correct gebruikt door de einddoelgroep en/of intermediairs? Zijn zij tevreden over de methodiek?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Communicatie-acties: na afloop van het projectjaar online bevragen aan deelnemende S&G. • Plaatsen signalisaties: tussentijds mondeling/via mail bevragen aan Logo's of leveranciers van de straatsignalisaties die tussentijds contact hebben met de S&G. • Tevredenheid voorbijgangers: aanspreken op straat (zie 'Bereik')
<p>EFFECTIVITEIT Heeft de methodiek effect op de einddoelgroep en/of intermediairs (bv. competenties, drijfveren, omgeving, gedrag,...)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verhoogd bewustzijn en draagvlak bij S&G: online bevraging na projectjaar (eventueel ook voormeting). Indien haalbaar, ook enkele focusgroepen. • Aantal voorbijgangers: registreren via een telraam dat geplaatst wordt aan 1 of meerdere straatsignalisaties. • Intentie: bevragen op straat (zie 'bereik').
<p>BEHOUD Zijn er langetermijneffecten (bv. gedragsverandering, gezondheid,...)? Wordt de methodiek verankerd door de intermediairs?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Communicatie-acties: idem 'Implementatie' maar ook bevragen na 6 maanden. • Inschrijvingen: idem 'Bereik' maar blijven opvolgen tot 6 maanden na afloop deelproject. • Straatsignalisaties: idem 'implementatie' maar blijven opvolgen tot 6 maanden na afloop deelproject. • Meer bewegen: idem 'Effectiviteit' maar meting herhalen na 6 maanden.

KOLOM 4:

PRAKTISCHE ORGANISATIE BEPALEN (WIE DOET WAT? BENODIGDHEDEN? BUDGET?)

In kolom 4 kan je aanvullen hoe je de evaluatie praktisch zal organiseren.

- Wie zal wat doen?
Voorbeeld: het meetinstrument opmaken, de uitnodiging tot invullen versturen, de zaal klaarzetten, de data verwerken, ...
- Wat hebben we nodig?
Voorbeeld: een zaal, een ruimte voor telefonische interviews, een interviewleidraad, een incentive voor deelname aan de bevraging, een account op Checkmarket, een adressenlijst van de doelgroep, toegang tot een online platform, opname apparatuur, ...
- Hoeveel tijd zal dit kosten?
 Meetinstrument opmaken en testen/feedback vragen, versturen, wachten op respons, reminders sturen, opnieuw wachten op respons, data verwerken, ...
- Welk budget is er en wat hebben we nodig om alles te kunnen uitvoeren?
Voorbeeld: softwarelicenties, uitbesteden statistische analyses, zaalhuur, kosten incentive, catering, transportkosten, ...

TIJDLIJN

Na het invullen van de evaluatiematrix kan je nog een tijdlijn opmaken vanaf de start van je project tot het einde/Of zelfs langer, als je een follow-up meting wil uitvoeren. Op die tijdlijn plaats je alle meetpunten die je gepland hebt: een voormeting, enkele tussentijdse metingen, een eindevaluatie, een follow-up meting, ... Zo krijg je een goed overzicht van je evaluatieplannen en verlies je niets uit het oog.

figuur 11

**10.000
STAPPEN**
GAAT VOOR MEER

Voorbeeld: 10.000 stappen

In onderstaande tabel zie je hoe kolom 4 van de evaluatiematrix er voor de preventiemethodiek 10.000 stappen zou kunnen uitzien.

PRAKTISCHE ORGANISATIE wie doet wat? benodigheden? budget?	
<p>ADOPTIE Bereik ik de intermediairs (en hun organisatie) voldoende? Gaan ze met de methodiek aan de slag?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie? Projectmedewerker houdt de inschrijvingen bij. Bestellingen worden gebundeld via de leverancier van de straatsignalisaties. • Nodig? Google form account. Webwinkel account. • Budget? Kost voor samenwerkingsovereenkomst met de leverancier en voor de webwinkel.
<p>BEREIK Bereik ik de einddoelgroep voldoende?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie? Stagiair of andere medewerker binnen de S&G spreekt de voorbijgangers aan. • Nodig? Een script waarmee deze persoon de voorbijgangers kan aanspreken en bevragen en een registratieformulier om de resultaten te noteren. • Budget? Geen
<p>GEBRUIK Wordt de methodiek correct gebruikt door de einddoelgroep en/of intermediairs? Zijn zij tevreden over de methodiek?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie? Projectmedewerker (en projectgroep) voor opstellen bevraging; contactpersoon bij Logo en leveranciers. Verder: zie 'bereik' • Nodig? Software voor online bevraging. • Budget? Eventueel abonnement software online bevraging.
<p>EFFECTIVITEIT Heeft de methodiek effect op de einddoelgroep en/of intermediairs (bv. competenties, drijfveren, omgeving, gedrag, ...)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie? Projectmedewerker die bevraging opstelt en resultaten analyseert. Iemand die focusgroepen voorbereidt en motiveert. Leverancier telramen. Iemand die helpt bij analyses van telramen. • Nodig? Software online bevraging, script focusgroepen, telramen. • Budget? Abonnement software online bevraging. Aankoop telramen. Budget voor opmaak infographics en evaluatierapport (eindredactie en grafische vormgeving) voor communiceren evaluatieresultaten.
<p>BEHOUD Zijn er langetermijneffecten (bv. gedragsverandering, gezondheid, ...)? Wordt de methodiek verankerd door de intermediairs?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie? Zie eerder • Nodig? Zie eerder • Budget? Zie eerder

figuur 12



Voorbeeld: 10.000 stappen. Volledig ingevulde evaluatiematrix

	DOELSTELLINGEN Wat wil ik bereiken?	INDICATOREN Wat ga ik precies meten?
ADOPTIE Bereik ik de intermediairs (en hun organisatie) voldoende? Gaan ze met de methodiek aan de slag?	<ul style="list-style-type: none"> De helft van de Vlaamse steden en gemeenten (S&G) stapt in het 10.000 stappen deelproject in 2021 (luik met straatsignalisaties). We streven daarbij naar een mix van grotere en kleinere S&G. 	<ul style="list-style-type: none"> Het aantal inschrijvingen in het deelproject van 10.000 stappen. Daarbij de verhouding van S&G met verschillende inwonersaantallen. Aantal bestellingen van straatsignalisaties.
BEREIK Bereik ik de einddoelgroep voldoende?	<ul style="list-style-type: none"> 60% van de voorbijgangers merkt de straatsignalisaties op. 	<ul style="list-style-type: none"> Percentage voorbijgangers dat de signalisaties opmerkt.
IMPLEMENTATIE Wordt de methodiek correct gebruikt door de einddoelgroep en/of intermediairs? Zijn zij tevreden over de methodiek?	<ul style="list-style-type: none"> De gezondheidsambtenaren van de deelnemende S&G communiceren naar de inwoners over de methodiek via verschillende kanalen. Zij zijn tevreden over het verloop van het project. De stadsdiensten plaatsen de straatsignalisaties op plaatsen waar veel voorbijgangers zijn. Inwoners/bezoekers van de S&G zijn tevreden over de straatsignalisaties. 	<ul style="list-style-type: none"> Aantal keren dat communicatiepakket gebruikt werd (of ze een eigen communicatie deden). Of het plaatsen van de signalisaties goed verlopen is, welke vragen of problemen opdoken? Reacties van voorbijgangers op de straatsignalisaties. De mate waarin ze de straatsignalisaties nuttig vinden.
EFFECTIVITEIT Heeft de methodiek effect op de einddoelgroep en/of intermediairs (bv. competenties, drijfveren, omgeving, gedrag, ...)?	<ul style="list-style-type: none"> Gezondheidsambtenaren (en andere betrokkenen) erkennen het belang van meer bewegen via actief transport voor de gezondheid van de inwoners, zien dit als een prioriteit voor de eigen stad of gemeente en zijn gemotiveerd om zich hiervoor in te zetten. Inwoners (of bezoekers) van deelnemende S&G gaan vaker te voet voor kleine verplaatsingen binnen de stad of gemeente of hebben hiertoe de intentie. 	<ul style="list-style-type: none"> Attitudes van gezondheidsambtenaren (en andere betrokkenen) over 10.000 stappen (en bij uitbreiding actief transport binnen de S&G) en intenties tot (blijvend) werken rond actief transport al dan niet via 10.000 stappen). Aantal voorbijgangers aan de straatsignalisaties.
BEHOUD Zijn er langetermijneffecten (bv. gedragsverandering, gezondheid, ...)? Wordt de methodiek verankerd door de intermediairs?	<ul style="list-style-type: none"> Er worden na afloop van het project nog bijkomende (communicatie-)acties uitgevoerd door de gezondheidsambtenaar. S&G blijven gemotiveerd om in te zetten op actief transport. De straatsignalisaties worden goed onderhouden door de stadsdiensten. Inwoners (of bezoekers) blijven zich na 6 maanden nog steeds vaker te voet bewegen binnen de stad of gemeente. 	<ul style="list-style-type: none"> Communicatie-acties: idem 'implementatie' Draagvlak/intentie: blijvende inschrijvingen in 10.000 stappen na afloop deelproject Straatsignalisaties: idem 'implementatie' Meer bewegen: idem 'Effectiviteit'

MEETMETHODE Wanneer, hoe en bij wie meet ik?	PREKTISCHE ORGANISATIE Wie doet wat? benodigdheden? budget?
<ul style="list-style-type: none"> Raadplegen van inschrijvingen via inschrijfformulier (Google form); doorlopend doorheen het projectjaar. Doorlopend opvolgen van bestellingen via bestellijst uit de webwinkel van de leverancier. 	<ul style="list-style-type: none"> Wie? Projectmedewerker houdt de inschrijvingen bij. Bestellingen worden gebundeld via de leverancier van de straatsignalisaties. Nodig? Google form account. Webwinkel account. Budget? Kost voor samenwerkingsovereenkomst met de leverancier en voor de webwinkel.
<ul style="list-style-type: none"> Voorbijgangers aanspreken in 10 S&G (3 grote, 3 kleine en 4 middelgrote S&G), gedurende enkele uren op 3 plaatsen met signalisaties en vragen of ze de signalisatie opgemerkt hebben. (OF: online bevraging binnen alle S&G via social media, raden of verenigingen 3 maanden na plaatsen van de signalisaties.) 	<ul style="list-style-type: none"> Wie? Stagiair of andere medewerker binnen de S&G spreekt de voorbijgangers aan. Nodig? Een script waarmee deze persoon de voorbijgangers kan aanspreken en bevragen en een registratieformulier om de resultaten te noteren. Budget? Geen
<ul style="list-style-type: none"> Communicatie-acties: na afloop van het projectjaar online bevragen aan deelnemende S&G. Plaatsen signalisaties: tussentijds mondeling/via mail bevragen aan Logo's of leveranciers van de straatsignalisaties die tussentijds contact hebben met de S&G. Tevredenheid voorbijgangers: aanspreken op straat (zie 'Bereik') 	<ul style="list-style-type: none"> Wie? Projectmedewerker (en projectgroep) voor opstellen bevraging; contactpersoon bij Logo en leveranciers. Verder: zie 'bereik' Nodig? Software voor online bevraging. Budget? Eventueel abonnement software online bevraging.
<ul style="list-style-type: none"> Verhoogd bewustzijn en draagvlak bij S&G: online bevraging na projectjaar (eventueel ook voormeting). Indien haalbaar, ook enkele focusgroepen. Aantal voorbijgangers: registreren via een telraam dat geplaatst wordt aan 1 of meerdere straatsignalisaties. Intentie: bevragen op straat (zie 'bereik'). 	<ul style="list-style-type: none"> Wie? Projectmedewerker die bevraging opstelt en resultaten analyseert. Iemand die focusgroepen voorbereidt en motiveert. Leverancier telramen. Iemand die helpt bij analyses van telramen. Nodig? Software online bevraging, script focusgroepen, telramen. Budget? Abonnement software online bevraging. Aankoop telramen. Budget voor opmaak infographics en evaluatierapport (eindredactie en grafische vormgeving) voor communiceren evaluatieresultaten.
<ul style="list-style-type: none"> Communicatie-acties: idem 'Implementatie' maar ook bevragen na 6 maanden. Inschrijvingen: idem 'Bereik' maar blijven opvolgen tot 6 maanden na afloop deelproject. Straatsignalisaties: idem 'implementatie' maar blijven opvolgen tot 6 maanden na afloop deelproject. Meer bewegen: idem 'Effectiviteit' maar blijven opvolgen tot 6 maanden na afloop deelproject. 	<ul style="list-style-type: none"> Wie? Zie eerder. Nodig? Zie eerder. Budget? Zie eerder.



figuur 13

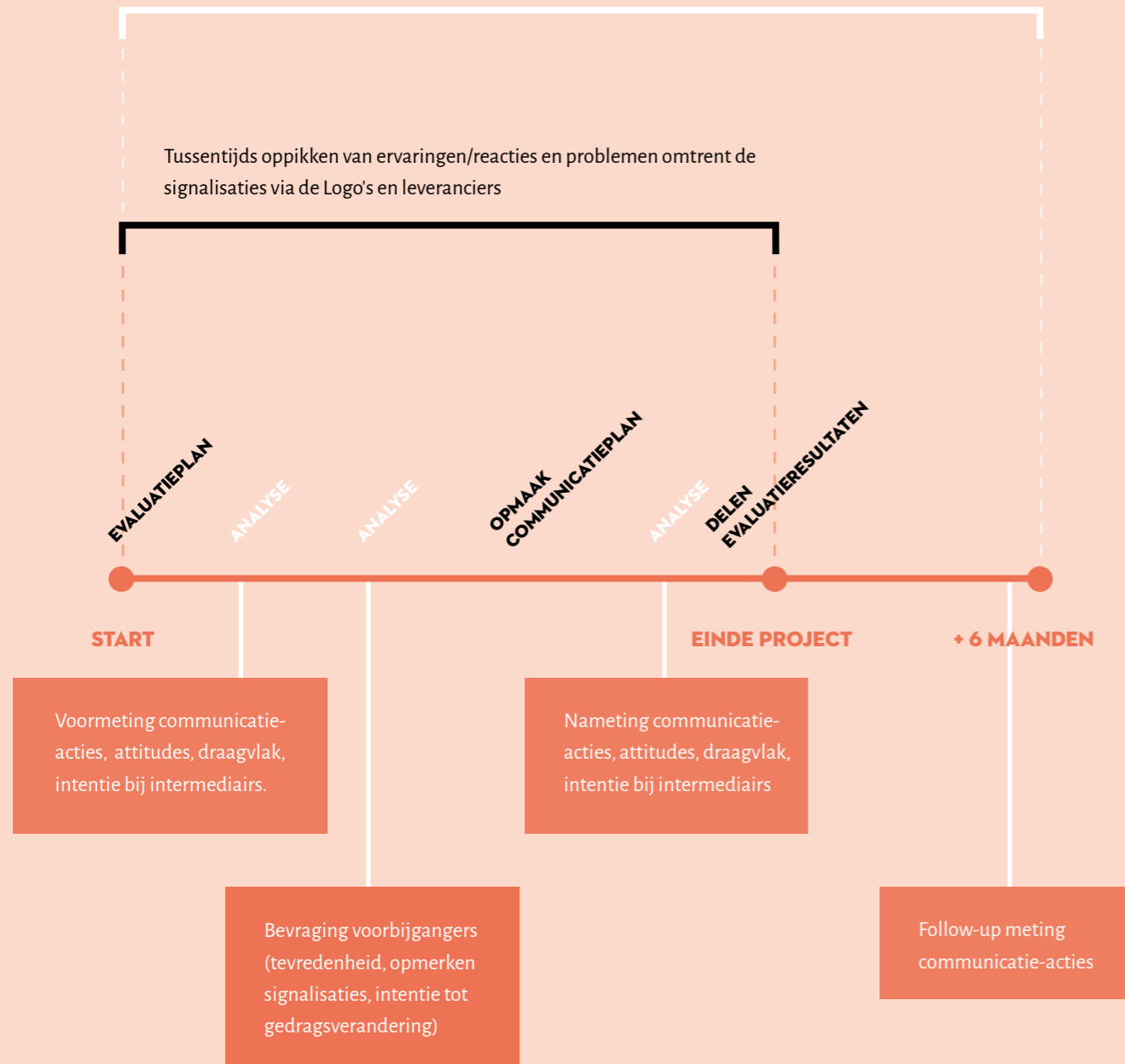


Voorbeeld: 10.000 stappen
 In figuur 7 zie je een tijdlijn, gebaseerd op de ingevulde evaluatiematrix van 10.000 stappen.

figuur 14

Continue monitoring van inschrijvingen en bestellingen, doorlopende registratie van voorbijgangers via telramen

Tussentijds oppikken van ervaringen/reacties en problemen omtrent de signalisaties via de Logo's en leveranciers



KLAAR VOOR ACTIE!

In de voorgaande stappen heb je je evaluatie goed gepland en voorbereid. Je evaluatieplan is dan ook klaar om uitgevoerd te worden. Misschien wil je dit, vooraleer je aan de slag gaat, eerst voorstellen aan je opdrachtgever, leden van je stuurgroep of andere stakeholders. Zo zitten de verwachtingen juist of kan er nog bijgestuurd worden.

Verloopt niet alles volledig volgens plan? Geen nood, dit komt veel voor in de praktijk. Zolang je je initiële doelstellingen goed in het achterhoofd houdt en bewust nadenkt over wat je zal evalueren en hoe, komt dit zeker in orde. Het is dan een goed idee om je evaluatieproces bij te houden en transparant te zijn over eventuele wijzigingen in je evaluatieplan. Zo kan er bij de interpretatie van de bevindingen rekening gehouden worden met de zaken die niet verliepen zoals gepland.

8 STAP VOOR STAP EEN EVALUATIE UITVOEREN

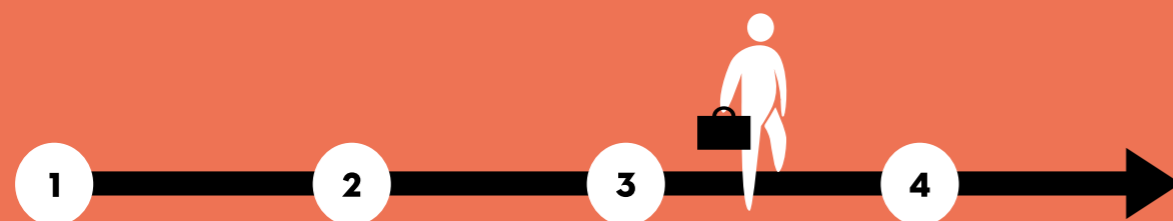
8

In dit hoofdstuk lees je hoe je je evaluatieplan tot uitvoering brengt.

MEETINSTRUMENT OPSTELLEN EN DATA VERZAMELEN (HOE VERZAMEL IK ALLE ANTWOORDEN ZO VLOT MOGELIJK?)

Je evaluatie start met het verzamelen van informatie of data om een antwoord te bieden op je evaluatievragen (“hoeveel mensen heb ik bereikt?”, “is er een gedragsverandering?”, “verloopt de implementatie goed?”).

Data kan je ofwel **raadplegen** in bestaande informatiebronnen, of **verzamen** bij de doelgroepen. Wanneer je dit laatste doet, is de manier waarop je de doelgroep benadert van belang. Tips voor het verzamelen van data (incl. het verhogen van de respons) vind je [hier](#).





DATA VERWERKEN (HOE TREK IK DE JUISTE CONCLUSIES UIT ALLE VERZAMELDE INFORMATIE?)

De manier waarop je de verzamelde gegevens verwerkt tot behapbare en begrijpbare resultaten is afhankelijk van het type data. Als je cijfers (kwantitatieve data) verzameld hebt, gebruik je statistische programma's (bv. SPSS, R) of Excel om je data te analyseren. Als je woorden (kwalitatieve data) verzameld hebt, ga je de data ordenen door op zoek te gaan naar samenvattende termen en patronen, of hoe die termen met elkaar verband houden. De ordening van woorden kan manueel gebeuren, aan de hand van een kwalitatief softwarepakket (bv. NVivo) of met een eenvoudige tekstverwerker (bv. Word). Analyses kan je zelf uitvoeren of uitbesteden.

INTERPRETEREN, BIJLEREN EN BIJSTUREN

Het interpreteren van de resultaten is een stap die je best niet overslaat. Na het verwerken van de data leg je de resultaten en vaststellingen naast de doelstellingen. Tijdens deze terugkoppeling geef je een antwoord op vragen als: Werden de vooropgestelde streefdoelen/-cijfers behaald? Waarom wel, waarom niet? Wat zijn de sterktes en de zwaktes van de methodiek? Welke neveneffecten of resultaten treden op die niet verwacht waren? In deze stap probeer je dus op zoek te gaan naar verklaringen voor de gevonden resultaten. Op die manier kan je conclusies trekken en actie ondernemen om met je evaluatie aan de slag te gaan: je methodiek aanpassen, verderzetten, breder uitrollen, ...

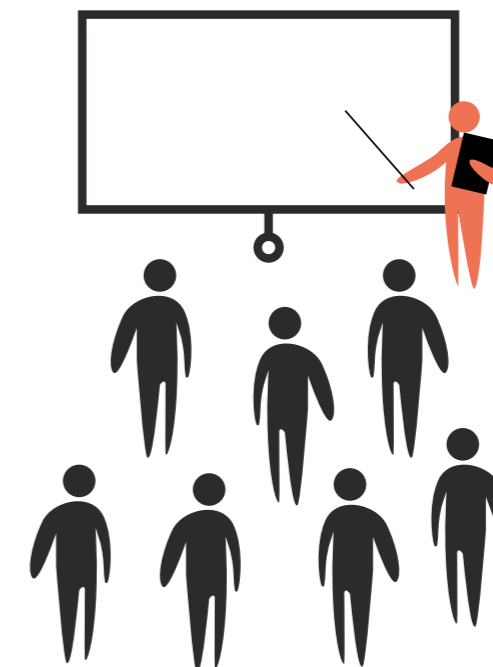
RESULTATEN RAPPORTEREN EN VISUALISEREN (HOE BRENG IK MIJN RESULTATEN OVER?)

Vaak wordt een **evaluatie** gevraagd door een subsidieverlener of opdrachtgever. Dit soort rapporten zijn vaak wat droger geformuleerd en bevatten een beschrijving van de doelstellingen, de evaluaties/metingen, de resultaten daarvan en de conclusies (en eventuele aanbevelingen voor de toekomst).

[Bekijk het sjabloon voor het opstellen van een evaluatie](#)

Je resultaten aantrekkelijk **visualiseren**, zorgt er niet alleen voor dat ze beter opgemerkt en opgepikt worden, maar helpt ook om ze op een begrijpbare manier over te brengen naar jouw doelpubliek. Ook voor de opdrachtgever is het trouwens aangenamer om evaluatieresultaten door te nemen die op een mooie manier gepresenteerd zijn.

Aan opties voor visualisaties zeker geen gebrek! Er is keuze tussen verschillende tekstvormen, zoals percentages, gemiddelden, evoluties, conclusies, woordenwolken, quotes, getuigenissen, ... maar ook verschillende beeldvormen, zoals diagrammen (staaf, taart, beeld, lijn), kleurcodes, barometers, kaarten, pictogrammen, infographics, ...



9

EVALUATIE- RESULTATEN INZETTEN VOOR NOG MEER IMPACT



9

Door het delen van je evaluatieresultaten kunnen er nieuwe ideeën en acties in gang worden gezet, waardoor er nog meer impact kan gecreëerd worden. Ook hier is het belangrijk om doordacht te werk te gaan en te bepalen hoe, waarmee en bij wie je jouw evaluatieresultaten in de kijker wil zetten. Afhankelijk van het doelpubliek kies je de communicatiematerialen en -kanalen die het meest geschikt zijn om jouw boodschap over te brengen.

VERSCHILLENDE TYPES DOELPUBLIEK

Je kan jouw evaluatieresultaten verspreiden naar veel verschillende types doelpubliek, zoals:

- Projectleden, de organisatie(s) die de methodiek ontwikkelden (en implementeerden)
- Intermediairs binnen de setting die betrokken waren of zelfs een actieve rol opnamen
- De einddoelgroep
- Opdrachtgever/subsidieverlener
- De sector gezondheidsbevordering en ziektepreventie (i.k.v. stroomlijnen aanbod en intersectorale uitwisseling)
- Beleidsmakers/politici (i.k.v. pleitbezorging)
- De algemene bevolking en maatschappij (media, maatschappelijk discours, publieke opinie, ...)

Stel jezelf hierbij de vraag welke informatie nuttig is voor welke belanghebbende. De accenten en de toegankelijkheid, begrijpbaarheid, terminologie van jouw rapportage en communicatie zullen namelijk anders liggen als je de resultaten verspreidt naar de einddoelgroep, dan naar de intermediairs, de opdrachtgever of naar collega's binnen jouw organisatie.

VERSCHILLENDE SOORTEN OUTPUT

Er zijn verschillende manieren om jouw evaluatieresultaten te 'verpakken', zoals:

- Evaluatierapport
- Presentatie
- Inspirerende praktijk
- Artikel in een vakblad
- Jaarverslag
- Persbericht
- E-brochure
- Filmpje
- Podcast
- Infographic
- Brochure
- ...

Het is belangrijk om vooraf te bevragen welke verwachtingen er zijn bij de verschillende doelgroepen qua eindproduct en de manier waarop de eindresultaten verspreid worden. Een evaluatie kan dus resulteren in verschillende eindproducten die (deels) bedoeld zijn voor verschillende doelgroepen. Bijvoorbeeld een PDF met een inspirerende praktijk voor de sector en de intermediairs, een evaluatierapport voor de subsidieverlener, een nota voor beleidsmakers en een infographic, podcast of nieuwsbericht voor het algemeen publiek.



VERSCHILLENDE COMMUNICATIEKANALEN

Enmaal je weet hoe je de resultaten wil verpakken en wie je doelpubliek is, dien je nog de knoop door te hakken over het geschikte communicatiekanaal. Opnieuw veel keuzemogelijkheden, zoals:

- Via mail of per post
- In een meeting of werkgroep
- Sociale media (LinkedIn, Twitter, Facebookpagina, Instagrampagina)
- Nieuwsbrief of magazine
- Vakblad sector
- Op een webpagina

COMMUNICATIE INPLANNEN

We kunnen concluderen dat je best niet over 1 nacht ijs gaat om de resultaten van jouw evaluatie aantrekkelijk, begrijpelijk en boeiend over te brengen op maat van jouw doelpubliek.

Om het overzicht te bewaren, kan je een communicatieplanning opstellen. Dit helpt niet alleen om de timing van de communicatie te bewaken, maar ook om zicht te krijgen op de verschillende communicatiematerialen en -kanalen die je wil gebruiken en hoeveel budget je hiervoor kan en wil uittrekken. Je kiest uiteraard zelf hoever je hierin wil gaan en wat mogelijk is qua tijd en middelen.

10

EEN EVALUATIE- OF IMPACTBELEID UITBOUWEN BINNEN JE ORGANISATIE

10

“Wanneer je ervoor kiest om op een formele manier impact te evalueren, moet je als organisatie investeren in een cultuur van evaluatief denken en handelen. Impact evalueren vraagt immers veel tijd en energie en staat nooit op zich. Om te voorkomen dat het zoveelste rapport onderaan in de lade belandt, moet een impactevaluatie ingebed zijn in een organisatie die evaluatief denkt en handelt. Zo'n organisatie heeft een cultuur van systematisch de eigen praktijk bevragen, onderzoeken en evalueren, systematisch reflecteren over evaluatiebevindingen en praktijken op basis van evaluatie en reflectie bijsturen en aanpassen. Het systematische reflecteren, evalueren en bijsturen (Baker & Bruner, 2012) doe je best in team en is absoluut noodzakelijk om van een impactevaluatie een zinvolle oefening te maken. Zo kan impactevaluatie integraal deel uitmaken van een voortdurende, weerkerende cyclus van adaptief beheer en organisatieleren.”

- Socius (2014)

Preventieve acties of methodieken evalueren, lukt beter wanneer medewerkers zich ondersteund en aangemoedigd voelen door hun professionele omkadering. Organisaties kunnen hun medewerkers ondersteunen bij impactgericht werken door een **impact- of evaluatiebeleid** te installeren. Zo wordt evalueren en planmatig toewerken naar impact voor iedereen binnen de organisatie evidenter. Dit kan via verschillende sporen.

GEDEELDE VISIE OP EVALUEREN, VERANKERD BINNEN DE ORGANISATIE

De basis is het vormen, hanteren en uitdragen van een gedeelde visie rond evalueren. Je streeft ernaar dat alle medewerkers hetzelfde verstaan onder evalueren, het belang ervan inzien en hun rol hierin erkennen. Dit geldt zowel voor de medewerkers als voor het management. Je kan een **gedeelde visie creëren via een visietekst, denkdag, werkgroep of interne opleiding**. Maar je kan dit best ook verduurzamen door evalueren te verankeren in **projectplannen** en **team- en organisatiedoelstellingen** (bv. strategisch plan), en het te integreren binnen **interne procedures, werkwijzen en afspraken**. Je voorziet bijvoorbeeld uitleg over evalueren in het startpakket voor nieuwe medewerkers, zorgt ervoor dat evaluatieplannen telkens besproken worden op het teamoverleg, maakt de afspraak dat lesgevers altijd hun vormingen evalueren via een standaardformulier of neemt een aparte budgetpost voor evaluatie op binnen het Excel-sjabloon voor de begroting van projecten. Dit zijn slechts enkele hypothetische voorbeelden. De invulling hiervan is op maat van de organisatie te bekijken. **Tip:** ga participatief te werk, zo wordt je visie nog beter gedragen door iedereen.

DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING EN ONDERSTEUNING

Een volgend spoor is deskundigheidsbevordering en ondersteuning. Door gebruiksvriendelijke **informatie of hulpmiddelen** aan te bieden aan medewerkers, maak je hen vaardig in het plannen en uitvoeren van evaluaties, en draag je bij aan een gedeelde visie. Voorbeelden hiervan zijn de

Gezond Leven evaluatiematrix als template voor een evaluatieplan, een leidraad voor het opstellen van een vragenlijst of ander meetinstrument, een handleiding planmatig werken aan gezondheid en standaardevaluatieformulieren en -procedures voor vormingen, workshops of andere activiteiten. Essentieel is dat je deze ondersteunende informatie en hulpmiddelen ontsluit via **geschikte kanalen** (bv. gedeelde Sharepointpagina, interne opleiding, lunchsessie, e-learning), zodat de medewerkers deze makkelijk kunnen terugvinden.

Daarnaast kan je opleiding of intervisie organiseren of medewerkers hier elders aan laten deelnemen. Of je kan 1 of meerdere aanspreekpunten voor evaluatievragen of -problemen aanduiden (intern of extern), of zelfs samenwerkingen uitbouwen met onderzoeksgroepen of -bureaus voor adviesverlening of het uitbesteden van evaluaties.

Tenslotte kan ondersteunende software voor dataverzameling (bv. Checkmarket) en data-analyse (bv. SPSS) nuttig zijn om kwaliteitsvolle evaluaties uit te voeren. Als organisatie kan je de nodige licenties aankopen en centraal beheren, zodat medewerkers hier gebruik van kunnen maken. Hierbij voorzie je de nodige afspraken, rolverdeling en ondersteuning.

HR-BELEID

Je kan als organisatie streven naar een **rolverdeling omtrent evalueren** waarbij verantwoordelijkheidszin en ownership over evalueren gestimuleerd worden bij de medewerkers. Dat kan bijvoorbeeld via het aanduiden van **ambassadeurs** voor evaluatie. Dit zijn medewerkers die expertise hebben in impactgericht werken/evalueren en hun collega's hierin ondersteunen en/of hierop attenderen. Zulke 'evaluatoren' kunnen samen ook de nodige **acties bepalen en initiëren** voor het versterken van het evaluatiebeleid van de organisatie. Evenwel kunnen (project)managers, communicatie- of secretariaatsmedewerkers gemobiliseerd worden om bepaalde evaluatietaken binnen hun rol op te nemen (bv. agenderen van evaluatie op teamoverleg, helpen bij verwerken evaluatieformulieren, ingeven van vragenlijsten in Checkmarket, delen van evaluatieresultaten op social media, ...).

Niet onbelangrijk is ook om bij **aanwervingen** stil te staan bij specifieke competenties die mogelijk nog ontbreken binnen de organisatie voor het uitvoeren van evaluaties (bv. werken met SPSS, opstellen of afnemen van bevragingen). Relevante **competenties**, zoals planmatig werken of het hanteren van een evaluatieve houding ten aanzien van het eigen werk, kunnen ook proactief opgenomen worden in vacatures, functiekaarten of competentieprofielen.

SAMENGEVAT

Hoe meer je als organisatie drempels voor evalueren wegneemt bij werknemers, hoe groter de kans dat ze dit zullen oppikken. Medewerkers kunnen zo aangemoedigd worden om evaluaties goed in te plannen, uit te voeren en met de resultaten aan de slag te gaan, maar ook om kwaliteitsvol te werken, zodat impact kan behaald worden. Dat klinkt goed!





11

PREVENTIE- METHODIEKEN EVALUEREN: VAN UITDAGINGEN NAAR REALISTISCHE ALTERNATIEVEN



11

In het ideale scenario kan je de (positieve) impact van je preventiemethodiek op de gezondheidsstatus van je doelgroep aantonen. Je kan verantwoorden dat de tijd en middelen die je spendeerde aan je preventiemethodiek goed besteed zijn en – nog belangrijker – je bent zeker dat je je doelgroep gezonder hebt gemaakt, of de kans op ziekte verminderd hebt.

VAN UITDAGINGEN NAAR REALISTISCHE ALTERNATIEVEN

Het meten van de gezondheidsimpact van preventiemethodieken brengt echter verschillende uitdagingen met zich mee. In dit hoofdstuk lees je hoe je realistische ambities kan formuleren en welke alternatieve werkwijzen je kan gebruiken.

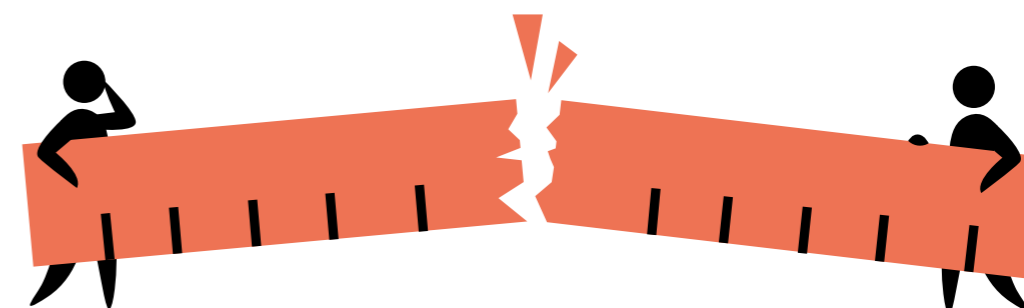
UITDAGING: effecten treden niet meteen op

De invloed van een preventiemethodiek op de gezondheidsstatus (of zelfs op bepaalde gezondheidsdeterminanten) is vaak **niet onmiddellijk voelbaar** omdat eventuele effecten pas na een langere periode optreden (bv. het effect van een campagne over borstkankerscreening op het aantal tijdig gediagnosticeerde borstkankergevallen). Gevolg: hoe langer de verwachte termijn tussen een preventiemethodiek en een gezondheidseffect, **hoe moeilijker het is om dit effect vast te stellen** en toe te schrijven aan een bepaalde preventiemethodiek.

REALISTISCH ALTERNATIEF: effecten op een lager niveau meten

Je kan een effect meten op het niveau van gezondheidsvoorspellers: omgeving, leefstijl, gedragsdeterminanten, ... (uiteraard op voorwaarde dat je vanuit evidence kan verwachten dat deze factoren een effect zullen hebben op de gezondheidsstatus van je doelgroep). Deze effecten treden doorgaans sneller op, ten gevolge van je methodiek.

Let op! Ook als je de effecten op de gezondheidsstatus wel kan meten, blijft het zinvol om de effecten van je preventiemethodiek op gezondheids- en gedragsdeterminanten te meten, omdat je zo kan nagaan of je theory of change standhoudt. En zo niet, waar het spaak loopt (bv. de verwachte stijging in motivatie treedt niet op).

**UITDAGING: effecten zijn moeilijk te meten**

Bepaalde gezondheidseffecten zijn **moeilijk meetbaar**, omwille van:

- het ontbreken of niet ter beschikking hebben van geschikte meetinstrumenten om bepaalde effecten te meten (bv. regelmatig rechtstaan tijdens telewerk);
- het moeilijk kunnen bereiken van doelgroepen voor een meting (bv. onveilig seksueel gedrag).

REALISTISCH ALTERNATIEF: op zoek gaan naar geschikte meetmethoden of effecten op een ander niveau meten

Een evaluatieplan uitwerken, houdt altijd in dat je op zoek gaat naar de meest geschikte meetinstrumenten of -methoden om een antwoord te vinden op je evaluatievragen. Hiervoor kan je eventueel te rade gaan bij (onderzoeks)partners. Zij hebben mogelijks expertise in innovatieve technologieën om doelgroepen te bereiken en effecten te meten (bv. via wearables, slimme camera's, apps, social media listening, photovoice).

Zo niet, kan je ervoor kiezen om gezondheidseffecten op een ander niveau te meten (bv. gedragsvoorspellers in plaats van gedrag zelf).



UITDAGING: gezondheidseffecten zijn zelden te verklaren door 1 preventiemethodiek

Dit komt doordat preventiemethodieken niet in een vacuüm toegepast worden, maar wel in een levende en bewegende maatschappij waarin heel wat invloeden actief zijn. Maar zeker ook omdat heel wat organisaties (tegelijk) preventiemethodieken ontwikkelen en implementeren in dezelfde settings en doelgroepen en soms ook rond dezelfde gezondheidsthema's. Dit komt doordat het terugdringen van gezondheidsproblemen en gezondheidsongelijkheid een **wicked problem**¹¹ is en een multistrategische aanpak vereist (cf. een mix van strategieën).

REALISTISCH ALTERNATIEF: effect van een set van preventiemethodieken meten

Je kan opteren om niet het effect van 1 enkele preventiemethodiek te bepalen (want dat is de facto gelimiteerd), maar van meerdere acties en methodieken (bv. rond een bepaald thema, binnen een bepaalde tijdsperiode, van een bepaalde organisatie of sectorwerking). Het gaat er dan niet zozeer om of elke methodiek op zich een wezenlijk verschil heeft gemaakt, maar of het geheel van methodieken er samen heeft voor gezorgd dat er een positief gezondheidseffect optrad. Het is dan wel aan te raden om vooraf een Theory of Change uit te werken, waarbij het verwachte effect van elk van de aparte methodieken, en de samenhang daartussen, beschreven wordt.

Als dit niet mogelijk is, kan er ook opnieuw gekozen worden om kortere termijn effecten (bv. intentie tot gedragsverandering, bewustwording van een problematiek) te meten, die met een grotere zekerheid kunnen toegeschreven worden aan een bepaalde methodiek. Je kan er in dat geval naar streven om af te stemmen met andere methodiekontwikkelaars zodat preventiemethodieken niet op hetzelfde moment gelanceerd worden en hun effecten niet door elkaar lopen. Al is dit altijd wel tot op zekere hoogte het geval.

UITDAGING: werken met een controlegroep om oorzaak-gevolg verbanden te kunnen aantonen tussen preventiemethodieken en gezondheid is niet altijd haalbaar

Een zuiver causaal effect aantonen tussen een preventiemethodiek en gezondheid(sgedrag) vraagt een evaluatiedesign waarbij je gebruik maakt van een **voor- en nameting** en van een (vergelijkbare) controlegroep. Die **controlegroep** krijgt de preventiemethodiek niet 'toegediend' waardoor positieve gezondheidseffecten bij deze groep niet zouden mogen optreden. Je kan positieve effecten in de experimentele groep dan met een redelijke zekerheid toekennen aan je preventiemethodiek. In realiteit is het gebruiken van zo'n evaluatiedesign¹² buiten de academische context in veel gevallen onhaalbaar qua tijdsinvestering en middelen.

REALISTISCH ALTERNATIEF: samenwerken met onderzoekers of een aangepast evaluatiedesign opstellen

Als jij (of je opdrachtgever) een causaal verband wenst aan te tonen tussen een preventiemethodiek en bepaalde gezondheidseffecten, kan je een samenwerking aangaan met onderzoekers uit een hogeronderwijsinstelling of onderzoeksbureau. Zij kunnen een randomized controlled trial opstellen waaruit je oorzakelijke verbanden kan afleiden.

Als dit niet aan de orde is, of hier onvoldoende tijd voor is, kan je een iets laagdrempeliger evaluatiedesign vooropstellen.

- Een optie is dat je niet werkt met een controlegroep, maar de leden van de doelgroep achteraf vraagt of zij menen dat het verwachte gezondheidseffect (bv. kennisverhoging, gedragsverandering) bij hen bereikt is, ten gevolge van de preventiemethodiek. Het nadeel is dat dit een subjectieve meting is en dus mogelijk niet klopt met de realiteit.
- Een andere optie is om toch met een controlegroep te werken, maar jezelf iets minder strikte regels op te leggen qua methodologie. Je zou dan, bijvoorbeeld bij een piloottest van je methodiek, wel een kleine controlegroep (bv. enkele gemeenten) kunnen uitkiezen waar je de methodiek toepast. Je vergelijkt dan dat resultaat met dat van enkele andere gemeenten die de methodiek niet gebruiken. Je loopt wel het risico dat andere, onvoorziene factoren (ook 'confounding variables' genoemd), zoals een andere actie of communicatie, het resultaat in 1 van de groepen beïnvloedt, waardoor je foute conclusies trekt. Of dat de groepen te klein zijn om verschillen (statistisch) te kunnen berekenen.

¹¹ Wicked problems zijn taai vraagstukken die zich moeilijk laten oplossen. Enkele kenmerken van wicked problems zijn (zie ook: [link](#)):

- Ieder wicked problem is uniek: gezondheid bevorderen in Vlaanderen kan een andere aanpak vragen dan in Wallonië of Nederland of de Verenigde Staten.
- Ieder wicked problem kan worden gezien als het symptoom van een ander probleem (bv. gezondheidsongelijkheid omwille van armoede, armoede omwille van onderwijs, enz.)
- Probleemoplossers (in dit geval: gezondheidsbevorderaars) kunnen zich niet permitteren om fout te zitten, want het gaat over mensenlevens.
- Het is onduidelijk wanneer een wicked problem opgelost is.

¹² Volgens de regels van de kunst moeten een experimentele en een controlegroep immers groot genoeg zijn, random samengesteld, en op alle (relevante) vlakken gelijk zijn aan elkaar, uitgezonderd de aanwezigheid van de interventie waarvan je het effect wil nagaan. Dit is een standaard die toegepast wordt in onderzoek (cf. Randomized Controlled Trials of RCT's), maar zelden perfect uitvoerbaar is 'op het veld'.



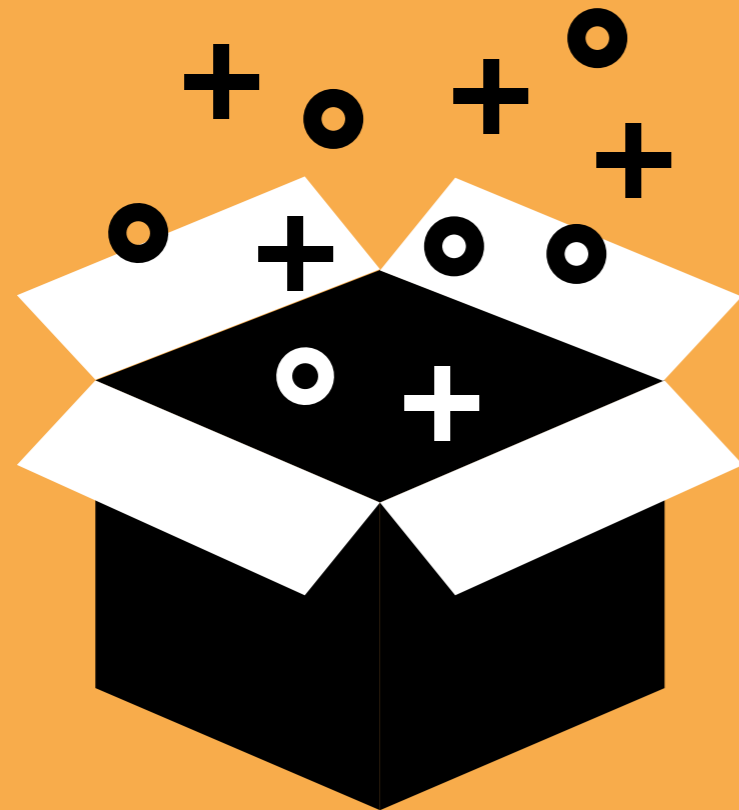
EXTRA

12

Begrippenlijst, nuttige links en websites **p.89**

12

BEGRIPPENLIJST, NUTTIGE LINKS EN WEBSITES



12

BEGRIPPENLIJST

Gezondheidsbevordering = gezondheidsbevordering richt zich naar de gehele bevolking of bepaalde risicogroepen. Gezondheidsbevordering heeft als uitgangspunt te streven naar een gezonde leefstijl, leefomgeving en zorgsysteem. Het doel is om meer te doen dan enkel gezondheidsvoorlichting te geven, maar om structurele veranderingen mogelijk te maken, zodat gezonde keuzes voor de hand liggend worden. Het is daarmee een integrale aanpak die op meerdere gezondheidsdeterminanten inwerkt.

Ziektepreventie = ziektepreventie richt zich naar personen of groepen die om 1 of andere reden een risico lopen op bepaalde klachten of aandoeningen (risicogroepen). Het uitgangspunt bij ziektepreventie is om ziekten en gezondheidsklachten te voorkomen.

Project = een project heeft een aantal typische kenmerken (Scheerder et al., 2003): het start steeds vanuit een vraag of probleem en zoekt daarvoor een oplossing; omvat een samenhangend geheel van activiteiten; is gericht op 1 of meer vooraf bepaalde doel(en); gebeurt binnen een afgebakende tijdsperiode en met afgebakende middelen; verloopt volgens vooraf bepaalde stappen met hulp van relevante en aangepaste strategieën en technieken, en wordt bijgestuurd op basis van evaluatie.

Projectmatig werken = een werkwijze waarbij je op een systematische en planmatige wijze werkt aan een gezondheidsprobleem of –uitdaging. Ongeacht de omvang van je project, of het doel ervan, geeft de werkwijze aan welke stappen je best zet binnen het verloop van je project. Zo voorkom je dat je halsoverkop aan de slag gaat en onderweg het noorden verliest. Projectmatig werken, vormt een middenweg tussen heel improvisatorisch werken en strikt routinematig werken.

Preventiemethodiek = een geheel van te volgen, vaste, weldoordachte werkwijzen om een bepaalde doelstelling te bereiken. Een methodiek omvat materialen en diensten en is gericht op 1 of meerdere types van strategieën, zoals educatie, omgevingsinterventies, vastleggen van afspraken en regels en het aanbieden van preventieve zorg of begeleiding (VAZG, www.preventiemethodieken.be). Een spel dat jongeren helpt te stoppen met roken kan dus gezien worden als een methodiek, maar enkel wanneer het vergezeld wordt van de nodige omkadering: materialen en diensten voor de jongeren zelf, maar ook voor diegenen die het spel zullen gebruiken (bv. leerkrachten).

Einddoelgroep = de doelgroep waarnaar jouw project gericht is om bepaalde (gezondheids)doelen te bereiken.

Intermediairs = we bereiken doelgroepen met onze methodieken via de verschillende settings waarin zij leven, werken, leren en ontspannen. Verschillende personen uit deze settings (werkgevers, jeugdwerkers, gezondheidscoaches, ...) kunnen je helpen de methodiek aan te brengen bij de doelgroep. Zij worden de intermediairs van de methodiek genoemd. Binnen projectmatig werken heb je niet alleen oog voor de gedragsdeterminanten van de doelgroep, maar ook voor de competenties, drijfveren en professionele omgeving van intermediairs. Je maakt gebruik van verschillende implementatiestrategieën om intermediairs te versterken.

Ontwikkelen = omvat de behoefteanalyse, de wetenschappelijke onderbouw, de eigenlijke uitwerking van de preventiemethodiek in samenwerking met diverse betrokkenen, het testen en het maken van een implementatieplan (afgeleid van definitie van methodiekontwikkeling van VAZG; [link](#)).

Implementeren = gezondheidsbevordering is meer dan het ontwikkelen van methodieken. Een methodiek moet ook op een goede manier zijn weg vinden tot bij de doelgroep, en dus op een correcte en kwaliteitsvolle wijze gebruikt worden. We noemen dit ook wel de implementatie van een methodiek (1 van de speerpunten uit de [gezondheidsdoelstellingen](#) van 2016). Implementeren houdt dus ook in dat de intermediars de nodige ondersteuning krijgen (bv. door middel van een handleiding, een vorming, subsidies of een wettelijk kader).

Evalueren = evalueren is het verzamelen van gegevens over een interventie, materialen, methodiek, project, ... op een betrouwbare en valide wijze om er een waarde aan toe te kennen en zo beslissingen te nemen over die interventie, dat materiaal, die methodiek of project. Evalueren houdt meer in dan nagaan of de uitkomsten van het project behaald werden. Een goede evaluatie bezorgt je ook inzicht in waarom het project en de onderdelen ervan al dan niet succesvol zijn. Het laat toe om het project bij te sturen en biedt je leerpunten voor de toekomst (uit [Een kei in evalueren](#), 2016). Er zijn verschillende soorten evaluaties naargelang de vragen waarop de evaluatie een antwoord wil bieden:

- **Procesevaluatie** = een procesevaluatie richt zich niet op de uitkomsten van het project, maar evalueert de weg die afgelegd werd om tot de resultaten te komen. Een procesevaluatie helpt te verklaren waarom het project al dan niet succesvol is door de verschillende dimensies van het projectproces te analyseren, zoals het bereik van de doelgroep, de intentie van sleutelfiguren of intermediairs voor de toepassing van je methodiek, en/of de kwaliteit van de implementatie. Bovendien helpt een procesevaluatie om bepaalde zaken bij te sturen tijdens het project.
- **Productevaluatie** = een productevaluatie evalueert de tevredenheid van (delen van een) product(en) uit het project (bv. een folder, vorming, spel, test, handleiding, ...). Met een productevaluatie kan je peilen naar de tevredenheid over de inhoud (aangepast aan het doelpubliek en duidelijk, boeiend, bruikbaar, ...), de vorm (lay-out, gebruiksvriendelijkheid, gebruikte afbeeldingen en illustraties, ...) en organisatorische aspecten van het product (inschrijvingsmodaliteiten, kostprijs, tijdsduur, ...).
- **Effectevaluatie** = een effectevaluatie meet de uitkomsten van het project. Je meet de invloed van het project op de doelgroep of op de omgeving. Zijn de vooropgestelde doelstellingen en gewenste effecten behaald?
- **Impactmeting of impactevaluatie** = een impactmeting of impactevaluatie is een effectevaluatie met als doel om in kaart te brengen of jouw project bijgedragen heeft aan bepaalde veranderingen in gedrag(sdeterminanten) of gezondheid(sdeterminanten) of andere relevante factoren.

Impact = alle veranderingen of effecten – positief en negatief, bedoeld en onbedoeld, groot en klein, direct of indirect die aan jouw actie(s) kunnen toegeschreven worden (UCLL, 2019). In de meeste definities wordt met impact vooral langetermijneffecten bedoeld. In het geval van gezondheidsbevordering en ziektepreventie situeert dit zich meestal op het niveau van de gezondheidsstatus of levenskwaliteit van mensen, maar het kan bijvoorbeeld ook over langetermijngedragsveranderingen gaan.

Impactgericht werken = impactgericht werken is doorheen je hele project stilstaan bij welke impact je beoogt en kan verwachten, deze proberen te behalen en al anticiperen op hoe je die impact zal meten en inzetten tijdens of na afloop van je project.

Indicatoren = indicatoren zijn concrete, meetbare factoren die een aanwijzing geven over het behalen van een bepaald streefcijfer of -doel (bv. 'aantal bestelde materialen' als indicator om te meten of het streefdoel 'x % van de materialen is geïmplementeerd' behaald is).

Onderzoeksdesign = het onderzoeksdesign dient om op een systematische manier de verschillende meetpunten weer te geven. Het beantwoordt de vraag "Wat meet je wanneer, bij wie?"

Meetmethode = de meetmethode bepaalt hoe de informatie voor de evaluatie wordt verzameld (kwantitatief, kwalitatief, mixed-methods).

Meetinstrument = het meetinstrument bepaalt waarmee de gewenste informatie verzameld wordt (bv. online vragenlijst, observatie, interview, focusgroep, objectieve metingen, registraties, bezoekersgegevens website, ...).

NUTTIGE HANDLEIDINGEN, TOOLS EN WEBSITES

- Berghmans, M., Deprez, S., Celis, H. & Vandenabeele, J. (2014). Peilen naar de impact van sociaal-culturele praktijken. Brussel: Socius.
- Koning Boudewijnstichting (2018). Impactgericht denken en handelen. Wat werkt voor jouw initiatief?
- MDFnl (2019). Theory of Change. Een handleiding om verandering te begrijpen en impact te realiseren.
- Onderzoeksgroep CIMIO, hogeschool UCLL (2020). "Impact. Een introductie in sociale impactmeting.
- Saidja Steenhuyzen, Veerle Stevens (2016). Een kei in evalueren. Werkboek evalueren in gezondheidsbevordering.
- Socius – handleiding impact van sociaal-culturele praktijken
- www.cimio.ucll.be
- www.impactpad.nl
- www.impactwijzer.nl
- www.inspiringimpact.org
- www.re-aim.org
- www.socialeinnovatiefabriek.be

