Duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsbevordering: Een praktijkgericht onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op duurzaamheid van Zuid-Limburgse wijkgerichte gezondheidsbevordering

Citation for published version (APA):

Vermeer, A. J. M. (2013). *Duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsbevordering: Een praktijkgericht onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op duurzaamheid van Zuid-Limburgse wijkgerichte gezondheidsbevordering*. [Maastricht University]. Maastricht University.
<https://doi.org/10.26481/dis.20130124av>

Document status and date:

Published: 01/01/2013

DOI:

[10.26481/dis.20130124av](https://doi.org/10.26481/dis.20130124av)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 26 Apr. 2023

Academische Werkplaats
Publieke Gezondheid **Limburg**

Duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsbevordering

Een praktijkgericht onderzoek naar
de factoren die van invloed zijn op
duurzaamheid van Zuid-Limburgse
wijkgerichte gezondheidsbevordering

Anita Vermeer

Duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsbevordering

Een praktijkgericht onderzoek naar de factoren
die van invloed zijn op duurzaamheid van
Zuid-Limburgse wijkgerichte gezondheidsbevordering

Anna Josepha Maria Vermeer,
Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg

Sustainability of community health promotion

A practice-based study into the factors that
influence the sustainability of community health promotion
in the Dutch Southern Limburg region

Anna Josepha Maria Vermeer,
Academic Collaborative Centre for Public Health Limburg, Maastricht

Duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsbevordering

Een praktijkgericht onderzoek naar de factoren
die van invloed zijn op duurzaamheid van
Zuid-Limburgse wijkgerichte gezondheidsbevordering

Proefschrift

© Copyright: Anita Vermeer, Maastricht 2012
Design & Lay-out: Caris & Sak, Heerlen
ISBN: 978-94-6190-012-8

Alle rechten zijn voorbehouden. Illustraties en tekst van deze publicatie mogen voor wetenschappelijke, educatieve en praktische doeleinden worden gebruikt met vermelding van de bron.

De studies in dit proefschrift beschreven zijn gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (projectnummer: 7125.0001) met aanvullende financiering van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg.

Ter verkrijging van de graad doctor aan de Universiteit Maastricht op gezag van de Rector Magnificus, prof.dr. L.L.G. Soete, volgens het besluit van het College van Decanen, in het openbaar te verdedigen op donderdag 24 januari 2013 om 12.00 uur door

Anna Josepha Maria Vermeer

Promotor:

Prof. dr. N.K. de Vries

Co-promotor:

Dr. P. van Assema

Beoordelingscommissie:

Prof. dr. G.J. Kok (voorzitter)

Prof. dr. B. van den Borne

Dr. M. Commers

Dr. J. ten Dam

Prof. dr. ir. J. Schuit

Praktijkcommissie:

Dhr. P. van Zutphen, wethouder gemeente Heerlen

Dhr. R. Stijns, hoofd afdeling Kennis & Innovatie, GGD Zuid Limburg

Drs. B. Hesdahl, programmaleider preventie curatie, afdeling Kennis & Innovatie,
GGD Zuid Limburg

Dr. Ir. M. Jansen, programmaleider Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg,
GGD Zuid Limburg

Dit proefschrift is tot stand gekomen vanuit de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg, een samenwerkingsverband tussen de GGD Zuid Limburg, de faculteit Health, Medicine and Life Sciences van de Universiteit Maastricht en de 18 Zuid-Limburgse gemeenten. Het gepresenteerde onderzoek is uitgevoerd bij de School for Public Health and Primary Care: CAPHRI.

The research presented in this thesis was conducted at the School for Public Health and Primary Care: CAPHRI, Department Health Promotion of Maastricht University. CAPHRI participates in the Netherlands School of Primary Care Research CaRe. CAPHRI was classified as 'excellent' by the external evaluation committee of leading international experts that reviewed CAPHRI in December 2010.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Introductie	10
Hoofdstuk 2	Duurzame wijkgerichte gezondheidsbevordering: wat is het en welke factoren spelen een rol?	34
Hoofdstuk 3	Factors influencing perceived sustainability of Southern Limburg community health programs	54
Hoofdstuk 4	Dutch community health programs: perceived determinants of sustainability	74
Hoofdstuk 5	Leadership roles in sustaining Dutch community health programs	92
Hoofdstuk 6	Discussie	108
	Samenvatting	138
	Summary	142
	Dankwoord	146
	Curriculum Vitae	150
	Overzicht publicaties	152

Hoofdstuk 1

Introductie

Aanleiding en centrale vraagstelling

De regio Zuid-Limburg is een gebied met sociaaleconomische achterstand. Dit manifesteert zich in gemiddeld lage inkomens, veel sociale huurwoningen en sociale problemen, zoals werkloosheid, onveiligheid en overlast. De sociaaleconomische achterstand gaat ook gepaard met een gezondheidsachterstand. De mensen in Zuid-Limburg hebben de kortste levensverwachting van Nederland en leven met gemiddeld 58,2 jaar het minst lang in een goede ervaren gezondheid. Er komen meer gezondheidsproblemen voor dan in de rest van Nederland (Lamberts e.a., 2010; Hertog, 2010). De regio heeft 608.885 inwoners en omvat achttien gemeenten in het zuidelijkste deel van de provincie Zuid-Limburg met Sittard-Geleen als de meest noordelijke gemeente.

Sinds 2000 probeert de GGD regio Zuid-Limburg door middel van wijkgerichte gezondheidsbevorderende programma's de gezondheidsachterstand terug te dringen. Dit gebeurt in wijken in de gemeenten Heerlen, Landgraaf en Kerkrade aan de hand van de zogeheten community werkwijze. Gezondheidsbevorderaars van de GGD werken samen met wijkbewoners en organisaties die actief zijn in de wijk. Gezamenlijk wordt bepaald wat de belangrijkste gezondheidsproblemen in de wijk zijn en worden gezondheidsbevorderende interventies georganiseerd. Deze interventies richten zich vooral op het verbeteren van de individuele leefstijl van de bewoners waarbij rekening wordt gehouden met de sociale en fysieke context waarin de bewoners zich bevinden.

Sinds de start van de wijkgerichte programma's zijn er relatief stabiele samenwerkingsverbanden in de wijken gerealiseerd, zijn samenwerkingspartners zich bewust geworden van het belang van hun eigen rol bij het bevorderen van de gezondheid van de wijkbewoners en hebben er veel interventies plaatsgevonden. Rond 2005 werd geconstateerd dat er nog te weinig aandacht was voor de duurzaamheid van de programma's (Verdonk e.a., 2005). Een landelijke studie naar programma's met een community werkwijze toonde aan dat dit niet alleen een Zuid-Limburgs probleem is, maar dat veel van dit soort programma's nooit in een fase van behoud komen (Harting & Van Assema, 2007).

Door betrokkenen bij de Zuid-Limburgse programma's werd meer specifiek vastgesteld dat het gebrek aan aandacht voor duurzaamheid voortkwam uit onduidelijkheid over de betekenis van het begrip duurzaamheid en onvoldoende inzicht in wat er gedaan zou moeten worden om duurzaamheid te realiseren. Dit heeft geleid tot de centrale vraagstelling van het onderzoek dat in dit proefschrift wordt beschreven, namelijk 'Hoe kunnen de wijkgerichte gezondheidsprogramma's in Zuid-Limburg duurzaamheid realiseren?'. Het onderzoek bestaat uit een aantal deelstudies waarin wordt beoogd helder te krijgen wat er onder duurzaamheid kan worden verstaan en inzicht te krijgen in factoren die de duurzaamheid van de programma's beïnvloeden. Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg. Er is geprobeerd om de lessen uit het onderzoek zo snel en goed mogelijk in dagelijkse praktijk van de wijkgerichte gezondheidsbevordering te incorporeren.

In deze algemene introductie van dit proefschrift wordt informatie gegeven over alle aspecten die van belang zijn om de context van het onderzoek te kunnen begrijpen. Allereerst wordt nader ingegaan op de ongelijkheid in gezondheid in Nederland en de rol van gezondheidsbevordering bij de aanpak hiervan. Vervolgens wordt de community werkwijze nader belicht en beschreven hoe dit in de vorm van wijkgerichte gezondheidsbevordering in Zuid-Limburg is vormgegeven. Daarna volgt een korte introductie op het begrip duurzaamheid en wordt het conceptueel raamwerk geïntroduceerd dat is gebruikt in de deelstudies naar de factoren die duurzaamheid beïnvloeden. Vervolgens wordt kort toegelicht wat het voor het onderzoek heeft betekend dat het is uitgevoerd in het kader van de Academische Werkplaats. Als laatste wordt beschreven hoe het proefschrift is opgebouwd.

Ongelijkheid in gezondheid

In Nederland is gezondheid ongelijk verdeeld onder de bevolking. Ook al groeit de levensverwachting van mensen in Nederland nog steeds, mensen met een lage opleiding (basisschool) leven gemiddeld 6 á 7 jaar korter dan mensen met een hoge (universitaire/HBO) opleiding, en 17 jaar minder in goede gezondheid (Hoeymans e.a., 2010). Mensen met een lage opleiding hebben vaker een chronische ziekte zoals diabetes, hartziekte, astma en COPD (Hoeymans e.a., 2010). Deze achterstand zien we overigens ook terug bij mensen met een laag inkomen (Brakel & Knoops, 2010).

Het verschil in gezondheid tussen hoger en lager opgeleiden is gedeeltelijk te verklaren uit het mechanisme dat mensen met een ziekte vaak minder mogelijkheden hebben om een goede opleiding te volgen en een hoog inkomen te genereren (selectie). Anderzijds kan het verschil verklaard worden door het mechanisme dat mensen met een lagere opleiding vaak ongezond gedrag vertonen en/of een ongezondere leefomgeving hebben (causatie). Ongezonde gedragingen, bijvoorbeeld roken, te weinig groente en fruit eten en te weinig lichaamsbeweging, vergroten de kans op hart- en vaatziekten, kanker en andere chronische ziekten. De fysieke en sociale leefomgeving (wonen en werk) kan gezondheid en gezond gedrag op diverse manieren beïnvloeden. Zo hebben mensen met een lage opleiding vaker ongezondere werkomstandigheden. Daarnaast bewegen kinderen in wijken met weinig groen en autoluwe zones minder, en voelen mensen in wijken met minder groen zich ongezonder (Hoeymans e.a., 2010; Maas e.a., 2009). Vaak zijn dit de wijken waar mensen wonen met sociaaleconomische achterstanden.

In Nederland zien we deze gezondheidsverschillen ondermeer terug in geografische verschillen in gezondheid. In Zuid-Limburg en Twente leeft men, net als in de vier grote steden, ongeveer 1 jaar korter dan gemiddeld in Nederland. Geografische verschillen weerspiegelen vaak histo-

risch gegroeide verschillen in welstand en opleiding. Op wijkniveau zien we nog sterkere verschillen (Smits e.a., 2001). In de armste buurten is de kans op overlijden voor het 65e levensjaar bijvoorbeeld 50% groter dan in een welgestelde wijk (Van der Lucht & Verkleij, 2002). Kortom, sociaaleconomische kenmerken van het gezin of de buurt waarin mensen leven zijn belangrijke determinanten van ongezond gedrag en gezondheid (Hoeymans e.a., 2010).

Gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering wereldwijd

Tijdens de eerste internationale conferentie van de WHO over gezondheidsbevordering (Health Promotion) in Ottawa in 1986, verschoof de biomedische definitie van gezondheid als "de afwezigheid van ziekte" naar de achtergrond. Daarvoor in de plaats kwam meer aandacht voor de sociale en fysieke determinanten van gezondheid. Het handvest dat er werd ondertekend was gericht op het in staat stellen van mensen, organisaties en gemeenschappen om controle te verwerven over de factoren die hun gezondheid beïnvloeden zodat zij hun gezondheidssituatie kunnen verbeteren. Het werd gezien als de "New Health Promotion" (nieuwe gezondheidsbevordering). Er werden vijf acties afgesproken: 1) het opstellen van gezond overheidsbeleid; 2) het creëren van gezonde omgeving; 3) het versterken van acties uit de community; 4) het verbeteren van gezondheidsvaardigheden; 5) de herinrichting van de gezondheidszorg ten behoeve van bevordering van gezondheid (WHO, 1986, 17-21 November). Tijdens een conferentie in Bangkok in 2005 werd een nieuw handvest ondertekend dat voortborduurde op de elementen van de Ottawa Charter, maar was aangepast naar de wereldwijde veranderingen in de voorgaande twintig jaar. Er werd onder andere meer aandacht gevraagd voor het verkleinen van verschillen in gezondheid tussen verschillende bevolkingsgroepen en voor het investeren in duurzaamheid, zoals het realiseren van duurzaam beleid en een infrastructuur om determinanten van gezondheid te verbeteren, en het aangaan van brede allianties ten behoeve van duurzame veranderingen (WHO, 2005). Beide handvesten hebben de ontwikkelingen op het gebied van gezondheidsbevordering in Nederland sterk beïnvloed.

Gezondheidsbevordering in Nederland

De organisatie van de publieke gezondheidszorg is in Nederland geregeld in de Wet publieke gezondheid (VWS, 2008) en valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In deze wet is geregeld dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor het bevorderen van de gezondheid van de bevolking. Zij moeten hiervoor iedere vier jaar een beleidsnota volksgezondheid schrijven. Daarnaast moeten zij zorgen voor het in stand houden van een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) die het grootste gedeelte van de wet uitvoert. De GGD volgt de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van de bevolking, signaleert gezond-

heidsbevorderende of -bedreigende factoren en draagt bij aan het opzetten van programma's om de gezondheid van de burgers te bevorderen. Om de gezondheid te bevorderen zien de GGD'en het als hun kerntaak om preventieprogramma's te implementeren in de lokale setting en om gemeenten te adviseren over het gezondheidsbeleid (Van Tankeren e.a., 2009). De keuze van programma's wordt in sterke mate bepaald door speerpunten van de beleidsnota's van gemeenten en bestaan grotendeels uit leefstijlinterventies ter vermindering van overgewicht, roken, depressie en alcoholgebruik (De Hollander & Bogers, 2009). Naast de gemeentelijke gezondheidsdiensten houdt het ministerie van VWS landelijke gezondheidsbevorderende instituten (GBI's) zoals Stivoro, het Voedingscentrum en het Trimbos-instituut in stand. Deze GBI's ontwikkelen nieuwe gezondheidsbevorderende programma's en/of ondersteunen lokale GGD'en of beleidsmakers bij het opzetten van programma's (De Hollander & Bogers, 2009). Daarnaast bestaan er onafhankelijke thema-instituten en/of patiëntenverenigingen die ook regelmatig programma's ontwikkelen en ondersteunen bij het opzetten ervan, zoals de Hartstichting, de Diabetesfederatie en KWF Kankerbestrijding. Gemeenten, GGD'en, GBI's en thema-instituten houden bij het ontwikkelen en implementeren van gezondheidsbevorderende interventies steeds vaker rekening met de context waarin de doelgroep zich begeeft, zoals een gemeente, wijk, school of werkomgeving. Bijvoorbeeld met behulp van de community werkwijze proberen zij specifieke doelgroepen beter te bereiken en proberen zij de effectiviteit van programma's te vergroten (Jansen e.a., 2002).

Community werkwijze

Principes van de community werkwijze

De community werkwijze is een uitwerking van de visie van het Ottawa Charter en later het Bangkok Charter, waarin het uitgangspunt is dat individuen en de gemeenschap als geheel versterkt worden, zodat zij beter in staat zijn om gezondheidsproblemen op te lossen. Het gaat dus om het individu in zijn directe omgeving. De term community kan enerzijds naar geografische grenzen verwijzen (zoals een gemeente, wijk of buurt) en anderzijds in niet-geografische zin, naar mensen die bepaalde normen en waarden delen, een zeker gemeenschapsgevoel of een bepaalde saamhorigheid ervaren. Het huidige project concentreerde zich op programma's in wijken. De community werkwijze is gestoeld op een aantal principes (Harting & Van Assema, 2007), waarvan er twee centraal staan in de wijkgerichte gezondheidsbevordering in Nederland: participatie en intersectorale samenwerking.

Participatie is een proces waarin de bewoners van de buurt of wijk betrokken zijn bij de besluitvorming over programma's die van invloed zijn op hun gezondheid en gezondheidsgedrag (Harting & Van Assema, 2007; Wandersman & Florin, 2000). Die betrokkenheid betreft de bepaling van gezondheidsproblemen, de ontwikkeling en implementatie van mogelijke oplossingen, het orga-

niseren van blijvende steun voor de gewenste verandering, en/of het evalueren van de effecten en het zo nodig bijstellen van het community project (Zakus & Lysack, 1998). Door die participatie wordt het gevoel van verantwoordelijkheid en zeggenschap door de bewoners vergroot, waardoor zij geneigd zijn om ook na afloop van de implementatieperiode de gezondheidsbevorderende initiatieven te blijven ondersteunen. Participatie is tevens een eerste stap in de richting van het vergroten van de individuele capaciteiten van de betrokkenen.

Intersectorale samenwerking is samenwerking tussen vertegenwoordigers van organisaties, groeperingen of achterbannen uit de gemeenschap met verschillende doelstellingen, maar die hun middelen samenbrengen, met als gemeenschappelijk doel gezondheidswinst te boeken op een wijze die efficiënter, effectiever en langduriger is dan wanneer de organisaties alleen zou werken (Butterfoss & Kegler, 2009; Harting & Van Assema, 2012; Koelen & Van den Ban, 2004; Nutbeam, 1998). Een vorm van intersectorale samenwerking die vaak wordt gekozen in wijkgerichte gezondheidsbevordering is een coalitie (Butterfoss & Kegler, 2009). Een coalitie heeft als doel om langdurig te blijven bestaan en diverse thema's en problemen aan te pakken. Deze coalitie werkt samen met de lokale overheid of zelfs in opdracht van de lokale overheid. Intersectorale samenwerking stimuleert uitwisseling van kennis en vaardigheden uit diverse sectoren. Het stelt iedere organisatie in staat om expertise, middelen en werkwijzen te bundelen, waardoor het kiezen en implementeren van interventies effectiever gaat. Bovendien ontstaat een breed draagvlak en daardoor meer invloed. Het kan mogelijkheden bieden voor het realiseren van structurele veranderingen, zoals in de fysieke en sociale omgeving, het beleid en de wet- en regelgeving.

De organisatiefasen van community werkwijze

In de community werkwijze worden een aantal fasen doorlopen die gebaseerd zijn op het community organisatie model van Bracht, Kingsbury en Rissel (1999). Deze fasen zijn (1) Community analyse; (2) Ontwerp en initiatie; (3) Implementatie; (4) Behoud en consolidatie; (5) Herorientatie. Bij de *community analyse* wordt in kaart gebracht hoe een wijk eruit ziet, welke (gezondheids)problemen er spelen en welke behoeften wijkbewoners hebben. Ook wordt in kaart gebracht hoe de sociale structuren zijn vormgegeven, welke bewoners en organisaties actief zijn en welke capaciteiten aanwezig zijn. In de *ontwerp- en initiatie fase* wordt kennis gemaakt met de leden van de community en organisaties door middel van gestructureerde kennismakingsgesprekken. Er worden samenwerkingsafspraken gemaakt met organisaties en coalities gevormd of er wordt aangesloten op bestaande samenwerkingsverbanden in de wijk. In samenwerking met de organisaties en bewoners worden in dit stadium de eerste activiteitenplannen gemaakt. In fase 3 (*implementatie*) worden de plannen uitgevoerd en interventies geïmplementeerd met de samenwerkende organisaties en met participatie van de doelgroep. De *behoud- en consolidatie fase* is gericht op het integreren van interventies in de bestaande com-

munity netwerken en het voortzetten van de samenwerkingsverbanden. In de *heroriëntatiefase* wordt geëvalueerd en teruggegrepen op de community analyse. Vervolgens worden de toekomstige richtingen bepaald. Het is een cyclisch proces, wat betekent dat het niet stopt na de heroriëntatiefase.

Wijkgerichte gezondheidsbevordering in Nederland

Gezondheidsbevordering in de setting wijk wordt in Nederland aangeduid met diverse begrippen, zoals *de wijkaanpak* (De Jong, 2010), het *community programma* (Linssen & Hesdahl, 2010), het wijkgezondheidswerk (Paes, 2007), en de integrale aanpak van *gezondheid in de wijk* (Storm e.a., 2007). Kenmerkend voor programma's die hiernaar refereren is dat zij zich richten op de setting wijk of buurt en dat zij werken volgens de hierboven beschreven community werkwijze. In dit proefschrift wordt gesproken over wijkgerichte gezondheidsbevordering en de programma's worden aangeduid als wijkgezondheidsprogramma's.

In een landelijke studie identificeerden Harting en van Assema (2007) in Nederland 22 programma's die werkten volgens de community werkwijze; de programma's hadden diverse schaalgrootten en waren in een vergevorderd stadium van ontwikkeling of reeds afgerond. In het huidige onderzoeksproject werden elf lopende programma's geïdentificeerd die zich specifiek richten op de setting wijk (hoofdstuk 4). Programma's in Heerlen, Den Bosch, Tilburg, Utrecht en Eindhoven komen terug in beide inventarisaties; daarmee kan gesteld worden dat dit de regio's zijn die al gedurende langere tijd structureel aan wijkgerichte gezondheidsbevordering werken. Dit wil niet zeggen dat er in de andere regio's niets gebeurt of gebeurd is. De afgelopen 10 jaar zijn er diverse ontwikkelingen geweest die juist de wijkgerichte aanpak van gezondheidsbevordering hebben bevorderd. Het krachtwijkenbeleid en programma's zoals Gezonde Slagkracht hebben ervoor gezorgd dat er juist veel aandacht is voor gezondheidsbevordering in de wijk (Kuijpers e.a., 2012; ZonMw, 2012).

Blijvende verandering

De organisatiefasen van wijkgerichte gezondheidsbevordering, maar ook de achterliggende theoretische principes zijn gericht op een "blijvende" verandering in het individu en in de gehele gemeenschap. Door middel van *participatie* wordt getracht de capaciteiten van de leden in de community te versterken, waardoor zij niet alleen ten tijde van het programma, maar ook in de toekomst een actieve rol kunnen vervullen bij het verbeteren van gezondheid. Bovendien wordt binnen wijkgerichte gezondheidsbevordering altijd een bepaalde organisatiestructuur opgebouwd waarin *intersectorale samenwerking* kan plaatsvinden. Deze organisatiestructuren worden idealiter ingebed in bestaande organisatiestructuren van de community, waardoor zij langdurig kunnen bestaan en niet uit elkaar vallen zodra het programma stopt.

Tabel 1: Doorlopen fasen community organisatie (Harting & Van Assema, 2007)

	Alkmaar	Amsterdam	Arnhem	Bergeyk	Den Bosch	Eindhoven	Heerlen	Maastricht	Roermond	Rotterdam F	Rotterdam NS	Rotterdam W	Tilburg	Utrecht K	Utrecht Z	ZO Drenthe	Totaal doorlopen (n=16)
Analyse																	16
Opzet & initiatie																	15
Implementatie																	11
Behoud & consolidatie																	0
Herorientatie																	0

Fase grotendeels (volgens plan) doorlopen

Fase gedeeltelijk doorlopen, maar niet afgerond

Tabel 1 presenteert een analyse naar de mate waarin Nederlandse wijkgezondheidsprogramma's de fasen van community organisatie doorlopen (Harting & Van Assema, 2007). Het illustreert dat het vaak niet lukt om alle fasen volledig te doorlopen. De programma's lijken goed in staat om fase 1 tot en met 3 te doorlopen, dus om een wijkanalyse te maken, samenwerking op te starten en interventies te organiseren en te implementeren. Met betrekking tot de laatste twee fasen, lijken zij er vaak in geslaagd om bepaalde programmacomponenten (interventies) te integreren in verschillende organisatie- en/of wijkstructuren, maar zijn ze er (nog) niet in geslaagd om de samenwerkingsstructuur te continueren nadat de projectfinanciering stopte.

Wijkgerichte gezondheidsbevordering in Oostelijk Zuid-Limburg

Naamgeving van de wijkgerichte gezondheidsbevordering in Oostelijk Zuid-Limburg

De wijkgerichte gezondheidsbevordering in Oostelijk Zuid-Limburg heeft door de jaren heen diverse namen gehad. In 2000 is gestart onder de noemer "Uw buurt gezond!". Na de bestuurlijke fusie van de drie Zuid-Limburgse GGD'en in 2006 is de naam veranderd in "Gezond Samen Leven", en in 2011 in de huidige naam "Kerngezond". Naast deze overkoepelende naam, hebben de afzonderlijke wijkprogramma's ook een eigen naam, zoals Gezond Eikenderveld en Netwerk Zorg & Gezondheid Molenberg, waardoor de eigenheid en identiteit van ieder wijkprogramma zichtbaar is. Vanwege deze naamwisselingen wordt in het huidige project steeds gesproken over de 'Zuid-Limburgse wijkgezondheidsprogramma's.

Figuur 1: Logo's wijkgerichte gezondheidsbevordering in Oostelijk Zuid-limburg

De Zuid-Limburgse wijkgezondheidsprogramma's

Vanaf 2000 zijn er geleidelijk programma's geïmplementeerd in drie wijken in Heerlen (2000 in Molenberg; 2002 in Eikenderveld en Nieuw-Lotbroek); de wijk Eygelshoven-Hopel in Kerkrade (2003) en Schaesberg Zuidoost in Landgraaf (2004) (Tabel 2). Deze wijken staan bij de gemeenten bekend als wijken met diverse achterstanden op het sociaaleconomische en gezondheidsvlak. De wijken bestaan uit 2500 tot 9000 inwoners, en zijn te karakteriseren als wijken met een saamhorigheidsgevoel en een georganiseerde wijkstructuur. De wijkgezondheidsprogramma's ontvingen tot 2007 ongeveer €80.000 per jaar; en daarna ongeveer €40.000. Deze halvering heeft plaatsgevonden omdat gemeenten minder middelen beschikbaar stelden omdat de programma's de opzetfase voorbij waren en dus met minder inspanning van de kartrekkende organisatie gecontinueerd zouden moeten kunnen worden. Veruit het grootste deel van dit budget gaat naar menskracht (fte) van de GGD en daarnaast is er per wijk een bescheiden werkbudget (€500 tot €1000) voor het organiseren van activiteiten, dat wordt aangevuld door eigen middelen van wijkraden en/of andere organisaties. De gemeente Kerkrade heeft in 2007 besloten, om na vier projectjaren, niet over te gaan tot continuering van het gezondheidsprogramma, vanwege de relatief grote financiële investering die zij anders wilden besteden. De gemeenten Heerlen en Landgraaf financieren de programma's in hun gemeenten tot op heden.

Tabel 2: De Zuid-Limburgse wijkgezondheidsprogramma's

Programma	1	2	3	4	5
Naam	Gezond Eikenderveld	Gezond Nieuw-Lotbroek	Netwerk Zorg & Gezondheid Molenberg	Gezond Schaesberg ZO	Gezond Eygelshoven-Hopel
Gemeente	Heerlen	Heerlen	Heerlen	Landgraaf	Kerkrade
Wijk	Eikenderveld	Nieuw-Lotbroek	Molenberg	Schaesberg Zuidoost	Eygelshoven-Hopel
Inwoners*	2.449	4.687	4.249	3.705	4.463
Duur	2002-heden	2002-heden	2000 - heden	2004-heden	2003-2006
Soort coalitie	Wijkcoalitie	Wijkcoalitie	Gezondheids-coalitie	Gezondheids-coalitie	Gezondheids-coalitie

* Bron: Parkstadmonitor (2008)

Doelstellingen van de wijkgezondheidsprogramma's

In de eerste programmaplannen werd een tweedeling gemaakt in korte termijn en lange termijn doelen. Op korte termijn (1-5 jaar) werd bij de samenwerkingspartners aandacht voor het programma, bewustwording van de eigen gezondheid, meer begrip van en kennis over gezondheidsbevordering, en een positieve houding ten opzichte van het programma, gezondheidsbevordering en de eigen rol met betrekking tot gezondheidsbevordering nagestreefd. Op de lange termijn (5-10 jaar) werd bij de wijkbewoners en de samenwerkingspartners intentie tot gezond gedrag, gezond gedrag en gedragsbehoud in een gezonde omgeving, nagestreefd (Meurs & Zimmermanns, 1999). De doelen waren destijds nog erg gericht op individuele gedragsverandering en vooral de lange termijn doelen waren niet uitgewerkt in concrete plannen. Vanaf 2006 heeft een transitie plaatsgevonden. Wijkgerichte gezondheidsbevordering wordt binnen de GGD Zuid Limburg nu niet meer puur gezien als een middel waarmee individuele gedragsverandering kan worden gerealiseerd. Het belangrijkste doel dat wordt nagestreefd is het introduceren van de community werkwijze en het inbedden van die werkwijze in bestaande organisatiestructuren. De wijkgezondheidsprogramma's worden gedefinieerd als "een intensieve werkwijze die bij voorkeur langlopend wordt ingezet. Het richt zich op een lokale setting, doelgroep of thematiek. Hiervoor wordt een intersectorale samenwerkingsstructuur opgebouwd en onderhouden" (GGD Zuid Limburg, 2008). De focus van de wijkgerichte gezondheidsbevordering verschuift hiermee naar de procesmatige kant van organisatieverandering. Hiermee worden ook de organisatiefasen van Bracht belangrijker. In de transitieperiode zijn de doelstellingen van het in dit proefschrift gepresenteerde onderzoek geformuleerd. Die zijn dan ook niet gericht op het meten van individuele gedragsverandering, maar gericht op de organisationele inbedding.

De kartrekkers van de wijkgezondheidsprogramma's

De gemeenten contracteren de GGD Zuid Limburg voor het organiseren van de wijkgerichte gezondheidsbevordering, en zijn daarmee formeel de opdrachtgever. Voor ieder programma heeft de GGD Zuid Limburg een of twee gezondheidsbevorderaars (GB'ers) aangesteld (0,76 FTE) om de rol van kartrekker (program leader) te vervullen. De kartrekkers zijn verantwoordelijk voor het realiseren van de beoogde doelstellingen zoals hierboven beschreven. Hun taak ligt enerzijds op het operationele vlak; zij moeten een wijkgericht intersectorale samenwerkingsstructuur opzetten en onderhouden, samen met bewoners en uitvoerenden van organisaties uit de wijk. Zij moeten ervoor zorgen dat de belangrijkste gezondheidsproblemen gezamenlijk worden gedefinieerd op basis van epidemiologische data en op basis van de behoeften in de wijk. Daarnaast zijn zij verantwoordelijk voor het opzetten en organiseren van gezondheidsbevorderende interventies. Anderzijds worden zij geacht het programma op strategisch en bestuurlijk niveau te bepleiten. Zij zijn verantwoordelijk voor het informeren van het management en de directie van de eigen organisatie, de samenwerkende organisaties en de opdrachtgever (de gemeente). Zij moeten de grote lijn monitoren, rapporteren over behaalde doelstellingen en communiceren met de opdrachtgever. Vanwege de diverse competenties die vereist zijn voor deze taken, werken de GB'ers vaak in teams: een GB'er met een wetenschappelijke achtergrond die zorgdraagt voor werkzaamheden op het strategische en bestuurlijke vlak; en een GB'er met een HBO achtergrond die verantwoordelijk is voor de uitvoering van het programma in de wijk. Vanaf 2007 is het aantal uren kartrekkerschap per programma gehalveerd, gebaseerd op het idee dat de samenwerkende partijen van goedlopende programma's gedurende de tijd steeds meer taken en verantwoordelijkheden over kunnen nemen van de kartrekkers.

De samenwerkingstructuur binnen de wijkgezondheidsprogramma's

De basis van alle werkzaamheden binnen de wijkgezondheidsprogramma's ligt in het samenbrengen van partners om gezamenlijk gezondheidsproblemen op wijkniveau aan te pakken. Deze partners vertegenwoordigen verschillende groepen/disciplines uit de wijk: leden van de community (zoals vrijwilligers van buurtorganisaties, (sport)verenigingen, winkeliers), professionele organisaties (zoals thuiszorg, huisarts, politie, woningstichting, basisschool, peuterspeelzaal) en lokale overheid (zoals beleidsmedewerker welzijn, buurtcontactambtenaar, wijkwethouder). Om samenwerking te realiseren wordt er binnen de Zuid-Limburgse programma's in iedere wijk gewerkt aan een breed samenwerkingsnetwerk, met daarbinnen één of meerdere coalities. Een coalitie bestaat uit partners die zich 'actief' inzetten voor het gemeenschappelijk doel. Een samenwerkingsnetwerk is breder, het omvat ook inactieve partners die wellicht alleen op de hoogte gehouden worden en, indien gewenst, op te roepen zijn voor actieve deelname in een coalitie.

In een wijk is vaak al een bestaande wijkstructuur waarin de bewoners zichzelf formeel organiseren, bijvoorbeeld een bewonersraad of buurtbeheer. Deze wijkstructuur kan dienen als klankbordgroep voor gemeentelijk beleid dat betrekking heeft op de buurt of is primair bedoeld voor het organiseren van buurt evenementen en/of wijkfeesten. De gezondheidsprogramma's proberen zoveel mogelijk aan te sluiten bij dit soort bestaande structuren en te werken richting verankering in de bestaande wijkstructuren (Harting & Van Assema, 2007). De kartrekkers van de gezondheidsprogramma's hebben geconstateerd dat er grofweg twee soorten coalities kunnen worden onderscheiden waarin de gezondheidsdoelen van het programma kunnen worden nagestreefd: *gezondheidscoalities* en *wijkcoalities*. In de vijf Zuid Limburgse programmawijken zijn er drie gezondheidscoalities geïdentificeerd en twee wijkcoalities (tabel 2).

In de Heerlense wijk Molenberg is bijvoorbeeld een speciale *gezondheidscoalitie* opgericht, genaamd "Netwerk Zorg & Gezondheid" (Figuur 2). In deze coalitie wordt gezondheidbevordering nagestreefd. In deze gezondheidscoalitie participeren vooral gezondheidsprofessionals en incidenteel ook bewoners. De voorzitter van dit netwerk is de kartrekker van het gezondheidsprogramma in deze wijk. De coalitie is tevens onderdeel van de wijkstructuur, waar verschillende themagerichte netwerken opereren (zoals het netwerk leefbaarheid en veiligheid en het netwerk onderwijs en opvoeding).

Figuur 2: Wijkstructuur met gezondheidscoalitie in Heerlense wijk Molenberg

In de Heerlense wijk Eikenderveld is de bestaande wijkstructuur niet vormgegeven volgens inhoudelijke thema's, maar gericht op doelgroepen (bijvoorbeeld ouderen of jeugd) (Figuur 3). In deze wijkstructuur is het niet vanzelfsprekend en niet gewenst om een aparte coalitie gericht op gezondheid te formeren, maar is het programma ondergebracht bij de reeds bestaande coalities. Dit wordt een *wijkcoalitie* genoemd. Hierdoor is het programma meer versnipperd, maar sluit het beter aan bij de bestaande structuren in de wijk. De coalities worden vaak gebruikt voor probleemdefinitie en interventiekeuze. Voor het organiseren en implementeren van afzonderlijke interventies worden meestal nieuwe werkgroepen geformeerd. Deze werkgroepen kunnen bestaan

uit (een gedeelte van) de partners van de coalitie en indien nodig worden deze uitgebreid met nieuwe deelnemers. Zo worden bijvoorbeeld voor het organiseren van een voedingsactiviteit op een basisschool diëtisten van de thuiszorg tijdelijk betrokken, terwijl zij geen vaste deelnemers zijn in de wijkgezondheidscoalitie.

Figuur 3: Wijkstructuur met wijkcoalitie in Heerlense wijk Eikenderveld

Gezondheidsbevorderende interventies

In ieder programma worden jaarlijks thema's vastgesteld op basis van epidemiologische data en draagvlak in de wijk. Sommige thema's worden bottom-up aangedragen door de wijkbewoners, anderen worden meer top-down aangereikt. Dit resulteert in een jaarplan waarin staat beschreven welke activiteiten zullen plaatsvinden, wat ieders tijdsinvestering wordt en wie welke financiële middelen inbrengt. Bij aanvang van dit onderzoeksproject waren 80% van de interventies gericht op voeding en bewegen, hoofdzakelijk met als doel het verminderen van hart- en vaatziekten en het verbeteren van sociaal en mentaal welbevinden. Sommige interventies richten zich op individuele determinanten van gedrag zoals attitudes en vaardigheden, zoals kookcursussen voor volwassenen, leefstijlinterventies op basisscholen en depressiepreventiecursussen. Andere richten zich op omgevingsdeterminanten van gedrag, zoals voorzieningen en regelgeving. Het realiseren van bewegingsvoorzieningen, aanpassingen in het trakteeerbeleid en verbeteringen van het binnenmilieu van scholen zijn hier voorbeelden van.

Behoud en consolidatiefase - hoe nu verder?

Vijf jaar na de start van de eerste programma's toonde een evaluatie aan dat de beoogde korte termijn doelen behaald zijn. In de wijken is een stabiele samenwerkingsstructuur en samenwerkingspartners hebben een positieve houding ten aanzien van gezondheid, zijn zich bewust van het belang van gezondheid en wat hun rol is in het bevorderen van de gezondheid. Daarmee is er een goede fundering gelegd. Geconstateerd werd echter ook dat voor verankering en inbedding meer nodig is (Verdonk et al., 2005). Er is een transitie nodig waarin de aandacht verschuift van het creëren van draagvlak, het opzetten van samenwerking en het organiseren

van gedragsveranderende interventies, naar een organisatievraagstuk over de verankering van de wijkgerichte methode. Duidelijk wordt dat er binnen de GGD, bij gemeenten en bij samenwerkingspartners veel verschillende denkbeelden bestaan over wat deze volgende fase precies zou moeten inhouden en wat er voor nodig is om het te realiseren. Sommigen zijn van mening dat er ander-soortige, duurzamere, interventies georganiseerd dienen te worden, zoals beleidsaanpassingen of aanpassingen in de fysieke omgeving. Vooral de financiers bepleiten dat het tijd wordt dat samenwerkingspartners onderdelen van de programma's gaan overnemen, zodat de kartrekkers van de GGD zich kunnen terugtrekken.

De (inter)nationale literatuur laat zien dat niet alleen de Zuid-Limburgse programma's worstelen met deze fase van behoud en consolidatie. De worsteling blijkt alleen al uit de grote verscheidenheid aan Engelse en Nederlandse termen die in omloop zijn, zoals *sustainability*, *institutionalization*, *continuation*, *maintenance*, *incorporation*, *integration*, *community ownership*, en *capacity building*, verankering, (structurele) inbedding, continuïteit, behoud, duurzaamheid, bestendiging, consolidatie, borging en overdracht. Bovendien bestaan er veel verschillende ideeën over hoe duurzaamheid gerealiseerd kan worden. Sommigen zien de oplossing in structurele financiering (De Jong, 2010; Linssen & Hesdahl, 2010; Petra, 2010; Ruland, 2008; Aalders e.a., 2010), anderen proberen activiteiten in te bedden in bestaande werkprocessen en/of beleid (Hoeijmakers, 2005; Petra, 2010; Steenbakkers e.a., 2005; Ten Dam, 2010), weer anderen proberen de samenwerking op zichzelf als geheel te veranderen in een formele organisatie (De Vries, 2005; Plochg e.a., 2006), er wordt ook getracht blijvende aanpassingen in de fysieke omgeving te realiseren (Linger e.a., 2010; Mulder & Wagemakers, 2010); en sommigen proberen de capaciteiten van de doelgroep dusdanig te versterken dat zij zelf in staat zullen zijn om toekomstige (gezondheids)problemen aan te pakken (Koot e.a., 2010; Saan & De Haes, 2005; Schmidt e.a., 2009; Wagemakers e.a., 2007).

In de internationale literatuur is *sustainability* de laatste jaren een veel gebruikt begrip als het gaat om de verankering van gezondheidsbevordering. In Nederland lijkt dit het best benaderd te worden met het begrip *duurzaamheid* dat, net zoals *sustainability* in het Engels, een multi-dimensioneel karakter heeft.

Factoren die duurzaamheid beïnvloeden: conceptueel model

Omdat het onderzoek beoogde inzicht te krijgen in de factoren die de duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsprogramma's beïnvloeden, is een conceptueel model ontwikkeld. Hiervoor werd gebruik gemaakt van beschikbare empirische en theoretische inzichten. Het model bestaat uit drie lagen (context, coalitie en programma) die ieder verschillende categorieën factoren bevatten (zie figuur 4). De contextlaag bestaat uit 1) factoren die te maken hebben met de brede fysieke, politieke, economische en sociale context; en 2) kenmerken van de kartrekkende organisatie van het programma. In de samenwerkingslaag zijn geplaatst: 3) factoren die gerelateerd zijn aan leiderschap; 4) kenmerken van de samenwerking; en 5) aspecten die te maken hebben met de samenwerkingspartners. De programmalaag bestaat uit factoren die te maken hebben met 6) de interventies en 7) met de uitkomsten.

Figuur 4 Conceptueel model met factoren voor duurzaamheid

Hoofdstuk 2 beschrijft hoe het model tot stand is gekomen en geeft een overzicht van de inhoud van de zeven categorieën van factoren. In hoofdstuk 3 en 4 is het model gebruikt om de empirische data te ordenen. In hoofdstuk 6 (de discussie) worden de belangrijkste bevindingen uit de deelstudies verwerkt in het model en wordt de indeling gebruikt om de aanbevelingen te presenteren.

Dit onderzoeksproject

Dit project is voortgekomen uit een probleem uit de dagelijkse praktijk van gezondheidsbevordering en is gericht op de vraagstelling “hoe kunnen wijkgerichte gezondheidsprogramma’s in Zuid-Limburg duurzaamheid realiseren?”. Om deze vraagstelling te beantwoorden wordt in dit onderzoeksproject getracht om meer inzicht te krijgen in wat er onder duurzaamheid verstaan wordt binnen de wijkgerichte gezondheidsbevordering en welke factoren van invloed zijn op de duurzaamheid van de wijkgerichte gezondheidsbevordering in Zuid-Limburg.

Het onderzoek is uitgevoerd vanuit de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg waarin achttien Zuid-Limburgse gemeenten, de GGD Zuid Limburg, het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ samenwerken. De Academische Werkplaats streeft ernaar om onderzoek en praktijk dicht bij elkaar te brengen, wat moet leiden tot onderzoek dat relevant is voor de praktijk en tot meer *evidence-based* werken in de praktijk (RGO, 2003; ZonMw, 2005). Voor het huidige onderzoek betekende het dat er ten aanzien van de opzet en uitvoering van dit onderzoek een aantal keuzen zijn gemaakt die ervoor zorgen dat er naast het wetenschappelijke doel, ook een praktisch doel gerealiseerd wordt: het ondersteunen van GGD-professionals bij het oplossen van het dilemma waarmee zij in de dagelijkse praktijk geconfronteerd worden. Zo zijn bijvoorbeeld onderzoeksmethoden gekozen die rekening houden met de dagelijkse uitvoering van lopende programma's zonder deze te remmen en zijn de GGD-medewerkers en de samenwerkingspartners gestimuleerd om kritisch te reflecteren op hun eigen werk en verbeteringen aan te brengen. Daarnaast zijn de resultaten van dit onderzoek zoveel en zo snel mogelijk besproken en vertaald zodat concrete verbeteringen van de wijkgerichte gezondheidsbevordering van de GGD Zuid Limburg mogelijk werden gemaakt. Ten slotte heeft het feit dat dit onderzoek plaatsvond binnen de Academische Werkplaats geleid tot een tweetalig proefschrift. Er is bij de rapportage rekening gehouden met het beoogde publiek. In de dagelijkse praktijk van gezondheidsbevordering wordt gecommuniceerd in het Nederlands en wordt gebruik gemaakt van vooral de Nederlandse vakliteratuur. In het internationale wetenschappelijke onderzoek is Engels de voertaal.

Opbouw van dit proefschrift

Hoofdstuk 2 presenteert een overzicht van wat er in de internationaal wetenschappelijke literatuur staat geschreven over duurzaamheid met betrekking tot wijkgerichte gezondheidsbevordering. Er wordt een betekenis voor het concept duurzaamheid gepresenteerd die geschikt lijkt voor de Nederlandse situatie. Daarnaast wordt een beschrijving gegeven van factoren die volgens de literatuur mogelijk van invloed zijn op de duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsbevordering, en op welke wijze die factoren wellicht een rol zouden kunnen spelen bij Nederlandse wijkgezondheidsprogramma's.

In een kwalitatieve studie is vervolgens met behulp van diepte-interviews onderzocht hoe 31 samenwerkingspartners van de vijf wijkgezondheidsprogramma's in Zuid-Limburg aankijken tegen duurzaamheid en welke beïnvloedende factoren zij identificeren. De geïnterviewden zijn GGD-medewerkers, gemeenteambtenaren, welzijnswerkers, andere professionals en vrijwilligers. De gegevens zijn geanalyseerd met behulp van het conceptueel model. De resultaten van dit onderzoek staan beschreven in **hoofdstuk 3**.

Op basis van de resultaten van de literatuurstudie en de kwalitatieve studie is een lijst van 36 factoren opgesteld die van belang werden gevonden voor het verduurzamen van de Zuid-Limburgse wijkgezondheidsprogramma's. Met behulp van een schriftelijke vragenlijst is getoetst welke zaken het belangrijkste worden gevonden door 202 samenwerkingspartners van de Zuid-Limburgse en zeven vergelijkbare andere wijkgezondheidsprogramma's in Nederland. Tevens is aan de partners gevraagd of zij van mening zijn dat de belangrijkste gevonden factoren al gerealiseerd zijn in het programma waar zij bij betrokken zijn. De resultaten van deze studie worden gepresenteerd in **hoofdstuk 4**.

Gaandeweg het onderzoek kwamen er steeds meer aanwijzingen dat de kartrekkers van wijkgezondheidsprogramma's een belangrijke functie hebben in het beïnvloeden van duurzaamheid. Met gebruik van de data van de 31 diepte-interviews onder de Zuid-Limburgse samenwerkingspartners is onderzocht wat de rol van de kartrekker tot op heden precies is geweest en hoe dit beter zou kunnen in relatie tot het verduurzamen van de Zuid-Limburgse wijkgezondheidsprogramma's. De resultaten van deze studie staan beschreven in **hoofdstuk 5**.

Dit proefschrift eindigt met een discussie van de belangrijkste bevindingen per categorie van het conceptueel model van dit onderzoeksproject. In dit hoofdstuk wordt een kritische reflectie gegeven op het uitgevoerde onderzoek. Er worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor verder onderzoek en het hoofdstuk sluit af met een eindconclusie.

Literatuur

- Aalders, M., Overgoor, L. & Reitsema, S. (2010) BIG!MOVE verankerd. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 219-221.
- Brakel, v. d. M. & Knoops, K. (2010) Gezonde levensverwachting korter bij lage inkomens. *Bevolkingstrends. Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland.*, 58, 29-35.
- Butterfoss, F. D. & Kegler, M. C. (2009) The community coalition action theory. In DiClemente, R. J., Crosby, R. A. & Kegler, M. C. (Eds.) *Emerging theories in health promotion practice and research*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- De Hollander, E. & Bogers, R. (2009) Leefstijlinterventies in Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
- De Jong, M. (2010) Zwolle + de jeugd; Samen Gezond. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 211-213.
- De Vries, M. (2005) *Evaluatie Zuidoost Drenthe HARTstikke Goed! Mogelijkheden van community-based preventie van hart- en vaatziekten in Nederland*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- GGDZuidLimburg (2008) *Productencatalogus GGD Zuid Limburg 2008*. Productbeschrijving Gezond Samen Leven (plus). Geleen: GGD Zuid Limburg.
- Harting, J. & Van Assema, P. (2007) *Community-projecten in Nederland. De eeuwige belofte?* Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- Harting, J. & Van Assema, P. (2012) De communitybenadering in de gezondheidsbevordering. (Hoofdstuk 8) In Brug, J., Van Assema, P. & Lechner, L. (Eds.) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Een planmatige aanpak. Assen/Heerlen: Van Gorcum
- Hertog, F. J. R. (2010) *Levensverwachting in goede ervaren gezondheid 2005-2008*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Hoeijmakers, M. (2005) *Local health policy development process. Health promotion and network perspectives on local health policy-making in the Netherlands*. Maastricht: Maastricht University.
- Hoeymans, N., Melse, J. M. & Schoemaker, C. G. (2010) *Gezondheid en determinanten*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Jansen, J., Schuit, A. J. & Van der Lucht, F. (2002) *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Koelen, M. A. & Van den Ban, A. W. (2004) *Health education and health promotion*. Wageningen: Academic Publishers.

- Koot, J., Van der Zanden, G., Pos, S. & Jansen, J. (2010) Doordringen in de haarvaten van de samenleving. De visie van het NIGZ op gezondheidsbevordering. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 245-246.
- Kuijpers, L., Van Iersel, A., Yeh, A., Schild, F., Timmerman, H. & Arkema, E. (2012) *Gezonde Wijk in Praktijk. Successen, lessen en tips van de experimenten Gezonde wijk binnen de wijkenaanpak*. Experiment Gezonde Wijk. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Lamberts, P. G. H., Steenbakkers, M., Thijssen, N. H. B., Backus-Mujacovic, S., De Vreede, J. J. M., Hajema, K. J. & Poos, M. J. J. C. (2010) *Een gezonde kijk op Zuid-Limburg*. Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Gelezen: GGD Zuid Limburg.
- Linger, R. J., Bakker, I., Bosscher, R. & Ten Dam, J. (2010) *De invloed van de fysieke omgeving op lichamelijke activiteit: Beleid voor beweegvriendelijke wijken*. Zwolle: Windesheim.
- Linssen, E. & Hesdahl, B. (2010) Gezond Samen Leven (community programma) in Oostelijk Zuid-Limburg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 213-215.
- Maas, J., Verheij, R. A., de Vries, S., Spreeuwenberg, P., Schellevis, F. G. & Groenewegen, P. P. (2009) Morbidity is related to a green living environment. *Journal of Epidemiological Community Health*, 967-973.
- Meurs, N. & Zimmermanns, N. (1999) *Projectbeschrijving Lokaal gezondheidsbeleid (wijkgericht werken)*. Heerlen: GGD Oostelijk Zuid-Limburg.
- Mulder, E. & Wagemakers, A. (2010) De Wijk: een bron van energie. De sociale en fysieke omgeving in interventies ter preventie van overgewicht. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 108-111.
- Nutbeam, D. (1998) Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 349-364.
- Paes, M. (2007) *Wijkgezondheidswerk. Een studie naar 25 jaar wijkgericht werken aan gezondheid in Den Bosch-Oost*. 's-Hertogenbosch: Universiteit van Amsterdam.
- ParkstadMonitor (2008) www.parkstadmonitor.nl. Parkstad Limburg.
- Petra, S. (2010) Samenwerken loont - De Gezonde Regio maakt werk van gezondheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 215-217.
- Ploch, T., Delnoij, D. M., Hoogedoorn, N. P. & Klazinga, N. S. (2006) Collaborating while competing? The sustainability of community-based integrated care initiatives through a health partnership. *BMC Health Services Research*, 6, 37.
- RGO (2003) *Advies kennisinfrastructuur Public Health: kennisverwerving en toepassing*. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek.
- Ruland, E. C. (2008) *Bestuurlijke verankering van innovaties in de openbare gezondheidszorg. Lessen uit de casus Hartslag Limburg*. Maastricht: Maastricht University.

- Saan, H. & De Haes, W. (2005) *Gezond Effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ).
- Schmidt, M., Ploch, T., Harting, J., Klazinga, N. S. & Stronks, K. (2009) Micro grants as a stimulus for community action in residential health programmes: a case study. *Health Promotion International*, 24, 234-42.
- Smits, J., Keij, I. & Westert, G. (2001) Effecten van sociaal-economische status van kleine, middelgrote en grote geografische eenheden op sterfte. *CBS Maandstatistiek van de bevolking 2001*, 4-10.
- Steenbakkers, M., Bastiaens, C., Leurs, M., Ruland, E. & Jansen, M. (2005) Vijf jaar community-based werken in Hartslag Limburg (1998-2003). Ervaringen uit de praktijk. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 83, 108-112.
- Storm, I., Van Zoest, F. & Den Broeder, L. (2007) *Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- Ten Dam, J. (2010) Gezond Beleid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 228-231.
- Van der Lucht, F. & Verkleij, H. (2002) *Gezondheid in grote steden. Achterstanden en kansen*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Van Tankeren, N., Kok, M. & Blokdijk, L. (2009) *Samenwerking GGD'en en thema-instituten rond leefstijlinterventies: verkenning van GGD perspectief*. In Leven, R. C. G. (Ed.) *Leefstijlinterventies in Nederland*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Verdonk, I., Rokers, P., Koster, N. & Baert, T. (2005) *Evaluatieverslag vijf jaar wijkgerichte gezondheidsbevordering in Molenberg (Heerlen)*. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie.
- VWS (2008) *Dossier Bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid. Wet publieke gezondheid. Toelichting VWS bespreking Wpg Eerste Kamer met vragen en antwoorden*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Wagemakers, A., Vaandrager, L., Koelen, M., Dijkema, P. & Corstjens, R. (2007) *Sociaal draagvlak. Verslag van de uitwerking van 'sociaal draagvlak' voor het pilotproject Referentiekader Gezondheidsbevordering*. Wageningen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Wandersman, A. & Florin, P. (2000) Citizen participation and community organizations. In Rappaport, J. & Seidman, E. (Eds.) *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- WHO (1986, 17-21 November) *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Paper presented at: First International Conference on Health Promotion. Ottawa: WHO.

- WHO (2005) *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Paper presented at: 6th Global Conference on Health Promotion. Bangkok: WHO.
- Zakus, J. D. L. & Lysack, C. L. (1998) Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*, 13, 1-12.
- ZonMw (2005) *Programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid 2005-2008. Aan tafel!* Den Haag: ZonMw.
- ZonMw (2012) <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/gezonde-slagkracht/>. Den Haag: ZonMw.

Hoofdstuk 2

Duurzame wijkgerichte gezondheidsbevordering:
wat is het en welke factoren spelen een rol?

Gepubliceerd als:

Vermeer, A.J.M., Van Assema, P., Jansen, M.W.J., Hesdahl, B., De Vries, N.K.

Duurzame wijkgerichte gezondheidsbevordering: wat is het en welke factoren spelen een rol?

TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2012; 90 (2): 97-104.

Samenvatting

In Nederland blijft wijkgerichte gezondheidsbevordering nog vooral projectmatig van insteek, terwijl duurzame programma's de voorkeur verdienen. Het doel van dit artikel is om meer helderheid te geven over het begrip duurzaamheid en om inzicht te geven in factoren die van invloed zijn op duurzaamheid. In de internationale en nationale literatuur is er gezocht naar wat er bekend is over duurzaamheid. Het gedachtegoed van Shediak-Rizkallah en Bone lijkt ook voor de Nederlandse situatie een bruikbaar kader met drie betekenisdimensies voor duurzaamheid: blijvende gezondheidseffecten, inbedden van programmaonderdelen in bestaande organisaties, en het versterken van de community capaciteit. Daarnaast vonden wij zeven categorieën van factoren die duurzaamheid kunnen beïnvloeden: context, kartrekkende organisatie, leiderschap, samenwerking, samenwerkingspartners, interventies en uitkomsten. Omdat er in Nederland weinig bekend is over de invloed van de verschillende factoren op duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsbevordering, is per categorie factoren een reflectie gegeven op de Nederlandse situatie. Ondanks de onderlinge overlap van de duurzaamheidsdimensies en factoren komen we tot een globale inschatting van de factoren die mogelijk invloed hebben op iedere afzonderlijke duurzaamheidsdimensie.

Inleiding

In Nederland zijn, sinds de ondertekening van de Ottawa Charter in 1986, diverse wijkgezondheidsprogramma's opgezet volgens het community principe, vaak met als doel de sociaal economische gezondheidsverschillen te verminderen. Kenmerkend voor deze programma's is een systeembenadering waarbij de doelgroep niet los van haar fysieke en sociale omgeving wordt gezien. Onder leiding van een kartrekker bundelen organisaties uit verschillende sectoren de krachten met wijkbewoners om gezondheidsproblemen aan te pakken (Butterfoss & Kegler, 2002).

Voor de organisatie van dit soort programma's wordt een planmatige aanpak bepleit, waarbij plannings- en organisatie modellen zoals die van Bracht, Kingsbury & Rissel en Bartholomew (1999; Bartholomew e.a., 2006) worden gebruikt om stapsgewijs te komen tot een succesvolle implementatie van een stabiele organisatiestructuur en een effectief programma. In dergelijke planningsmodellen is meestal een fase van verankering of structurele inbedding opgenomen. Uit een analyse van Nederlandse community gezondheidsprojecten blijkt dat het in veel gevallen wel lukt om een interventie en/of een samenwerkingsverband in de community te implementeren, maar dat blijvende inbedding vaak maar voor een enkel onderdeel lukt (Harting & Van Assema, 2007). Wijkgerichte gezondheidsbevordering blijft hierdoor vooral projectmatig van insteek, met een begin en een einde, terwijl duurzame programma's de voorkeur verdienen. Duurzaamheid volgt niet automatisch op een succesvolle implementatie van programma's (Pluye e.a., 2004a; Swerissen & Crisp, 2004), maar moet vanaf de start van het project planmatig aangepakt worden. Ook moet helder zijn welke duurzame verandering men precies nastreeft (Swerissen & Crisp, 2004).

Voor duurzaamheid zijn veel termen en begrippen in omloop. In de internationale literatuur wordt bijvoorbeeld gesproken over *sustainability*, *institutionalization*, *continuation*, *maintenance*, *incorporation*, *integration*, *community ownership*, en *capacity building*. In Nederland wordt gesproken over het realiseren van structurele financiering (Ruland, 2008; De Jong, 2010; Linssen & Hesdahl, 2010; Petra, 2010), het inbedden van activiteiten in bestaande werkprocessen en/of beleid (Hoeijmakers, 2005; Petra, 2010; Ten Dam, 2010; Steenbakkers e.a., 2005), het verankeren van de intersectorale samenwerking (De Vries, 2005; Plochg e.a., 2006), het realiseren van blijvende veranderingen in de fysieke omgeving (Mulder & Wagemakers, 2010; Linger e.a., 2010), en het realiseren van *empowerment* en zelfmanagement (Saan & De Haes, 2005; Schmidt e.a., 2009; Wagemakers e.a., 2007b; Koot e.a., 2010). Recentelijk is hieraan een meer algemene betekenis toegevoegd. Zo spreken Saan en collega's (Saan e.a., 2010) over "gezondheid duurzaam bevorderen", waarbij de krachten die gezondheid bevorderen versterkt moeten worden in plaats van de nadruk te leggen op determinanten van ziekten. Zij duiden hierin de kenmerken collectief, sociaal, omgevingsgericht, beleidsbeïnvloeding, werken met, complexiteit, capaciteit, context, lange termijn en duurzaam programma (in plaats van individueel, medisch, leefstijl, voorlichten,

werken voor, eenvoud, ambitie, actie, korte termijn en eindig project). Koot en collega's (2010) pleiten voor een "duurzame gezondheidszorg" in de wijk en leggen het accent op verduurzaming van projecten (van interventies naar beleid), een gezonde fysieke omgeving, een verbinding met de eerstelijns en het bevorderen van zelfmanagement.

Bovenstaande laat zien dat duurzaamheid een actueel begrip is binnen de Nederlandse gezondheidsbevordering, maar ook dat iedereen er zijn eigen betekenis aan geeft. Dit was voor ons reden om te inventariseren of de internationale literatuur ons kan helpen bij het verhelderen van het begrip en om te bepalen wat er precies nodig is om het te realiseren, toegespitst op de wijkgerichte gezondheidsbevordering.

In dit artikel willen wij: 1) duidelijk maken wat onder duurzaamheid verstaan kan worden binnen de wijkgerichte gezondheidsbevordering; 2) beschrijven welke factoren hierop van invloed kunnen zijn en 3) aangeven wat er bekend is vanuit de Nederlandse situatie.

Methode

Voor het zoeken naar bruikbare literatuur zijn vier zoekstrategieën gecombineerd: 1) in Pubmed is gezocht naar reviews met behulp van de zoektermen *sustainability*, *continuation*, *institutionalization*, *routinization*, en *maintenance*, in combinatie met *health promotion*, *community (health) program*, en *community-based*; 2) via de literatuurlijsten van een aantal frequent geciteerde artikelen is gezocht naar publicaties over hetzelfde thema; 3) in handboeken over gezondheidsbevordering is gezocht naar organisatie- en planningsmodellen voor de implementatie van community programma's die een fase van verankering omvatten; 4) op websites van gezondheidsbevorderende organisaties, in het Tijdschrift Gezondheidsbevordering en via de Koninklijke Nederlandse Academie voor Wetenschappen is gezocht naar Nederlandse wetenschappelijke publicaties over de eerder genoemde begrippen en (praktijk)beschrijvingen van community projecten.

Artikelen werden geïnccludeerd op basis van een inschatting over de bruikbaarheid ervan voor de Nederlandse situatie. Uiteindelijk zijn voor het huidige artikel acht internationale reviews (Scheirer, 2005; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998; Zakocs & Edwards, 2006; Zakus & Lysack, 1998; St Leger, 2005; Swerissen & Crisp, 2004; Roussos & Fawcett, 2000; Pluye e.a., 2004a), drie planningsmodellen voor community organisatie en coalitievorming (Bracht e.a., 1999; Butterfoss & Kegler, 2002; Green & Kreuter, 2005), en 24 wetenschappelijke publicaties en (praktijk)beschrijvingen van Nederlandse communitygerichte gezondheidsbevordering (Harting & Van Assema, 2007; Harting & van Assema, 2010; Harting e.a., 2007; Linssen & Hesdahl, 2010; Plochg e.a., 2006; Ruland, 2008; Ruland e.a., 2002; Ruland e.a., 2003; Saan & De Haes, 2005; Saan e.a., 2010; Aalders e.a., 2010; Boot e.a., 2010; De Hoop, 2010; De Jong, 2010; Fleuren e.a., 2004; Koot e.a., 2010; Leurs e.a., 2008; Mulder & Wagemakers, 2010; Ten Dam, 2010; Schmidt e.a., 2009; Jansen e.a., 2008; Ronda e.a., 2004; De Vries, 2005; Hoeijmakers, 2005) gebruikt.

Het begrip duurzaamheid

Sustainability is de laatste jaren het meest gebruikte begrip in de internationale literatuur om verankering te duiden. In Nederland wordt dit concept het best benaderd door het begrip duurzaamheid dat, net zoals het Engelse *sustainability*, meerdere betekenissen heeft. Wij vonden een aantal artikelen die een beschrijving van het concept *sustainability* gaven. Sommige gaven een relatief smalle benadering van het begrip, zoals Pluye en collega's (Pluye e.a., 2004a) die duurzaamheid definieerden als het verankeren van organisatieaspecten van programma's. Anderen bleven erg gericht op de duurzaamheid van gezondheidsbevordering in het algemeen zoals Swerissen & Crisp (Swerissen & Crisp, 2004). Shediach-Rizkallah en Bone (1998) presenteerden een model waarin meerdere benaderingen plaats krijgen en dat bovendien specifiek gericht is op community programma's. Dit denkkader wordt veel gebruikt in internationale studies (Scheirer, 2005), en lijkt ook geschikt voor de Nederlandse situatie, omdat veel van de aspecten van duurzaamheid die in de inleiding genoemd zijn erin terugkomen. Zij onderscheidden drie betekenisdimensies voor *sustainability*:

1. **Blijvende/langdurige gezondheidseffecten** (Maintaining health benefits): deze dimensie kent zijn oorsprong in de publieke gezondheidszorg en de aandacht voor de lange termijn effecten van gezondheidsbevorderende programma's op de gezondheid, het gedrag en de leefomgeving van mensen.
2. **Verankeren van programmaonderdelen in een organisatiestructuur** (Routinization and institutionalization): deze dimensie komt uit de organisatiewetenschappen, waar men ervan uitgaat dat een nieuw programma uiteindelijk opgaat in bestaande organisaties. Vanuit dit perspectief kan de samenwerkingsstructuur van de wijkgerichte gezondheidsbevordering ook gezien worden als organisatie, mits het voldoende organisatiekenmerken heeft om zaken daadwerkelijk te verankeren in procedures en routines (Pluye e.a., 2004a). Onder verankering in organisatiestructuren wordt ook de mate waarin maatregelen zijn opgenomen in (nationale) standaarden, wetgeving en beleid verstaan (Pluye e.a., 2004a; Swerissen & Crisp, 2004).
3. **Het versterken van de community capaciteit** (Community capacity attributes): deze dimensie komt voort uit het domein van gezondheidsbevordering, met de visie dat gedragsverandering het best gerealiseerd kan worden met interventies die ingrijpen op de community als geheel. Continuïteit wordt gerealiseerd door de vaardigheden van bewoners en samenwerkingspartners in een community dusdanig te versterken dat zij zelf in staat zijn om (gezondheids) problemen op te lossen. Er is veel overlap met de begrippen *empowerment*, sociaal kapitaal en *ownership*.

Factoren die van invloed zijn op duurzaamheid

Uit de literatuur is een lijst van maar liefst 129 factoren gedestilleerd die van invloed kunnen zijn op de (drie dimensies van) duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsprogramma's. De bewijslast voor de afzonderlijke factoren varieert en is soms lastig te achterhalen. Ook worden er veel indelingen en begrippen gebruikt, voor verschillende, maar vaak ook overlappende concepten. Daarom zijn de factoren geclusterd en gecategoriseerd op basis van een inschatting van de onderlinge samenhang en overlap. Het *Community Coalition Action Model* van Butterfoss & Kegler (2002) heeft ons hierbij geïnspireerd om te komen tot de volgende categorieën: factoren gerelateerd aan 1) de context; 2) de kartrekkende organisatie; 3) het leiderschap; 4) de aard van de samenwerking; 5) de kenmerken van de samenwerkingspartners; 6) de eigenschappen van de interventies en 7) de uitkomsten. Per categorie volgt een beschrijving van de meest relevante factoren, met daarbij telkens een reflectie op de Nederlandse situatie.

Context

Voorwaardelijk dan wel bevorderende zaken voor duurzaamheid die te maken hebben met de politiek bestuurlijke en de community context zijn: voldoende draagvlak voor het programma bij de financiers, meestal overheidsinstanties (Butterfoss & Kegler, 2002; Roussos & Fawcett, 2000; Zakus & Lysack, 1998); de inrichting van het bestuurlijke apparaat waarin beleid en middelen door middel van burgerparticipatie kunnen worden aangepast aan lokale omstandigheden en behoeften (Zakus & Lysack, 1998; Roussos & Fawcett, 2000); en wetten en regelgeving voor beleidsmatige verankering (Zakus & Lysack, 1998; Butterfoss & Kegler, 2002). Daarnaast moet er op het niveau van de community de bereidheid zijn om zich langdurig te willen committeren aan een programma (community willingness). Hiervoor is het belangrijk dat er voldoende sociale cohesie en betrokkenheid is, dat de bewoners vertrouwen hebben in instanties, dat men interesse heeft in gezondheid of een gezonde leefstijl, en dat er geen nijpende problemen zijn die eerst opgelost moeten worden. Verder moet de community ook in staat zijn om bepaalde programmaonderdelen voort te zetten (community ability). Hiervoor is het belangrijk dat de bewoners de juiste vaardigheden bezitten, maar ook voldoende middelen (tijd, geld). Ook helpt het als er in de community al een structuur van samenwerking in besluitvorming is, waar het programma op voortborduurt.

Als we het bovenstaande vertalen naar de Nederlandse maatschappelijke en politieke context, dan zien we dat gemeenten veelal gezien worden als belangrijkste financiers (De Jong, 2010; Linssen & Hesdahl, 2010; Ruland, 2008). De oorsprong hiervan kan gezocht worden in onze wetgeving, waarin de Wet publieke gezondheid gemeenten verplicht om invulling te geven aan het bevorderen van de gezondheid van haar burgers. De keerzijde is dat lokale programma's erg afhankelijk worden van beleidsmakers die opereren in een politiek klimaat waar vaak tegenstrij-

dige belangen spelen, die niet altijd gestuurd worden door inhoud (Ruland, 2008). Mede daarom zien we de laatste jaren dat de lobby voor financiering zich vaker richt op de zorgverzekeraars (Aalders e.a., 2010; De Hoop, 2010) of op particuliere organisaties (10). Daarnaast zien we dat er afgelopen kabinetsperiode veel draagvlak was voor de wijkgerichte en integrale aanpak van achterstandsproblemen in de krachtwijkenaanpak. Echter, deze integrale aanpak van problemen wordt bemoeilijkt door ons bestuurlijke systeem met een sterke verkokering van regelgeving en geldstromen (Harting & Van Assema, 2007).

Op buurtniveau lijkt er in Nederland een aantal voorwaarden aanwezig te zijn die de community kan helpen om zelfstandig programmaonderdelen voort te zetten (community ability). Vaak is er bijvoorbeeld een structuur van besluitvorming waarbij bewoners zich organiseren in buurttraden of andersoortige wijkorganisaties en daarmee een zekere mate van inspraak hebben op het beleid van hun wijk. Daartegenover zien we in Nederland een minder positieve trend op het gebied van *community willingness*. We zien bijvoorbeeld dat lager opgeleiden in Nederland minder vertrouwen hebben in (overheids)instanties en minder vrijwilligerswerk uitoefenen (Kloosterman & Schmeets, 2010; Schmeets & Arts, 2010), wat invloed kan hebben op de bereidheid van de bevolking om zich te committeren aan gezondheidsprogramma's.

Kartrekkende organisatie

De kartrekkende organisatie is de organisatie die formeel verantwoordelijk is voor het coördineren van het programma. Van belang is dat de kartrekkende organisatie een sterke en stabiele organisationele basis heeft en de mogelijkheid heeft om bepaalde programmaonderdelen op te nemen in de organisatiestructuur (Scheirer, 2005; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998). Daarnaast helpt het als de inhoudelijke missie en taakstelling van de organisatie past bij de doelstellingen van het community programma (Bossert, 1990; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998) en als er vanuit historisch, cultureel of geografisch perspectief al bestaande banden zijn met de wijk. Voor de verankering van community betrokkenheid is het belangrijk dat de kartrekkende organisatie ervaring heeft met community participatie en voldoende flexibel is om te kunnen anticiperen op wensen van de community (Zakus & Lysack, 1998; Alexander e.a., 2006).

In Nederland zijn GGD'en vaak formeel verantwoordelijk voor de organisatie van community programma's (Meijer & Sturkenboom, 2009). Dit lijkt logisch gezien de inhoudelijke taakstelling op het gebied van publieke gezondheid en de stabiele basis van deze organisatie. Echter, het werkgebied van de GGD is veel breder dan de populatie van één wijk, waardoor de GGD vaak geen structurele middelen vrijmaakt voor zo'n relatief klein gebied. Zij zijn afhankelijk van externe financiering, wat continuering weer kwetsbaar maakt. Om deze reden wordt er ook naar andere organisaties gekeken die de kartrekkerrol structureel zouden kunnen vervullen. Financiers zouden bijvoorbeeld graag zien dat opgestarte programma's worden overgenomen en

voortgezet door de wijkorganisaties. Een belemmering is echter dat wijkorganisaties geen sterke organisationele basis hebben, waardoor zij lastig formeel verantwoordelijk kunnen worden gehouden.

Leiderschap

In de literatuur gaat veel aandacht uit naar leiderschap (Butterfoss & Kegler, 2002; Zakocs & Edwards, 2006; Bracht e.a., 1999). De programmaleider wordt gezien als de aanjager van het programma, die ervoor zorgt dat er voortgang wordt geboekt, nieuwe initiatieven worden ontplooid en afspraken worden gemaakt. Daarnaast wordt de programmaleider verantwoordelijk gehouden voor de inhoudelijke en beheersmatige kant: het opzetten van een samenwerkingsstructuur, het plan van aanpak en het sturen en bewaken van het proces. Met betrekking tot duurzaamheid moet de leider een “bruggenbouwer” zijn die sterke onderhandelingsvaardigheden heeft en die belangen van organisaties en individuen kan koppelen (Alexander e.a., 2006; Foster-Fishman e.a., 2001). Ook moet de programmaleider door een “empowerende” leiderschapsstijl ervoor te zorgen dat de capaciteiten van de community versterkt worden. Dit betekent dat initiatieven en plannen van organisaties of individuen uit de wijk worden gestimuleerd en ondersteund, maar ook dat wordt geïnvesteerd in training op het gebied van de organisatie van gezondheidsbevordering (Kumpfer e.a., 1993; Zakus & Lysack, 1998). De programmaleider heeft een cruciale rol in de lobby voor structurele financiering (Scheirer, 2005; Nelson e.a., 2007; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998).

Om al deze rollen te vervullen moet een programmaleider op verschillende niveaus acteren. In de literatuur wordt daarom gesproken over een “*program champion*” (Scheirer, 2005; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). Dit is iemand die strategisch gesitueerd is in de kartrekkende organisatie en daardoor toegang heeft tot de hogere lagen van de organisatie, maar ook controle heeft over de dagelijkse programma-uitvoering. Hij of zij is een enthousiast pleitbezorger van het programma die draagvlak bij de politiek creëert, ook om middelen voor de lange termijn te genereren.

In de Nederlandse situatie zien we dat de coördinator van een community programma over het algemeen verantwoordelijk is voor de inhoudelijke en beheersmatige kant en fungeert als aanjager van de voortgang. Daarnaast zien we een duidelijke bruggenbouwerfunctie doordat de coördinator wordt gezien als een procesmanager die alle contacten binnen en buiten het gezondheidsdomein onderhoudt en aan elkaar koppelt (Meijer & Sturkenboom, 2009; Harting & Van Assema, 2007). Dit zien we ook terug in de opkomst van de gezondheidsmakelaar, een functie die bedoeld is om de intersectorale samenwerking te stimuleren (Harting, 2010). In overeenstemming met de literatuur over de *program champion* constateerde Ruland (2008) dat op verschillende niveaus in de organisatie specifieke zaken een rol spelen, zoals sterk leiderschap

op bestuurlijk niveau en verschillende elementen van verandermanagement op tactisch niveau (sociaal ondernemerschap, beïnvloedingsstrategieën en netwerkontwikkeling). Leiderschap is dus een breed begrip dat verder gaat dan louter de programmaleider. Er is steun voor het programma nodig vanuit allerlei soorten ‘leiders’ in de eigen organisatie en erbuiten. Intern gaat het om steun bij bijvoorbeeld het management en bij leiders van andere afdelingen, extern om steun van leiders in de community, bij betrokken organisaties en bij financiers. In Nederland is echter nog weinig geschreven over de empowerende leiderschapsstijl, die met name belangrijk lijkt voor het versterken van de capaciteiten in en de competenties van de community.

Samenwerking

Voor een stabiele samenwerking gelden in eerste instantie de “spelregels” voor constructieve en succesvolle samenwerking waarin de belangen van verschillende partners tot hun recht komen, zoals een prettige onderlinge communicatie, goede conflicthantering, democratische besluitvorming en het kiezen van win-win oplossingen (Bracht e.a., 1999; Butterfoss & Kegler, 2002; Roussos & Fawcett, 2000; Zakocs & Edwards, 2006).

Om de duurzaamheid van de samenwerking te vergroten, wordt in de literatuur gesproken over formalisatie, waarbij betrekkelijk vrijblijvende samenwerkingsverbanden geleidelijk transformeren tot formele organisaties. Het begint met het formuleren van afspraken voor de langere termijn. Allereerst over algemenere inhoudelijke doelstellingen, maar geleidelijk steeds meer gericht op de onderlinge verdeling van taken en bevoegdheden en te hanteren procedures (Butterfoss & Kegler, 2002; Pluye e.a., 2004b; Zakocs & Edwards, 2006). De betrokken organisaties moeten een langdurig commitment aangaan en structurele middelen (geld, personeel) ter beschikking stellen om ervoor te zorgen dat de samenwerking en/of de activiteiten die eruit voortkomen gecontinueerd kunnen worden, maar ook om ervoor te zorgen dat het gevoel van eigenaarschap vergroot wordt (Alexander e.a., 2003; Bracht e.a., 1999; Butterfoss & Kegler, 2002; Pluye e.a., 2004a; Roussos & Fawcett, 2000; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Swerissen & Crisp, 2004; Gray, 1985). Uiteindelijk werkt men dan toe naar een formele samenwerking. Vaak wordt gekozen voor een organisatievorm waarbij één kartrekkende organisatie de activiteiten coördineert en implementeert en waarbij een bredere groep, met afgevaardigden uit verschillende organisaties, de lijnen uitzet (Thompson & Winner, 1999; Bracht e.a., 1999). De gekozen organisatievorm moet passen bij de bestaande structuur van samenwerking en besluitvorming in de community (Bracht e.a., 1999; Thompson & Winner, 1999). Verschillende auteurs benadrukken dat een te strikte formele organisatiestructuur de betrokkenheid van burgers juist kan belemmeren (Scheirer, 2005; Zakus & Lysack, 1998; Bracht e.a., 1999).

De samenwerkingsinitiatieven in Nederland laten zien dat er problemen kunnen ontstaan als er onduidelijkheid is over verantwoordelijkheden en afspraken en als men onvoldoende tijd, expertise

en middelen heeft (Harting & Van Assema, 2007; Koelen e.a., 2008). Een bepaalde mate van formalisatie, zoals een heldere projectstructuur, het ondertekenen van convenant, of het integreren van de samenwerking in een bestaande samenwerkingsstructuur, zien we in de Nederlandse situatie terug (Petra, 2010; Ruland, 2008; Aalders e.a., 2010). In sommige gevallen is het gelukt om de vrijblijvende samenwerking om te vormen tot een formele organisatievorm, maar ook hier is geconstateerd dat het lastig is om binnen een strikte organisatiestructuur de burgerparticipatie vast te houden. Zo rapporteren Plochg en collega's (2006) dat samenwerking tussen de professionals in de wijkgerichte integrale gezondheidszorgprojecten in Amsterdam door de jaren heen geformaliseerd en geïnstitutionaliseerd is, maar dat tegelijkertijd de buurtparticipatie is verdwenen.

Samenwerkingspartners

Partners moeten voordeel ervaren bij deelname aan samenwerking (Butterfoss & Kegler, 2002; Scheirer, 2005; Zakocs & Edwards, 2006) en het idee hebben dat de juiste partners aan tafel zitten in termen van expertise, achtergrond en discipline, maar ook in termen van macht en invloed binnen de eigen organisatie (Bracht e.a., 1999; Butterfoss & Kegler, 2002; Wolff, 2001). De juiste mensen op het juiste moment betrekken bevordert een actieve rol van de partners in de samenwerking en het gevoel van mede-eigenaarschap (ownership) van het programma (Wells e.a., 2007). Voor vrijwilligers is het belangrijk dat zij als gelijkwaardige partners naast de professionele organisaties deelnemen in de samenwerking, wat lang niet altijd vanzelfsprekend is (Bracht e.a., 1999; Butterfoss & Kegler, 2002; Minkler e.a., 2008; Rifkin e.a., 2000; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998; Zakus & Lysack, 1998).

In Nederland zijn programma's vaak meer top-down georganiseerd dan vooraf beoogd en bewoners worden vaak pas in de fase van uitvoering betrokken (Harting & Van Assema, 2007; Koelen e.a., 2008). Een bijkomend probleem is dat bewoners vaak iets anders verstaan onder participatie dan professionals en dat er verwarring bestaat over de mate van inspraak (Harting & Van Assema, 2007). Het is dan ook de vraag in hoeverre bewoners zich mede-eigenaar voelen en in hoeverre zij daadwerkelijk als gelijkwaardige partners gezien worden. Regelmatig wordt geconstateerd dat het betrekken van bewoners en professionals niet vanzelf gaat en dat blijvende ondersteuning (tijd, geld, inzet) nodig is (Hekkink & Nijboer, 2003; Harting & Van Assema, 2007; De Vries, 2005; Wagemakers e.a., 2007a). In Nederland is geconstateerd dat een smalle definitie van gezondheid met de nadruk op leefstijl voor bepaalde partners een obstakel kan zijn voor duurzame samenwerking (Harting & Van Assema, 2007).

Interventies

Eenvoudig te organiseren activiteiten die op zichzelf staan, zoals voorlichtingsbijeenkomsten, sorteren meestal geen duurzaam gezondheidseffect (Butterfoss & Kegler, 2002), maar zorgen

ervoor dat er snel resultaat geboekt wordt in termen van bereik (quick wins) en dat de partners gezamenlijk leren wat werkt en wat niet. Hierdoor ontstaat er draagvlak en vertrouwen onder de partners (Paes, 2007). Beleidsaanpassingen en omgevingsveranderingen zijn lastiger te realiseren, maar kunnen zorgen voor blijvende gezondheidseffecten op de langere termijn en duurzame omgevingsaanpassingen (Alexander e.a., 2003; Butterfoss & Kegler, 2002). Voor het voortzetten van activiteiten is het van belang dat ze aangepast kunnen worden aan de lokale behoeften van de partners (Butterfoss & Kegler, 2002; Scheirer, 2005; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998) en dat de financiën geregeld zijn (Shediach-Rizkallah & Bone, 1998).

In Nederland zien we een langzame verschuiving van leefstijlgerichte interventies naar omgevingsgerichte interventies, bijvoorbeeld via integraal gezondheidsbeleid (Steenbakkers e.a., 2010). Tevens zien wij met de komst van het Centrum Gezond Leven dat er steeds meer nadruk komt te liggen op het implementeren van *evidence-based* interventies. Sommigen vragen zich af of de implementatie van *evidence-based* programma's niet juist averechts uitwerkt op het gevoel van eigenaarschap van de community (Linssen & Hesdahl, 2010). Buurtbewoners moeten zich het programma eigen maken en daarbij is het belangrijk dat het programma aangepast kan worden aan lokale omstandigheden en behoeften. Dit laatste is overigens ook lastig te realiseren als men afhankelijk is van kortdurende projectfinanciering, zoals gebruikelijk is bij de overheid.

Uitkomsten

In de literatuur worden uitkomsten en effecten vooral belangrijk gevonden om de financiering te kunnen continueren. Projecten die erin slagen om kleine en grote successen zichtbaar te maken voor de subsidiegevers, maar ook voor de samenwerkingspartners binnen de coalitie, hebben meer kans op continuering (Alexander e.a., 2003; Koelen & Van den Ban, 2004; Roussos & Fawcett, 2000; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998). Er kan hierbij gekeken worden naar effecten in termen van gezondheidswinst en sociale indicatoren, maar ook naar effecten op de versterking van de capaciteit van de community om zelf problemen aan te pakken (Butterfoss & Kegler, 2002). Samenwerkingspartners en subsidiegevers moeten het gevoel krijgen dat het programma werkt en "erin geloven" (Shediach-Rizkallah & Bone, 1998).

In Nederland is de roep om meetbare effecten de afgelopen jaren gegroeid. Effectonderzoek van community programma's is echter niet eenvoudig, zeker niet als het gericht is op het aantonen van gezondheidswinst (Potvin & Richard, 2001). In actiebegeleidend onderzoek zien we dat sociale indicatoren gemeten kunnen worden, zoals de mate van bewonersparticipatie (Wagemakers e.a., 2007a). Er kan nog veel winst geboekt worden bij het kiezen van de juiste, aansprekende indicatoren die gemeten én zichtbaar gemaakt kunnen worden, zoals aanpassingen in de fysieke omgeving, individuele succesverhalen, innovatieve activiteiten en het bereiken van specifieke doelgroepen (Linssen & Hesdahl, 2010).

Discussie

Dit artikel is geschreven met het doel om de internationale literatuur op het gebied van duurzaamheid en verankering van gezondheidsbevordering toegankelijk te maken voor Nederlandse professionals en om de landelijke discussie over het begrip duurzaamheid op gang te brengen. In dit artikel hebben wij drie dimensies van het begrip duurzaamheid binnen de wijkgerichte gezondheidsbevordering gepresenteerd, geïnspireerd op het Engelstalige concept “sustainability of health promotion”. Tevens hebben we gekeken welke factoren dit proces beïnvloeden. Omdat de verschillende dimensies van duurzaamheid onderling afhankelijk zijn, spelen er binnen die dimensies meerdere factoren een rol die ook weer met elkaar samenhangen. Globaal kunnen we echter wel een inschatting maken welke factoren gerelateerd zijn aan welke duurzaamheidsdimensie. De eerste dimensie, *langdurige gezondheidseffecten*, lijkt vooral te worden beïnvloed door zaken uit de twee laatste categorieën van factoren: interventies en de uitkomsten. De twee overige dimensies, *de verankering van programmaonderdelen in een organisatiestructuur* en *het versterken van community capaciteit*, lijken te worden beïnvloed door factoren uit alle categorieën. Echter, meestal wel door compleet andere zaken, en soms zelfs tegenstrijdige zaken. Zo is het voor verankering van programmaonderdelen (dimensie 2) van belang dat er een geformaliseerde samenwerkingsvorm gekozen wordt, terwijl een strikte organisatiestructuur juist belemmerend kan werken voor de betrokkenheid van de community en dus het versterken van de community capaciteit (dimensie 3).

Omdat in Nederland nog niet systematisch onderzocht is welke zaken een rol spelen bij duurzame gezondheidsbevordering, hebben we gekeken naar de internationale literatuur en telkens gereflecteerd op de Nederlandse situatie. We hebben een aantal belangrijke factoren beschreven die relevant zijn voor toekomstig onderzoek. Dit artikel kan gezondheidsbevorderaars en onderzoekers helpen om inzicht te krijgen in de dimensies van het begrip duurzaamheid en welke zaken mogelijk een rol spelen bij het vergroten van de duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsbevordering.

Resumerend zien we een groot aantal redenen waarom duurzaamheid in Nederland nog op moeilijkheden stuit, waarbij drie aspecten in het oog springen. Allereerst valt de belangrijke positie die de overheid inneemt op. Betrokken partijen zien de overheid als belangrijkste financier, waardoor een afhankelijkheidsrelatie ontstaat waarin de programma's onmogelijk kunnen voortbestaan zonder die steun. Daarnaast is het voortbestaan van de community programma's afhankelijk van vierjarige beleidscycli, waardoor lange-termijn afspraken bijna niet gemaakt kunnen worden. Dit heeft als gevolg dat community programma's vaak “eindige projecten” blijven. Om de duurzaamheid van programma's te vergroten zal er gezocht moeten worden naar duurzame financieringsvormen. In sommige regio's wordt al geëxperimenteerd met financiële

pooling, waarbij de betrokken partners investeren in de samenwerking. Heel bepalend zal zijn hoe de overheid hiermee omgaat: zij zal actief mee moeten zoeken naar oplossingen die duurzaam zijn en de beleidsperioden kunnen overstijgen.

Het tweede dat opvalt, is de rol van de programmaleiders, vaak GGD gezondheidsbevorderaars, die verantwoordelijk zijn voor de coördinatie van de samenwerking en dagelijkse gang van zaken. De vraag is in hoeverre deze leiders voortdurend een sterke lobby voor continuering voeren binnen verschillende organisatielagen en naar buiten toe, zoals een *program champion*. De functie van programmaleider vergt nogal wat eigenschappen die zeer lastig te verenigen zijn in één persoon. Naar bewoners toe moet hij/zij werken aan *empowerment*, en naar financiers moet hij/zij voortdurend een sterke lobby voeren. Het derde dat opvalt in de Nederlandse situatie is de grote aandacht voor *evidence-based* interventies. Interventies die door het Centrum Gezond Leven aangemerkt worden als “bewezen effectief” hebben een lange termijn effect aangetoond, wat de eerste dimensie van duurzaamheid ten goede komt. Echter, nog maar enkele interventies hebben dit label gekregen. Bovendien is het voor verankering belangrijk dat interventies worden aangepast aan de lokale behoeften en structuren, maar als dat gebeurt kan “evidence” weer niet gegarandeerd worden. Om de kansen voor duurzaamheid te verbeteren zal er bij het beoordelen van interventies, naast aandacht voor lange termijn effecten (dimensie 1), veel meer aandacht voor lokale verankering (dimensie 2) en voor het vergroten van de capaciteiten van de community (dimensie 3) moeten komen.

Literatuur

- Aalders, M., Overgoor, L. & Reitsema, S. (2010) BIG!MOVE verankerd. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 219-221.
- Alexander, J. A., Weiner, B. J., Metzger, M. E., Shortell, S. M., Bazzoli, G. J., Hasnain Wynia, R., Sofaer, S. & Conrad, D. A. (2003) Sustainability of collaborative capacity in community health partnerships. *Medical Care Research Review*, 60, 130-60.
- Alexander, M., Zakocs, R. C., Earp, J. A. & French, E. (2006) Community coalition project directors: what makes them effective leaders? *Journal for Public Health Management and Practice*, 12, 201-9.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G. & Gottlieb, N. H. (2006) *Planning health promotion programs. An intervention mapping approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Boot, N. M. W. M., Van Assema, P., Hesdahl, B., Leurs, M. & De Vries, N. K. (2010) Gezondheidsbevordering en voortgezet onderwijs: verstandshuwelijk of echte liefde. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 127-135.
- Bossert, T. J. (1990) Can they get along without us? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. *Social Science and Medicine*, 30, 1015-23.
- Bracht, N., Kingsbury, L. & Rissel, C. (1999) A five-stage community organization model for health promotion: Empowerment and strategies. In Bracht, N. (Ed.) *Health promotion at the community level 2: New advances*. 2nd ed. California: Sage Publications.
- Butterfoss, F. D. & Kegler, M. C. (2002) Toward a comprehensive understanding of community coalitions: Moving from practice to theory. In DiClemente, R. J., Crosby, R. A. & Kegler, M. C. (Eds.) *Emerging theories in health promotion practice and research: Strategies for improving public health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- De Hoop, T. (2010) Van Klacht naar Kracht, activerende zorg in de wijk. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 217-219.
- De Jong, M. (2010) Zwolle + de jeugd; Samen Gezond. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 211-213.
- De Vries, M. (2005) *Evaluatie Zuidoost Drenthe HARTstikke Goed! Mogelijkheden van community-based preventie van hart- en vaatziekten in Nederland*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Fleuren, M., Wiefferink, K. & Paulussen, T. (2004) Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *International Journal of Quality Health Care*, 16, 107-23.
- Foster-Fishman, P. G., Berkowitz, S. L., Lounsbury, D., .W., Jacobson, S. & Allen, N. A. (2001) Building collaborative capacity in community coalitions: A review and integrative framework. *American Journal of Community Psychology*, 29, 241-57.
- Gray, B. (1985) Conditions facilitating interorganizational collaboration. *Human Relations*, 38, 911-936.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (2005) *Health program planning: An educational and ecological approach*. New York: McGraw-Hill.
- Harting, J. (2010) *Drie jaar Gezondheidsmakelaar - Leerervaringen uit een samenwerkend onderzoeksverband 2007-2010*. Woerden: Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ).
- Harting, J. & Van Assema, P. (2007) *Community-projecten in Nederland. De eeuwige belofte?* Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- Harting, J. & van Assema, P. (2010) Exploring the conceptualization of program theories in Dutch community programs: a multiple case study. *Health Promotion International*.
- Harting, J., Van Assema, P. & Ruland, E. (2007) De communitybenadering voor GVO-interventies. (Hoofdstuk 8) In Brug, J., van Assema, P. & Lechner, L. (Eds.) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. 5e ed. Assen/Heerlen: Van Gorcum/Open Universiteit Nederland.
- Hekkink, C. & Nijboer, C. (2003) *Meedoen, meewerken en meebeslissen. Participatie van ouderen bij gezondheidsbevorderingsprojecten*. Woerden: Nationaal Instituut Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ).
- Hoeijmakers, M. (2005) *Local health policy development process. Health promotion and network perspectives on local health policy-making in the Netherlands*. Maastricht: Maastricht University.
- Jansen, M., Harting, J., Ebben, N., Kroon, B., Stappers, J., Van Engelshoven, E. & de Vries, N. (2008) The concept of sustainability and the use of outcome indicators. A case study to continue a successful health counselling intervention. *Family Practice*, 25 Suppl 1, i32-7.
- Kloosterman, R. & Schmeets, H. (2010) Vertrouwen in medemens en instituties toegenomen aan het begin van de 21e eeuw. *CBS Bevolkingstrends*, 58 (2e kwartaal), 43-49.
- Koelen, M., Vaandrager, L. & Wagemakers, A. (2008) What is needed for coordinated action for health? *Family Practice*, 25, 25-31.
- Koelen, M. A. & Van den Ban, A. W. (2004) *Health education and health promotion*. Wageningen: Academic Publishers.
- Koot, J., Van der Zanden, G., Pos, S. & Jansen, J. (2010) Doordringen in de haarvaten van de samenleving. De visie van het NIGZ op gezondheidsbevordering. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 245-246.
- Kumpfer, K. L., Turner, C., Hopkins, R. & Librett, J. (1993) Leadership and teameffectiveness in community coalitions for the prevention of alcohol and other drug abuse. *Health education research*, 8, 359-374.

- Leurs, M. T., Mur-Veeman, I. M., van der Sar, R., Schaalma, H. P. & de Vries, N. K. (2008) Diagnosis of sustainable collaboration in health promotion - a case study. *BMC Public Health*, 8, 382.
- Linger, R. J., Bakker, I., Bosscher, R. & Ten Dam, J. (2010) *De invloed van de fysieke omgeving op lichamelijke activiteit: Beleid voor beweegvriendelijke wijken*. Zwolle: Windesheim.
- Linssen, E. & Hesdahl, B. (2010) Gezond Samen Leven (community programma) in Oostelijk Zuid-Limburg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 213-215.
- Meijer, S. & Sturkenboom, M. (2009) *Gezond wonen en werken. Een orientatie op gezondheidsbevordering in de settings wijk en werk in Nederland*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Minkler, M., Wallerstein, N. & Wilson, N. (2008) Improving health through community organization and community building. In Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. (Eds.) *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mulder, E. & Wagemakers, A. (2010) De Wijk: een bron van energie. De sociale en fysieke omgeving in interventies ter preventie van overgewicht. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 108-111.
- Nelson, D. E., Reynolds, J. H., Luke, D. A., Mueller, N. B., Eischen, M. H., Jordan, J., Lancaster, R. B., Marcus, S. E. & Vallone, D. (2007) Successfully maintaining program funding during trying times: Lessons from tobacco control programs in five states. *Journal of Public Health Management Practice*, 13, 612-20.
- Paes, M. (2007) *Wijkgezondheidswerk. Een studie naar 25 jaar wijkgericht werken aan gezondheid in Den Bosch-Oost*. 's-Hertogenbosch: Universiteit van Amsterdam.
- Petra, S. (2010) Samenwerken loont - De Gezonde Regio maakt werk van gezondheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 215-217.
- Plochg, T., Delnoij, D. M., Hoogedoorn, N. P. & Klazinga, N. S. (2006) Collaborating while competing? The sustainability of community-based integrated care initiatives through a health partnership. *BMC Health Services Research*, 6, 37.
- Pluye, P., Potvin, L. & Denis, J. L. (2004a) Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27, 121-133.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L. & Pelletier, J. (2004b) Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promotion International*, 19, 489-500.
- Potvin, L. & Richard, L. (2001) Evaluating community health promotion programmes. In Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J. & Ziglio, E. (Eds.) *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO.
- Rifkin, S. B., Lewando-Hundt, G. & Draper, A. K. (2000) *Participatory approaches in health promotion and health planning*. A literature review. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.

- Ronda, G., Van Assema, P., Ruland, E., Steenbakkers, M. & Brug, J. (2004) The Dutch Heart Health Community Intervention 'Hartslag Limburg': design and results of a process study. *Health Education Research*, 19, 596-607.
- Roussos, S. T. & Fawcett, S. B. (2000) A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annual Review of Public Health*, 21, 369-402.
- Ruland, E. C. (2008) *Bestuurlijke verankering van innovaties in de openbare gezondheidszorg. Lessen uit de casus Hartslag Limburg*. Maastricht: Maastricht University.
- Ruland, E. C., Van Raak, A., De Vries, N. & Van Ree, J. (2002) Lessen van Hartslag Limburg: samenwerking in de openbare gezondheidszorg moet gestructureerd worden. In Jansen, J., Schuit, A. J. & van der Lucht, F. (Eds.) *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke doelgroepen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Ruland, E. C., Van Raak, A., Spreeuwenberg, C. & Van Ree, J. (2003) Managing New Public Health: hoe zijn blijvende preventieve samenwerkingsverbanden te realiseren? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 81, 52-55.
- Saan, H. & De Haes, W. (2005) Gezond Effect bevorderen. *Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ).
- Saan, H., De Haes, W., Mootz, M., Bloemers, M., Kocken, P. & Ruiter, M. (2010) Gezondheid duurzaam bevorderen. Gezondheidsbevordering is een marathon, geen sprint. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 255-266.
- Scheirer, M. A. (2005) Is sustainability possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26, 320-347.
- Schmeets, H. & Arts, K. (2010) Limburg blijft sociaal kapitaal achter bij de rest van Nederland. *CBS Bevolkingstrends*, 58 (3e kwartaal), 56-61.
- Schmidt, M., Plochg, T., Harting, J., Klazinga, N. S. & Stronks, K. (2009) Micro grants as a stimulus for community action in residential health programmes: a case study. *Health Promotion International*, 24, 234-42.
- Shediach-Rizkallah, M. C. & Bone, L. R. (1998) Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13, 87-108.
- St Leger, L. (2005) Questioning sustainability in health promotion projects and programs. *Health Promotion International*, 20, 317-9.
- Steenbakkers, M., Bastiaens, C., Leurs, M., Ruland, E. & Jansen, M. (2005) Vijf jaar community-based werken in Hartslag Limburg (1998-2003). Ervaringen uit de praktijk. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 83, 108-112.
- Steenbakkers, M., Jansen, M., Maarse, H. & de Vries, N. K. (2010) Lokaal integraal gezondheidsbeleid: intersectorale samenwerking vanuit het perspectief van gemeenten. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 136-143.

- Swerissen, H. & Crisp, B. R. (2004) The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promotion International*, 19, 123-30.
- Ten Dam, J. (2010) Gezond Beleid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 88, 228-231.
- Thompson, B. & Winner, C. (1999) Durability of community intervention programs. Definitions, empirical studies, and strategic planning. In Bracht, N. (Ed.) *Health promotion at the community level 2. New Advances*. 2nd ed. California: Sage Publications.
- Wagemakers, A., Koelen, M., Van Nierop, P., Meertens, Y., Weijters, J. & Kloek, G. (2007a) Actiebegeleidend onderzoek ter bevordering van intersectorale samenwerking en bewonersparticipatie. De ervaringen met het wijkgezondheidswerk in Eindhoven. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 85, 23-31.
- Wagemakers, A., Vaandrager, L., Koelen, M., Dijkema, P. & Corstjens, R. (2007b) *Sociaal draagvlak. Verslag van de uitwerking van 'sociaal draagvlak' voor het pilotproject Referentiekader Gezondheidsbevordering*. Wageningen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Wells, R., Ford, E. W., McClure, J. A., Holt, M. L. & Ward, A. (2007) Community-based coalitions' capacity for sustainable action: the role of relationships. *Health Education Behaviour*, 34, 124-39.
- Wolff, T. (2001) A practitioner's guide to successful coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 29, 173-91; discussion 205-11.
- Zakocs, R. C. & Edwards, E. M. (2006) What explains community coalition effectiveness?: a review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 351-61.
- Zakus, J. D. L. & Lysack, C. L. (1998) Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*, 13, 1-12.

Hoofdstuk 3

Factors influencing perceived sustainability of
Southern Limburg community health programs

Under final consideration for publication as:

Vermeer, A.J.M., Van Assema, P., Hesdahl, B., De Vries, N.K.

Factors influencing perceived sustainability of Dutch community health programs

Summary

We assessed the perceived sustainability of community health programs organized by local intersectoral coalitions, as well as the factors that collaborating partners think might influence sustainability.

Semi-structured interviews were conducted among 31 collaborating partners of five community health programs in deprived neighborhoods in the southern part of the Netherlands. The interview guide was based on a conceptual framework that includes factors related to the context, the leading organization, leadership, the coalition, collaborating partners, interventions and outcomes. Interviews were recorded, transcribed and content-analyzed using NVivo 8.0.

Participants in each of the programs varied in their perceptions of the sustainability of the program, but those people collaborating in pre-existing neighborhood structures expressed relatively high faith in their continuation. The participating citizens in particular believed that these structures would continue to address the health of the community in the future. We found factors from all categories of the conceptual framework that were perceived to influence sustainability. The program leaders appeared to be crucial to the programs, as they were frequently mentioned in close interaction with other factors. Program leaders should use a motivating and supportive leadership style and should act as “program champions”.

Introduction

Many community-based health programs have been developed and implemented throughout the world, and they usually aim for some form of sustainability. However, actually sustaining a program after its initial implementation is frequently reported to be complicated (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; Altman et.al., 1991; Scheirer, 2005; Merzel & D’Afflitti, 2003; Pluye et.al., 2004a; Bracht et.al., 1999).

This is also the case in the Netherlands, where most community health programs are designed according to the community organization model by Bracht et al. (Bracht et.al., 1999; Harting & Van Assema, 2007). This model involves five stages: (1) Analysis and understanding of the community (e.g. needs, resources, social structure); (2) Establishment of a formal structure for participation and cooperation; (3) Implementation of activities; (4) Program maintenance and consolidation; and (5) Dissemination of results and reassessment of activities. Most community health programs in the Netherlands complete the first three stages according to plan, but not the last two stages (Harting & Van Assema, 2007). However these stages seem essential for program sustainability. The present study aimed to examine the perceived sustainability of Dutch community health programs, and the factors thought to influence this. We specifically focused on programs that are designed around collaborative structures consisting of individuals representing community groups and organizations that invest time and effort for a common purpose, and with one leading organization. Program sustainability therefore refers to the sustainability of the collaboration as well as resulting activities.

A conceptual framework for the present study was developed by reviewing factors that influence the effectiveness of health coalitions (Roussos & Fawcett, 2000; Zakocs & Edwards, 2006; Zakus & Lysack, 1998) and literature about the sustainability of community health partnerships and coalitions (Alexander et.al., 2003; Blasinsky et.al., 2006; O’Loughlin et.al., 1998; Pluye et.al., 2004b; Ruland et.al., 2002; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; Koelen & Van den Ban, 2004; Swerissen & Crisp, 2004; Scheirer, 2005; Butterfoss & Kegler, 2002; Bracht et.al., 1999). From this literature, we derived an initial list of 129 factors that are potentially related to the sustainability of community health programs and we organized them in a conceptual framework that we designed for the Dutch situation (see figure 1). This framework consists of three layers (i.e. context, coalition and program), each containing different categories of factors. In the context layer we identified factors in the broader (physical, political, economic and social) environment and factors related to the leading organization that initiates the coalition (e.g. a strong organizational basis, organizational credibility and stable resources). Within the layer of the coalition we placed the factors that were related to leadership (e.g. supportive leadership style, negotiating skills of the program leader, and acting as a “program champion”, i.e. playing different roles at different organization levels

internally and externally), the characteristics of the coalition (e.g. positive climate, democratic decision making and formalized procedures), and the partners collaborating in the coalition (e.g. perceived costs and benefits, sense of ownership, support within their own organization). In the program layer we identified factors related to the interventions (e.g. adaptable and/or system-wide and/or recurring activities), and the outcomes (e.g. quick wins, visibility of results or measured effects).

This exploratory study focused on five Dutch community health programs. To our knowledge, no previous studies have explored factors associated with the sustainability of Dutch community health programs. The present study aimed to make a first step in generating information that would facilitate decisions about what should be done to increase the chances that such programs will continue to exist. The research questions were as follows:

- 1. How do the collaborating partners perceive the sustainability of the community programs?
- 2. Which factors related to (a) context; (b) leading organization; (c) leadership; (d) coalition; (e) collaborating partners; (f) intervention; and (g) outcome are perceived to affect sustainability?

Methods

The community health programs

The community health programs we studied were part of the project entitled “Uw buurt gezond!” (“A healthy neighborhood”), and aimed to reduce socioeconomic health inequalities. This was a project run by the Regional Public Health Service (RPHS). The RPHS gradually introduced the programs between 2000 and 2004, in five deprived neighbourhoods in three medium-sized towns in the south-eastern part of the Dutch province of Limburg (see Table 1).

Table 1: Program characteristics

Program	1	2	3	4	5
Town	Heerlen	Heerlen	Heerlen	Landgraaf	Kerkrade
Neighborhood	Eikenderveld	Nieuw-Lotbroek	Molenberg	Schaesberg Zuid-Oost	Eygelshoven-Hopel
Inhabitants	2449	4687	4249	3705	4463
Funding term	2002-present	2002-present	2000 - present	2004-present	2003-2006
Health coalition / neighborhood coalition	Neighborhood coalition	Neighborhood coalition	Health coalition	Health coalition	Health coalition
Number of collaborating partners	13	12	16	13	7

This is a former mining region with traditional working class communities, high unemployment rates and many social and health problems. The neighborhoods have 2500 to 5000 inhabitants. Program 5 ended in 2007, after four years of implementation; the other programs were still ongoing. The purpose of the programs was to address the main health problems in the neighborhood, based on morbidity statistics and perceived needs of the members of the community, which were mainly related to cardiovascular diseases and mental and social wellbeing. Program interventions varied from establishing exercise facilities and school policies on birthday treats, to cooking courses for adults. In each neighborhood, intersectoral collaboration and community participation were developed and sustained through community “coalitions” that implemented interventions. We use the term coalitions to address the collaborative structures in the studied programs. These are not politically oriented advocacy coalitions who aim to influence public policy through coordinated action and/or activism (as defined by Weible et.al., 2011; Wallack, 1993). Rather, we studied coalitions that “are generally formed by health professionals and community leaders at the initiative of a health organization. It is an alliance between people and organizations whose objectives typically differ, but who pool together resources to effect change, something that they cannot achieve on their own” (Butterfoss & Kegler, 2009; Pluye et.al., 2004a). In this tradition, sustainability refers to continuation even after professionals have withdrawn, e.g. when financing stops. All partners invested time, money and effort in the coalition or interventions. The RPHS provided most resources and was formally responsible for facilitating and coordinating the program interventions. The collaborative structures were not only built for the duration of the initial problem to be solved, but they were meant to last in order to keep health on the community agenda and to address other health problems in the future. The main reason for organizations to participate in the coalitions was the recognition that social and health-related issues affect their work, and that they can not solve these independently. The coalitions chose topics that they wanted to address, and if necessary, smaller coalitions were formed for tackling a specific problem in which decisions were made about who took the lead and who was responsible for other tasks.

Two types of coalitions can be distinguished: so-called “health coalitions” and “neighborhood coalitions”. In three of the neighborhoods, *health coalitions* were specifically established for the program, in which health professionals and citizens collaborated with the purpose of promoting the health of the community, as part of the Healthy Neighborhood project. In two neighborhoods the “health topic” was integrated in pre-existing *neighborhood coalitions* that aimed at physical and social improvements in the community. The coalitions consisted of relatively stable groups of partners from different sectors. They implemented an average of 13 interventions each year, with an average of 37 participants per intervention (481 participants per community per year). About 80% of the interventions focused on nutrition and physical activity.

Participant selection and recruitment

A list was made of active partners in each of the community health coalitions. Active participation was defined as being involved in debates about and/or the implementation of at least one of the phases of intervention planning and organization in 2007 (for ongoing programs) and in 2006 (for discontinued programs). This resulted in a group of 61 potential respondents (Table 1), including civil servants, public health workers, community workers, other practicing professionals (e.g. school principal, physiotherapist) and citizens. For each program, not more than two persons from each of these five subgroups were randomly selected, as a representative sample. Some subgroups only consisted of one person, and three of the public health workers and one civil servant were involved in multiple programs. A total of 35 respondents were invited for participation.

Data collection and analysis

The semi-structured questionnaire contained open-ended questions. Participants of health coalitions were asked how durable they thought the program, i.e. the coalition and its activities, would be. Participants of neighborhood coalitions were asked about the durability of the collaborative structure, and specifically how long they thought the health program would continue to be incorporated in the neighborhood coalition. They were also asked to mention factors that they thought influenced the continuation of the program. These questions also induced a reflective process amongst the participants and led to ideas to improve the programs, which made it some kind of action research (Greenwood & Levin, 2007).

Data collection took place between February and August 2008. The interviews were conducted by the first author of this article, at the offices or homes of the participants, and lasted an average of 1.5 hours. All interviews were recorded and transcribed. They were then content-analyzed using the NVivo 8 qualitative data-processing program, in which statements of participants were fitted into the categories of the conceptual framework independently by two researchers (AV and PvA). The two researchers agreed on the categories for 90% of the statements. Inconsistencies were resolved by discussion.

Results

Participants

A total of 31 participants were interviewed: four civil servants, three public health workers, four welfare workers, ten other professionals and ten citizens. Four of the persons selected did not participate because of illness or lack of time. Seemingly, this did not affect the representativeness of our sample for each subgroup, and there was no reason to assume that this drop-out was selective. The public health workers were all employed at the RPHS, in the health promotion department. The ten other professionals were employed in various positions: three heads of

primary schools, two physiotherapists, one pharmacist, one youth worker, a nursery school teacher, a manager at a home for the elderly, and a housing corporation employee. All citizens, six of whom were male and four female, were also active members of the neighborhood (residents') association. All three public health workers were interviewed about both of the programs they were involved in: the first about programs 1 and 3, the second about programs 2 and 4, and the third about programs 4 and 5. This was also the case for the civil servant of the Heerlen municipal authorities, who was involved in all programs (1, 2, and 3) in this town. The other civil servants were interviewed about the only program they were involved in (4, 5, 5).

Perceived sustainability

In all ongoing programs, perceptions of sustainability of the health program showed major variations between individual partners. Some respondents believed that the program would go on for a long time in its present form. As one professional stated: "With the proper support, the collaboration can go on like this for a long time." Others believed that the same program could not be continued: "It is not likely that we'll keep on implementing this program in the same neighborhoods forever. That would mean that other neighborhoods would be disadvantaged, as the municipal authorities can spend their money only once" (civil servant).

In the communities with a neighborhood coalition, additional information was gathered about the sustainability of the neighborhood structure in which they were integrated. Most interviewees stated that they felt positive, and the others were neutral (nobody was negative), about the sustainability of the pre-existing collaborative structure in the neighborhood. Public health workers, welfare workers and other professional partners expected, however, that the attention given to health in the coalition would decrease in the future. The citizens were all much more optimistic about health remaining an issue of concern in the long run than the professionals working in these neighborhoods. One citizen stated: "Health is an issue that is very important for inhabitants of all ages in the neighborhood, also in the long run. Especially with the ageing population. We expect an increase in all sorts of health problems, and they are closely related to the social environment. For instance, persons who are lonely and depressed tend to neglect their personal hygiene, but also their environment. We find it very important to take specific action to prevent this and to help people live pleasantly in this neighborhood. We also see that the elderly are very enthusiastic about exercising in their neighborhood and taking part in meetings about health topics."

Factors influencing sustainability

Context - Broader context

Contextual factors that were mentioned related to three aspects: the local political and administrative system, characteristics of the community, and societal changes. Political support was

considered to influence the continuation of the programs, mainly because of the way public health is organized in municipalities. Municipal policy makers, who are elected every four years, draw up local health policy papers, in which they describe their plans for health promotion. Based on those plans, they choose programs and interventions and pay the RPHS to implement them. The partners in program 5 mentioned that the program had ended because the policy makers had stopped supporting it (Textbox 1, quote 1). The administrative approach used by the municipal authorities can also influence sustainability. For instance, respondents reported it to be helpful if the municipal system was already using community-participation methods to develop and implement its policies on other subjects, like public space.

Participants also mentioned characteristics of the community as factors influencing sustainability. Sustainability would be low if people in the community were very willing to express their wishes, but not turning up when activities are organized. Features of the physical environment, like suitable accommodations where activities can take place (Textbox 1, quote 2), were perceived to help in making the interventions sustainable.

Textbox 1: Illustrative quotes of respondents for context

CONTEXT

Broader context

- ¹ Quote (civil servant, program 5) The program was ended because of money issues. The municipality stopped funding the program, because the initial project term had ended and there were other priorities.
- ² Quote (community health worker, program 2) An essential precondition is the presence of the multifunctional center in the middle of the neighborhood. It offers accommodation to organize activities, which is crucial.

Leading organization

- ³ Quote (Professional, program 3) If I had to do all the work that the RPHS is doing currently and has done in the past, it would cost me too much time. I love volunteer work, but if it takes up too much time, then it loses its attraction. And consequently people will drop out.
- ⁴ Quote (Welfare worker, program 1) The public health service is known for its expertise on health. Other people don't know much about health. The public health service has contacts and a network to organize interventions.

Some respondents stated that the individualization of society was noticeable. People are becoming less involved in their social environment, and it is getting more difficult to find volunteers and to keep them involved.

Context - Leading organization

The RPHS was the leading organization in all communities. Many participants stated that the presence of an organization that provides a program leader who devotes time to program coordination was crucial. This organization can be held accountable in terms of achieving goals, which can not be expected from volunteers (Textbox 1, quote 3). Several participants said that this implies that permanent funding for a program leader and activities is necessary, not just during the initial implementation but also afterwards. Respondents stated that the organization providing the leader must be well-known and of good reputation. Health has to be its core business, so some believed the RPHS was the only candidate for this role (Textbox 1, quote 4).

Coalition - Leadership

Respondents mentioned that the program leader played a key role in organizing meetings and arranging other practical matters (e.g. accommodation, invitations). Most participants explicitly said that it was crucial that someone continued doing this, because otherwise the coalition would collapse (Textbox 2, quote 5). Furthermore, collaborating partners indicated that they needed someone who was dedicated (quote 6) and who made sure that new goals were set (Textbox 2, quote 7), but also supported partners in achieving those goals. Some claimed that this remained necessary even after the initial implementation stage, to ensure that the coalition remained focused and committed (Textbox 2, quote 7). Several participants said that the program leader had to make sure that health remained high on the community agenda and that activities were embedded. A few suggested that the program leaders should delegate more tasks and make more clear and formal agreements about this (Textbox 2, quote 8).

Coalition - Coalition characteristics

Several respondents found it important that the collaboration worked smoothly and in a pleasant atmosphere, especially in the long run. They mentioned that the collaboration had remained productive because decisions were made democratically and with a fair division of tasks (Textbox 2, quote 9). Respondents also mentioned that it was important for the collaboration to continue to develop and revitalize, by creating new goals and innovative activities, but also through frequent turnover of partners. (Textbox 2, quote 10). A certain degree of formalization, by means of written intervention plans and formal agreements, was felt necessary to make the collaboration more sustainable (Textbox 2, quote 11,12).

Textbox 2: Illustrative quotes of respondents for coalition

COALITION

Leadership

- ⁵ Quote [79, program 3] If the public health services were to stop leading the program, other people would have to take over many of the tasks. I think it wouldn't take long for everything to grind to a complete halt.
- ⁶ Quote [Professional, program 3] The enthusiasm of the RPHS people is important. You have to go for it one hundred percent. That positive attitude also influences the partners, making them more willing to invest efforts themselves. People feel supported.
- ⁷ Quote [Welfare worker, program 1] Program leaders must make sure that the coalition serves a purpose and make that a regular subject of discussion.
- ⁸ Quote [Citizen, program 1] The RPHS started the walking group and the group stayed together. At that point, when they're not needed anymore, they can step back and make an agreement to come and visit the group again in three months and find out how things are going. That's where they begin to reduce their task. They should do that with each intervention.

Coalition characteristics

- ⁹ Quote [Professional, program 3] I feel that we have developed a mode in which we do things as a coalition. We brainstorm together, we make decisions together. When most people agree on something, that's how it's done.
- ¹⁰ Quote [Professional, program 3] In order for me not to quit the group, it should not become a routine, just going round in circles with the same group of people. For me it is important that the collaboration brings me new things and remains challenging. Other people have new ideas to offer, so we must stay alert to recruit new partners to keep the collaboration fruitful.
- ¹¹ Quote [Citizen, program 3] The way I see it, the partnership should professionalize more, and become a real organization.
- ¹² Quote [Welfare worker, program 5] It would have helped if we had signed some kind of agreement in which we made clear implementation agreements with the organizations and volunteers in the community about sustaining the interventions after the first four years.

Collaborating partners

- ¹³ Quote [Welfare worker, program 1] The aim of my job is to support the collaboration with other organizations in the neighborhoods. Participating in this collaboration is therefore part of my job.
- ¹⁴ Quote [Citizen, program 2] If I wouldn't enjoy it, I would have stopped participating long ago.
- ¹⁵ Quote [Professional, program 3] I don't get much time to participate in the coalition. It would be a good condition if all partners could use their working hours to invest in the collaboration with the community. Then, we would be able to achieve much more.

Coalition - Collaborating partners

Personal advantage/interest was mentioned by many partners as an important reason to keep on participating. Professionals indicated that it was also important that the coalition helped to achieve the goals of the organization they represented, like maintaining their network of relationships in the community (Textbox 2, quote 13). Personal satisfaction was the most important reason for citizens to remain active in the coalition (Textbox 2, quote 14). An important reason for all partners was that they recognized the relevance of the collaboration and had a sense of ownership.

They also stated that it was important that participation would not cost too much in terms of time, money or effort. Several professionals suggested that their long-term participation would be better secured if their organization officially facilitated their participation and provided a certain degree of technical assistance. For instance, they mentioned that it would have helped if the initiating organization had made formal agreements with superiors in their organization about funding the hours spent on work in the coalition (Textbox 2, quote 15). Furthermore, partners reported that it was motivating when the "right" partners were involved. For instance, some tended to become discouraged because the local general practitioner was not participating in the health coalition, while others mentioned that they continued to participate because this gave them a chance to stay in touch with a civil servant from the municipal authorities.

Program - Interventions

The respondents stated that, for continuation of the program, it was important that the activities were considered necessary by the community. They determined this by comparing the actual numbers of participants in the activities with their personal expectations (Textbox 3, quote 16). It was important that the coalition kept on developing and implementing innovative activities, and that existing activities were constantly evaluated and improved by the program leader. They also mentioned that activities had to be recurrent (Textbox 3, quote 17), self-sufficient and embedded in collaborating organizations or existing interventions (Textbox 3, quote 18).

Program - Outcomes

The partners of the programs that were still ongoing stated that it was not the actual effects of the program, but the perceptions of the partners about the success of the program that promoted long-term commitment (Textbox 3, quote 19). These perceptions were based on feedback from participants in the activities. Respondents found it important that these perceptions were visible to the funding bodies and to the community members (Textbox 3, quote 20). On the other hand, the partners of the discontinued program reported that the sponsors had claimed there were insufficient factual health effects (Textbox 3, quote 21).

Textbox 3: Illustrative quotes of respondents for program

PROGRAM

Interventions

- ¹⁶Quote (Welfare worker, program 2) Obviously there's a need for this, because we see about 70 people at these gatherings.
- ¹⁷Quote (Professional, program 1) The Easter and Christmas breakfasts are now annually recurring events, which we'll always keep.
- ¹⁸Quote (Civil servant, program 4) What will remain are the permanent activities that are coordinated by professional organizations, for instant the Tai chi lessons. What will also remain is the annual street event for the children, because it's being organized by community members and welfare workers, who will also stay. Individual interventions like supermarket tours and education evenings for diabetes or dementia will disappear without an initiating organization.

Outcomes

- ¹⁹Quote (Professional, program 3) We see that it improves the health of people and the neighborhood as a whole. That encourages you, especially when you're a part of it. You don't improve people's health just by treating patients as a physiotherapist, but you also help improve community cohesion through the activities that you implement. That's health too.
- ²⁰Quote (Inhabitant, program 1) When people see tangible results, they become motivated to participate.
- ²¹Quote (Welfare worker, program 5) Measuring the results was also a weakness of the program. Because of the wide-ranging objectives, it was difficult to assess the actual health effects.

Discussion

Community health programs have been organized in the Netherlands for more than two decades now, so long-term sustainability deserves attention. We studied perceptions of the sustainability of Dutch programs and the factors that influence this sustainability.

There was no shared perception about the sustainability of the programs. Some partners were very positive, some negative and others were more neutral, all using a wide range of arguments to support their view. However, the partners expressed more confidence in the continuation of the pre-existing neighborhood collaborative structures, and citizens in particular believed that these would also continue to address the health of the community in the future. They had embraced health as a topic and felt responsible for organizing activities to improve the health of the community. This implicates that pre-existing collaborative structures might be more sustainable, especially for long term citizen involvement, confirming the prevailing idea that 'horizontal' programs (i.e. integrated in existing systems) are more sustainable than 'vertical' programs that stand alone (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; Scheirer, 2005). The programs are adapted to the neighborhood structure in which these citizens are working as volunteers, making it easy for them to see how health promotion can be integrated in their routine activities (Pluye et.al., 2004b). In the literature, this sense of responsibility is considered to be essential for strengthening the community capacity to achieve community-level change (Minkler & Wallerstein, 2005; Thompson & Winner, 1999; Thompson & Kinne, 1999; Zakus & Lysack, 1998); enduring changes in the community constitute one of the aspects of program sustainability (cf. Shediac-Rizkallah & Bone, 1998).

We found a wide range of different opinions about what makes a program sustainable, related to each aspect of the conceptual framework: a supportive political, administrative and community environment (context); a suitable leading organization that can be held accountable for achieving the goals of the program (leading organizations); a democratic, pleasant and revitalizing collaboration with a certain degree of formalization (coalition characteristics); the "right" partners that are facilitated, experience some personal advantage and have a sense of ownership in collaborating (collaborating partners); a dedicated, goal-oriented program leader who organizes practical matters and who keeps health high on the community agenda (leadership); recurrent, self-sufficient and innovative activities that receive support from the community and can be embedded in existing structures (interventions); visible effects (outcomes). Only, regarding the latter, there were different opinions about which effects should be made visible. The partners of the programs that were still ongoing found it important that the perceived successes were made visible, while the partners of the terminated program stated that the absence of factual health effects caused the discontinuation of the funding.

Even though it was not the aim of the current study to rank all these factors according to their importance, we found that one factor was frequently mentioned in close interaction with other factors, that of the program leader. The general belief is that coalitions will collapse without the program leaders, illustrating the vulnerability of these programs. This appears to be working through different mechanisms. Firstly, the partners stress the importance of securing the availability of a program leader in terms of permanent funding and political support. This corresponds to what Pluye, et. al. (2004b) called 'memory' (stable financial, material and human resources), one of the four characteristics they deem to be necessary to sustain a program within organizations.

Because of the nature of the financial organization of the studied programs, the stability of the resources greatly depends on governmental policy and political decision-making. Besides this organizational approach, the partners express great expectations of the program leaders themselves in achieving sustainability. The program leader is, on the one hand, expected to support the internal dynamics of the collaboration e.g. by motivating the partners and keeping them committed, organizing the coalition and implementing new and innovative activities. On the other hand, the program leader should create conditions that ensure that the program is incorporated into organizational routines, e.g. by creating a degree of formalization, assessing results and making them visible to funding bodies and the community. These multiple expectations correspond with a definition of sustainability as 'a dynamic process involved in program continuation and the broad range of its potential' (Sheirer, 2005; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998). The partners in the programs we studied rely on the professional initiator both for routinization and process leadership.

Therefore, this study once again demonstrates the importance of a "program champion" (Scheirer, 2005; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998; Ruland et.al., 2003; Jansen, 2007), a person who promotes the needs of the program at management level (e.g. political and organizational support), but also at an operational level (e.g. organizing and maintaining the coalition and its activities), particularly to help secure resources for its continuation. The literature has often advocated a "collaborative leadership style", in which the prominent responsibility of coalition leaders is to engage others in collective problem-solving, rather than taking unilateral and decisive action independently (Alexander et.al., 2006; Scheirer, 2005). This study only partly supports this, as only few people suggested that sustainability would be improved if the program leader delegated some of his tasks to other partners in the coalition, like citizens, welfare workers or other professionals. For the studied programs, routinization apparently has not been achieved to the extent that partners can exert the necessary leadership roles, pointing to a possible drawback of this type of professionally initiated coalitions.

A few methodological aspects have to be taken into account, which might have caused the many different opinions we found regarding perceived sustainability and the factors influencing it.

First, we did not measure the actual degree of sustainability, even though various authors have attempted to describe the multiple dimensions of sustainability (NORC, 2011; Pluye et.al., 2004a; Scheirer, 2005; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998; Swerissen & Crisp, 2004), which could assist in measuring the degree or dimensions of sustainability. We measured "perceived sustainability" and used a broad definition to define this concept. While many authors make a choice in what part of the program they want to be sustained, the coalition or its activities (Shediach-Rizkallah & Bone, 1998; Pluye et.al., 2004a; NORC, 2011), we did not narrow the concept down to one aspect. We measured sustainability of the program as a whole, i.e. the coalition and its activities. Additionally, we interviewed people with different backgrounds and different roles in the programs, who all may have approached sustainability from a different perspective.

Many studies have allowed a certain amount of time to elapse after external funding ended before examining sustainability (Scheirer, 2005). We studied programs that were still ongoing and used a type of "action research". The interviews in which we collected our data stimulated the thought processes of the partners, therefore, our study also functioned as an intervention that influenced the process of sustaining the programs. The practical value of this study was further optimized by the fact that the results and recommendations were presented to and discussed with the partners in each program.

The interviews were conducted by a former program leader of the RPHS, who knew some of the respondents personally. This may have affected the findings because some people may have opened up more easily, while others may have hesitated to express criticism. The conceptual framework turned out to be useful to categorize the factors related to sustainability reported in the literature, as well as to systematically analyze the factors from the empirical data collected. Moreover, it helped to reduce the risk that preconceptions on the part of the researcher affected data interpretation and analysis.

Finally, we managed to interview at least one person from each subgroup, and a large proportion of all partners involved in the five programs. Our sample therefore seems fairly representative of the programs that were the subject of our study. On the other hand, it was a relatively small sample, and all programs were organized by the same leading organization (RPHS), with very similar planning processes and organizational structures. We therefore need to be cautious in generalizing the results to other programs in the Netherlands, and when generalizing to community programs abroad, there is not only the organizational structure but also the political and social context to be taken into account. On the other hand, our findings are mostly consistent with those of other studies, so this increases the applicability to other settings.

We conclude that the present study makes an important contribution to the available knowledge about program sustainability. Even though we did not find a shared perception about sustainability of the programs, we demonstrated that integrating a program into pre-existing collaborative structures can increase the confidence amongst citizen about addressing health as a topic, also in the future. Secondly, it shows that sustaining community health programs in the Southern Limburg region depends on numerous factors. It therefore confirms the prevailing opinion that sustainability is a complex construct that is linked to all aspects of program organization and does not automatically follow after successful implementation (Pluye et.al., 2004a; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Florin et.al., 1993; Scheirer, 2005). The studied programs should have taken into account that sustainability involves different actions than initial implementation. Third, it points out the crucial role of the program leader in this complex process, whose role should be sustained in terms of stable resources, and who should act like a program champion and can operate on different levels of program organization. In order to improve the sustainability of the programs we studied, we advice (1) that the RPHS financially secures the role of the program leader through a different internal organizational policy and/or more durable external funding that does not rely on erratic political decisions, and (2) that the RPHS program leaders critically reconsider their own role as a program champion. Furthermore it is advisable to make sure that the programs that are built around a health coalition search for ways to integrate these coalitions into existing neighborhood structures. In future research it would be desirable to gain more information about the role of the program leader, but also to study the relative importance of each single factor and the way they are related to each other.

Literature

- Alexander, J. A., Weiner, B. J., Metzger, M. E., Shortell, S. M., Bazzoli, G. J., Hasnain Wynia, R., Sofaer, S. & Conrad, D. A. (2003) Sustainability of collaborative capacity in community health partnerships. *Medical Care Research Review*, 60, 130-60.
- Alexander, M., Zakocs, R. C., Earp, J. A. & French, E. (2006) Community coalition project directors: what makes them effective leaders? *Journal for Public Health Management and Practice*, 12, 201-9.
- Altman, D., Endreas, J., Linzer, J., Lorig, K., Howard-Pitney, B. & Rogers, T. (1991) Obstacles to and future goals of ten comprehensive community health promotion projects. *Journal of Community Health*, 16, 299-314.
- Blasinsky, M., Goldman, H. H. & Unutzer, J. (2006) Project IMPACT: a report on barriers and facilitators to sustainability. *Administration and Policy in Mental Health*, 33, 718-29.
- Bracht, N., Kingsbury, L. & Rissel, C. (1999) A five-stage community organization model for health promotion: Empowerment and strategies. In Bracht, N. (Ed.) *Health promotion at the community level 2: New advances*. 2nd ed. California: Sage Publications.
- Butterfoss, F. D. & Kegler, M. C. (2002) Toward a comprehensive understanding of community coalitions: Moving from practice to theory. In DiClemente, R. J., Crosby, R. A. & Kegler, M. C. (Eds.) *Emerging theories in health promotion practice and research: Strategies for improving public health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Butterfoss, F. D. & Kegler, M. C. (2009) The community coalition action theory. In DiClemente, R. J., Crosby, R. A. & Kegler, M. C. (Eds.) *Emerging theories in health promotion practice and research*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Florin, P., Mitchell, R. & Stevenson, J. (1993) Identifying training and technical assistance needs in community coalitions: a developmental approach. *Health Education Research*, 93, 557-574.
- Greenwood, D. J. & Levin, M. (Eds.) (2007) *An introduction to action research. Social research for social change*. London: Sage Publications.
- Harting, J. & Van Assema, P. (2007) *Community-projecten in Nederland. De eeuwige belofte?* Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- Jansen, M. (2007) *Mind the gap: Collaboration between practice, policy and research in local public health*. Maastricht: Maastricht University.
- Koelen, M. A. & Van den Ban, A. W. (2004) *Health education and health promotion*. Wageningen: Academic Publishers.
- Merzel, C. & D'Afflitti, J. (2003) Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*, 93, 557-74.

- Minkler, M. & Wallerstein, N. (2005) Improving health through community organization and community building: a health education perspective. In M., M. (Ed.) *Community organizing and community building for health*. 2nd ed. New Jersey: Rutgers.
- NORC (2011) *Developing a conceptual framework to assess the sustainability of community coalitions post-federal funding. Literature review*. Bethesda: University of Chicago.
- O'Loughlin, J., Renaud, L., Richard, L., Gomez, L. S. & Paradis, G. (1998) Correlates of the sustainability of community-based heart health promotion interventions. *Preventive Medicine*, 27, 702-12.
- Pluye, P., Potvin, L. & Denis, J. L. (2004a) Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27, 121-133.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L. & Pelletier, J. (2004b) Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promotion International*, 19, 489-500.
- Roussos, S. T. & Fawcett, S. B. (2000) A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annual Review of Public Health*, 21, 369-402.
- Ruland, E. C., Van Raak, A., De Vries, N. & Van Ree, J. (2002) Lessen van Hartsлаг Limburg: samenwerking in de openbare gezondheidszorg moet gestructureerd worden. In Jansen, J., Schuit, A. J. & van der Lucht, F. (Eds.) *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke doelgroepen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Ruland, E. C., Van Raak, A., Spreuwenberg, C. & Van Ree, J. (2003) Managing New Public Health: hoe zijn blijvende preventieve samenwerkingsverbanden te realiseren? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 81, 52-55.
- Scheirer, M. A. (2005) Is sustainability possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26, 320-347.
- Shediach-Rizkallah, M. C. & Bone, L. R. (1998) Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13, 87-108.
- Swerissen, H. & Crisp, B. R. (2004) The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promotion International*, 19, 123-30.
- Thompson, B. & Kinne, S. (1999) Social Change Theory. Applications to Community Health. (2) In Bracht, N. (Ed.) *Health promotion at the community level: New advances*. 2nd ed. California: Sage Publications.
- Thompson, B. & Winner, C. (1999) Durability of community intervention programs. Definitions, empirical studies, and strategic planning. In Bracht, N. (Ed.) *Health promotion at the community level 2. New Advances*. 2nd ed. California: Sage Publications.
- Wallack, L. M. (1993) *Media advocacy and public health: power for prevention*. California: Sage Publications.
- Weible, C., Sabatier, P. & Flowers, J. (2011) *Encyclopedia of public administration and public policy*. Taylor & Francis.

- Zakocs, R. C. & Edwards, E. M. (2006) What explains community coalition effectiveness?: a review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 351-61.
- Zakus, J. D. L. & Lysack, C. L. (1998) Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*, 13, 1-12.

Hoofdstuk 4

Dutch community health programs:
perceived determinants of sustainability

Submitted as:

Vermeer, A.J.M., Van Assema, P., Jansen, M.W.J., De Vries, N.K.

Factors influencing perceived sustainability of Dutch community health programs

Summary

The literature describes many different factors that affect the sustainability of community health programs, including factors relating to the context, the coalition and the program. The present study aimed to identify the factors that collaborating partners find most important as to improving the sustainability of community health programs in the Netherlands.

Questionnaires were completed by 202 collaborating partners of eight community health programs in 23 deprived neighborhoods in various regions of the Netherlands. The sample included volunteers, public health workers, welfare workers, civil servants and other professionals. Participants were asked to prioritize 36 factors by rating the importance of each factor (0-10) and by choosing their top five factors in terms of importance for program sustainability. They were also asked to indicate if the factor had been realized in their program. Descriptive statistics and permutation tests were used to analyze the data.

All proposed factors were perceived to be important for sustainability, with mean scores ranging from 6.3 to 8.6. Seven factors were considered most important, three of which had not been realized in all programs, viz. having the right people in the coalition, meeting residents' needs, and a collaborating partners' sense of effectiveness. The citizens attached the lowest importance to whether the activities meet residents' needs. This factor, and the importance of a good collaborative climate were not rated equally in the different programs.

This study has shown the importance of seven factors for the sustainability of community programs, three of which need special attention in attempts to improve program sustainability.

Introduction

The last decade has seen increasing interest in sustainability issues in the field of community health promotion. Funders, public health professionals and managers want to know if a program will endure (NORC, 2011; Scheirer, 2005). Especially when resources are used as "seed money" to appoint a program leader who is to build an infrastructure it is important to prepare for continuation of the program after the funding ends (Thompson, 1999). The essence of community health programs is that program leaders establish collaborative structures in which people from different community groups and organizations pool their resources to meet a common health promotion purpose. These collaborative structures, often referred to as coalitions, are meant to last long enough to keep health on the community agenda and to address other health issues after the initial problems have been resolved (Butterfoss & Kegler, 2009). A nationwide study of community programs in the Netherlands found that most of such programs do not reach the stage of maintenance and consolidation as it was originally intended (Harting & Van Assema, 2007). This means that the programs may not be continued by the community because they are not integrated in established structures or because the collaborative structure may disappear when the initiating program leader leaves (Bracht et.al., 1999).

To improve the sustainability of these community programs it is important to understand what key factors influence the process of program continuation and which of these have to be improved. As an initial step, we studied the international literature to identify factors that have been reported to influence the sustainability of community health programs (Vermeer et.al., 2012). These factors were then classified in a specially developed conceptual framework consisting of three layers: context, coalition, and program. The context layer identifies factors in the wider (physical, political, economic, and social) environment and factors relating to the leading organization that initiates the coalition (e.g. a strong organizational basis, organizational credibility and stable resources). The coalition layer comprises factors relating to leadership (e.g. supportive leadership style, negotiating skills of the program leader, and whether the program leader acts as a "program champion", i.e. playing different roles at different internal and external organizational levels); the characteristics of the coalition (e.g. positive climate, democratic decision making and formalized procedures); and the partners collaborating in the coalition (e.g. perceived costs and benefits, sense of ownership, support within their own organization). The program layer comprises factors relating to the interventions (e.g. flexible and/or system-wide and/or recurring activities), and the outcomes (e.g. quick wins, visibility of results, or measured effects) (Vermeer et.al., 2012).

As a second step, we conducted an explorative study in one region in the Netherlands involving semi-structured interviews with collaborating partners of community programs, in order to explore their perception of the sustainability of the programs and the factors influencing this sus-

tainability. This study taught us that factors from all layers of the conceptual framework were perceived to influence the sustainability of the program. However, the explorative nature of the study made it impossible to identify which of these factors were more important than others and what should be done to increase the sustainability of the programs. It was also impossible to determine if partners with different backgrounds (professions) have different opinions and to what extent the results could be generalized to other programs or regions in the Netherlands. In order to find out how to improve the sustainability of community programs in the Netherlands, the present study aimed to (1) assess which factors are perceived to be most important for the sustainability of Dutch community programs and whether there are differences in this respect between different programs and between types of collaborating partners; (2) distinguish which factors are perceived to have been realized in such programs and which have not.

Methods

Program and participant selection

Community health programs were selected by consulting a Dutch national interventions database (CentrumGezondLeven, 2009) as well as Dutch experts in the field of health promotion, i.e. researchers, health promoters, the RIVM Centre for Healthy Living, and the Netherlands Institute for Disease Prevention and Health Promotion. Community health promotion programs involving elements like intersectoral collaboration and citizen participation are being implemented in various parts of the Netherlands.

We studied programs with collaborative structures that “are formed by health professionals and community leaders at the initiative of a health organization. It is an alliance between people and organizations whose objectives typically differ, but who pool together resources to effect change, something that they cannot achieve on their own” (Butterfoss & Kegler, 2009; Pluye et al., 2004). We use the term *coalitions* and to address the collaborative structures in the studied programs. Even though they all use a community approach, the size of the communities involved varies greatly, influencing the kind of partners that are involved. Programs that target a relatively large geographic area, like a province, often involve collaborations with representatives from relatively large organizations, and little or no community participation. Conversely, programs that target small geographic areas, like a neighborhood, are usually characterized by greater involvement of community members. The present study focused on programs targeting small communities. Based on available program descriptions, we made an initial selection of 25 programs that specifically describe themselves as community programs targeting a small area, like a neighborhood or a school district. Most of these programs focus on changing individual lifestyles (e.g. educational and skills programs), while some aim to achieve changes in the environment (e.g.

increasing easily accessible facilities for physical exercise and availability of healthy food), and others focus on improving the coordination between health care and welfare services (e.g. early detection of overweight and referral to the right institution).

Eligibility was evaluated during telephone interviews with the program leaders, by assessing whether the program met the following inclusion criteria: it had to be an ongoing program with a collaborative structure, in which a relatively stable group of organizations and citizens participate in the planning and implementation process, and which had been in operation for at least one year at the time of data collection. Eleven programs were found to meet these criteria and were asked to participate. Three of them refused, due to lack of time.

After the program leaders had been asked to participate in the study, they informed their collaborating partners about the research and the benefits of participating (e.g. a chance to reflect on their own collaborative efforts, receiving program-specific results, and receiving recommendations). Participating program leaders were asked to submit a list of actively collaborating partners. Active collaboration was defined as having been involved in meetings in which interventions and activities were planned and/or organized during the preceding year. The program leader was also asked to indicate for each collaborating partner to which type of partners they belonged (citizens, public health workers, welfare workers, civil servants, or other professionals) and in which neighborhood the partner was active. In all, 379 collaborative partners of eight programs, covering 25 neighborhoods, were invited to complete a written questionnaire: 44 citizens, 76 welfare workers, 34 public health workers, 60 civil servants, and 165 people with other professions.

Questionnaire

The factors that had been identified in our previous study were incorporated into 36 questionnaire items, categorized according to the theoretical framework. The participants were asked to rate each factor in terms of perceived importance for sustaining the program, on a 10-point scale ranging from not important (1) to very important (10). After completing this for all 36 factors, they were asked to look back at all 36 items and draw up a top five of the factors they thought were most important. For each of these five items they were asked to indicate if their program already had realized it (yes/no/don't know). This top five approach was added as a result of a draft questionnaire pretested among four public health professionals.

Data analysis

Mean ratings of single factors were calculated, as well as the percentage of participants who had included a factor in their top five and the percentage who believed that their program had already realized the factor. Analyses were done for the total sample, as well as for the individual programs and categories of partners. Differences between programs and types of partners were assessed using permutation tests (Fisher's Exact Test). The data were analyzed using SPSS.17.0.

Results

Program characteristics

The main characteristics of the eight participating community programs are shown in Table 1. Three programs had established new coalitions for the purpose of the program (programs 2, 3, and 7), while two programs (5 and 6) had been completely integrated in existing collaborative structures, like intersectoral collaborations involving schools or neighborhood associations. The remaining three programs (1, 4, and 8) combined the two approaches.

Table 1: Characteristics of the programs included in the study, and response rates

Program	Geographic area (communities/ municipality/ province)	Approximate number of inhabitants per community	Main goal	Invited to participate	Response (%)
1	8 neighborhoods in city of Eindhoven (province of N. Brabant)	1500 to 5000	Reduce socio-economic health inequalities	80	63
2	4 neighborhoods in town of Amersfoort (province of Utrecht)	8000 to 12,000	Overweight prevention in children (9-19 years) and their parents	20	60
3	1 neighborhood in town of Tilburg (province of N. Brabant)	7500	Reduce socio-economic health inequalities	22	68
4	2 neighborhoods in town of Zwolle (province of Overijssel)	9000 to 15,000	Overweight prevention in children (0-19 years)	32	69
5	4 neighborhoods in town of Den Bosch (province of N. Brabant)	2500 to 10,000	Reduce socio-economic health inequalities	124	27
6	1 neighborhood in town of Hellendoorn (province of Overijssel)	2000	Overweight prevention in preschool children	8	100
7	1 neighborhood in city of Utrecht (province of Utrecht)	>15,000 (growing)	Health promotion in general	38	42
8	4 neighborhoods in town of Heerlen and village of Landgraaf (province of Limburg)	2500 - 5000	Reduce socio-economic health inequalities	55	82

Participants

A total of 202 participants (response rate 53%) returned the questionnaire. The sample consisted of 24 citizens (response rate 55%), 26 public health workers (response rate 76%), 40 welfare workers (response rate 53%), 32 civil servants (response rate 53%), and 80 people with other professions (response rate 48%). Response-rates per program ranged from 27% to 100%, and seemed to be inversely related to the number of participants invited; i.e., some programs probably interpreted the “actively collaborating” criterion more loosely than others and invited a larger group of people, who may have been less involved and less inclined to complete the questionnaire.

Among the collaborating partners of program 2, there was no response from citizens, because the program leaders did not want to bother the group (which consisted of volunteers) with this, and because they thought the questionnaire would be too complicated for the citizens. None of the individual factors had more than six missing values. Missing values were not replaced. A top five of factors was provided by 183 participants.

Factors influencing sustainability

Table 2 shows that the average scores for the perceived importance of factors ranged from 6.3 to 8.6. Fourteen factors were rated higher than 8.0. The five factors that received the highest average scores were: the program interventions meet the needs of the neighborhood residents (8.6); the availability of a leading organization (8.6); the program leader is enthusiastic and motivates collaborating partners (8.6); the presence of specific expertise in the leading organization about public health and the public administration systems (8.5); the coalition involves the right people and organizations, (8.4).

Of all factors mentioned above, fifty percent of the participants included the “meeting residents’ needs” factor in their top five, while 44% included the “leading organization” factor and 18% included the “enthusiastic program leader” factor. Other factors that were frequently included in top five lists included a sense that the program is effective (29%) and a positive and democratic working atmosphere in the coalition (29%).

Combining the ratings and the top five lists resulted in a list of seven factors that were perceived to be particularly important. Four of these factors were perceived to have already been realized by at least 79% of the participants, viz. the presence of specific expertise in the leading organization, an enthusiastic program leader, the availability of a leading organization, and a positive climate within the coalition. Three of these factors were perceived by considerably fewer participants to have been realized, viz. a sense that the program is effective (69%), activities meeting residents’ needs (63%), and the right people being involved in the coalition (60%).

Table 2: Perceived importance of factors for sustainability (N=202)

LAYER / Category	Factor	Ratings (1-10) Mean (SD)	Top five list (n=183) %	Realized % yes
CONTEXT				
Context	1. Social developments, like individualization of society	7.2 (1.59)	5	30
	2. Characteristics of the community, like general attitude towards programs	7.4 (1.52)	5	30
	3. Political support	8.0 (1.35)	19	54
Leading organization	4. Availability of an organization to lead the program	8.6 ^R (1.17)	44 ^E	80*
	5. Presence of specific expertise in the leading organization about public health and the public administration systems	8.5 ^R (1.03)	30 ^E	91*
	6. Availability of sufficient resources in the leading organization to organize health interventions	8.4 (1.22)	21	80
	7. Whether the leading organization is familiar among residents and has sufficient status	8.1 (1.32)	10	78
	8. Existing public health services functioning as the leading organization	6.7 (2.22)	7	77
	9. Availability of long-term resources to fund the leading organization after the initial project ends	8.1 (1.45)	16	57
	10. Availability of training courses to enhance capacities among the collaborating partners	7.0 (1.75)	5	25
COALITION				
Leadership	11. A program leader who facilitates and organizes practical issues in the coalition	7.5 (1.42)	7	83
	12. A program leader who continuously efforts to start new interventions after initial stage	7.6 (1.31)	5	70
	13. A program leader who supports citizens' activities and the coalition	7.8 (1.51)	13	83
	14. An enthusiastic program leader who motivates and stimulates the partners	8.6 ^R (1.0)	18	82
	15. A program leader who makes active efforts to keep the issue on the community agenda	8.4 (1.06)	10	89
	16. A program leader who stimulates the coalition to make progress and offer added value	8.4 (1.09)	17	72
	17. A program leader who stimulates further permanent integration of parts of the program	8.0 (1.21)	8	67
Coalition characteristics	18. Coalition focusing on themes relating to individual care rather than to collective prevention	6.3 (2.0)	3	33
	19. A positive and democratic working atmosphere in the coalition	8.3 (1.05)	29 ^E	79*
	20. Continuing development and improvement of the coalition	7.7 (1.12)	8	80

LAYER / Category	Factor	Ratings (1-10) Mean (SD)	Top five list (n=183) %	Realized % yes
COALITION				
	21. Involvement of the "right" people and organizations, like citizens, health care workers, doctors, etc.	8.4 ^R (0.96)	23	60
	22. Coalition functioning as a formal organization	7.8 (1.38)	11	68
	23. Coalition focusing on health matters that are important to the community	7.8 (1.29)	7	69
Collaborating partners	24. Personal advantages for partners in the coalition	7.3 (1.40)	8	86
	25. No unrealistic demands on collaborating partners' time, money and effort	6.7 (1.52)	1	0
	26. Partner organizations facilitating individuals' collaboration in the coalition	7.5 (1.90)	14	76
	27. Collaborating partners feeling that the coalition belongs to them	7.0 (1.66)	5	78
	28. Collaborating partners recognizing the health problems in the community	7.6 (1.29)	10	67
	29. Collaborating partners taking over certain tasks from the program leader	6.3 (1.89)	2	67
PROGRAM				
Interventions	30. Interventions meet the needs of the neighborhood residents	8.6 ^R (1.20)	50	63*
	31. Constant renewal and variety of activities	7.3 (1.33)	8	64
	32. Activities being self-supporting and capable of being implemented by other organizations	8.0 (1.20)	18	47
	33. Theme of health being presented in such a way that community members find it appealing and not too complicated.	8.2 (1.11)	15	54
Outcomes	34. Sense among collaborating partners that the program is effective	8.2 (1.06)	29 ^E	69*
	35. Measurements of effects	7.7 (1.21)	10	35
	36. Making successes and effects visible	8.0 (1.17)	13	35

^R Average rating is higher than 8.4^E Listed as most important 46 times or more (>25%)

*n<27

Differences between partners in perceived importance of factors

As is shown in Table 3, there were no significant differences between the various types of collaborating partnerct Test showed that the only factor for which there was a significant difference in scores between types of partners was that of “activities meeting the needs of the neighborhood residents”. Across all categories of collaborating partners, this is the factor that was most frequently included in the top five (50%), but only 29% of the citizens had included this factor in their top five, compared to 68% of the welfare workers.

Table 3: Percentage of people who listed the seven most important items among their top five, specified per type of collaborating partner

	Total						
		Citizen	Welfare worker	Public health worker	Civil servant	Other professionals	Fisher's Exact Test
Factor	(n=183) %	(n=21) %	(n=38) %	(n=20) %	(n=30) %	(n=69) %	P-value %
Item 4: Availability of an organization to lead the program	44	43	42	40	40	48	0.94
Item 5: Presence of specific expertise in the leading organization about public health and the public administration systems	30	19	21	40	37	30	0.35
Item 14: An enthusiastic program leader who motivates and stimulates the partners	18	24	8	24	17	20	0.35
Item 19: A positive and democratic working atmosphere in the coalition	29	38	26	20	23	33	0.57
Item 21: Involvement of the "right" people and organizations	23	19	26	20	20	26	0.93
Item 30: Interventions meet the needs of the neighborhood residents	50	29	68	40	43	52	0.03
Item 34: Sense among collaborating partners that the program is effective	29	33	26	32	43	22	0.26

Differences between programs in the perceived importance of factors

Table 4 shows that there was also a significant difference between programs in terms of the scores for the “meeting residents’ needs” factor. This factor was least frequently included in the top five by the participants of program 6 (13%) and most frequently by participants of program 2 (70%). Another factor for which there was a difference between programs was “there is a positive climate in the coalition”. This factor was least frequently included in the top five by participants of program 6 (13%), and most frequently by the participants of program 4 (55%).

Table 4: Percentage of people who listed the seven most important items among their top five, specified per program

	Total	Program								Fis-her's Exact Test
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Factor	(n=183) %	(n=44) %	(n=10) %	(n=14) %	(n=20) %	(n=31) %	(n=8) %	(n=15) %	(n=41) %	P-value %
Item 4: Availability of an organization to lead the program	44	43	50	36	30	48	50	33	51	0.78
Item 5: Presence of specific expertise in the leading organization about public health and the public administration systems	30	34	20	36	40	23	0	33	29	0.49
Item 14: An enthusiastic program leader who motivates and stimulates the partners	18	23	30	7	10	16	50	7	17	0.21
Item 19: A positive and democratic working atmosphere in the coalition	29	20	50	29	55	23	50	13	27	0.05
Item 21: Involvement of the "right" people and organizations	23	30	20	36	10	19	25	20	24	0.71
Item 30: Interventions meet the needs of the neighborhood residents	50	43	70	57	55	68	13	60	37	0.04
Item 34: Sense among collaborating partners that the program is effective	29	23	40	29	45	32	13	33	24	0.59

Discussion

Improving the sustainability of community health programs in the Netherlands requires an understanding of the factors that influence this sustainability. All factors included in the questionnaires used in the present study were perceived by the participants to be important for the sustainability of community health programs. Seven factors, belonging to each of the three layers of our conceptual model, were reported to be the most important ones. Two of these factors were from the *context layer*, viz. the availability of an organization that is responsible for leading the program, and the presence of the relevant expertise in the organization for the program. Particularly important factors from the *coalition layer* included whether the right people are involved in the coalition, whether the coalition functions in a positive atmosphere and whether the program leader is enthusiastic and motivating the collaborating partners. The factors from the *program layer* that were perceived to be highly important were neighborhood residents’ support

for the program and a sense among the collaborating partners that the program is effective. These findings imply that sustainability is determined by the presence of a leading organization and effective leadership, but also has much to do with other aspects of the process of collaboration and program implementation. This is in agreement with the literature about building and maintaining intersectoral coalitions, which emphasize the importance of a facilitating leading organization and a dedicated program leader as well as process related aspects in order to achieve long term commitment (Bracht et.al., 1999; Butterfoss & Kegler, 2002; Zakocs & Edwards, 2006).

As regards four of the seven most important factors, the vast majority of the participants were of the opinion that they had already been realized in their program. By contrast, a considerably lower number of participants reported the realization of the remaining three factors, viz. a sense of effectiveness of the program, activities meeting citizens' needs and the coalition involving the "right" people. This implies that these are the aspects that need special attention in attempts to improve the sustainability of the current programs.

The results were fairly consistent, since the perceived importance of most factors did not differ significantly among the programs and types of collaborating partners we studied. However, we did find a few differences. Firstly, the citizens in our sample attached the lowest importance to residents' needs being taken into account, while welfare workers considered this the most important factor. The welfare workers' view is not surprising, as it is the core business of welfare workers to involve residents and empower the community. But apparently, the citizens did not see such an important role for themselves in sustaining the programs, perhaps because they underestimated the importance of their own role. Secondly, the partners in different programs had different opinions about the importance of taking citizens' needs into account and about having a favorable climate in the coalition. These differences could not be explained by comparing the ratio of welfare workers to citizens in the various programs. This may relate to a different approach being used in different programs. Some programs pay more attention to a pleasant collaborative atmosphere, in order to keep partners motivated, while other programs focus more on doing things that are perceived to be necessary by the community, so as to legitimize their activities.

Our findings must be considered within the context of several limitations. First, the measurement method we used depended on personal perceptions of people who were working as partners in community programs, rather than on objectively measured factors. Hence, the evidence can be regarded as less strong than if we had actually distinguished more sustainable programs from less sustainable programs, and objectively measured the factors influencing them. Secondly, our purpose was to measure what is perceived to be important in terms of *sustaining* the programs.

Our pretest revealed the risk that participants might forget the concept of sustainability while answering the questionnaire, and instead focus on general program functioning. We tried to overcome this risk by combining two measurement methods. The high level of agreement between the results of the two methods suggests that the participants had a good understanding of the concept of sustainability. Lastly, the rather small number of eligible Dutch community programs resulted in a relatively small sample, making it difficult to show statistically significant differences between programs and types of partners. However, the fact that only minor differences were found between programs suggests that the results can be generalized to similar community health programs in the Netherlands.

This study has shown the importance of seven factors for sustaining Dutch community programs, relating to the context, the coalition and the program itself. Three of these, viz. involvement of the right people, meeting residents' needs, and a sense that the program is effective, stand out because they were not perceived to have been realized in all programs, thus providing an opportunity to improve sustainability. These aspects could be interrelated, as others have also pointed out that it is important to acknowledge the needs of the community in order for a program to be effective and to achieve and sustain community participation (Bracht et.al., 1999; Rifkin et.al., 2000; Zakus & Lysack, 1998; Bartholomew et.al., 2006).

Although we did not study why it is so difficult to involve the right people, this could be caused by the segmentation of the Dutch health care and social sectors, which complicates long-term collaboration between different sectors in the community (Paes, 2007; Plochg & Klazinga, 2002). A reason why the programs find it hard to meet residents' needs might be that citizens may not consider themselves as equal partners in the coalition. In addition, citizen participation does not occur spontaneously and should be stimulated (Rifkin et.al., 2000). The third factor, i.e. partners not regarding the program as effective, could be causally related to the other two. People might doubt whether the program could have an effect because they do not think they are collaborating with the right people and they do not feel that they are meeting citizens' needs. It could, however, also be related to the fact that there is not much evidence to show the effects of community health programs. Therefore, to improve the sustainability of programs, it would on the one hand be advisable to invest in the relationships with citizens and professional partners. On the other hand, one should also invest in measuring small-scale effects in everyday practice, and making them visible to collaborating partners and funders (Nelson et.al., 2007; Scheirer, 2005). This could be supported by action research (Dick, 2006; Greenwood & Levin, 2007).

One other factor that turned out to be important should not be forgotten, viz. the presence of a suitable leading organization. Even if the partners feel confident that there is an organization leading their program, it is questionable if this situation is secure in the longer term in Dutch

community programs, especially since funders and decision makers often use resources as seed money, expecting the community to continue the program after the infrastructure has been established (Thompson & Winner, 1999). Moreover, all leading organizations are government-funded and therefore depend on political decisions. It would therefore be advisable for community programs to critically reconsider the role of the leading organization in sustaining the program in the longer term.

Literature

- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G. & Gottlieb, N. H. (2006) *Planning health promotion programs. An intervention mapping approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bracht, N., Kingsbury, L. & Rissel, C. (1999) A five-stage community organization model for health promotion: *Empowerment and strategies*. In Bracht, N. (Ed.) *Health promotion at the community level 2: New advances*. 2nd ed. California: Sage Publications.
- Butterfoss, F. D. & Kegler, M. C. (2002) Toward a comprehensive understanding of community coalitions: Moving from practice to theory. In DiClemente, R. J., Crosby, R. A. & Kegler, M. C. (Eds.) *Emerging theories in health promotion practice and research: Strategies for improving public health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Butterfoss, F. D. & Kegler, M. C. (2009) The community coalition action theory. In DiClemente, R. J., Crosby, R. A. & Kegler, M. C. (Eds.) *Emerging theories in health promotion practice and research*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- CentrumGezondLeven (2009) *Interventiedatabase*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Dick, B. (2006) Action research literature 2004-2006. *Action Research*, 4, 439-458.
- Greenwood, D. J. & Levin, M. (Eds.) (2007) *An introduction to action research. Social research for social change*. London: Sage Publications.
- Harting, J. & Van Assema, P. (2007) *Community-projecten in Nederland. De eeuwige belofte?* Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- Nelson, D. E., Reynolds, J. H., Luke, D. A., Mueller, N. B., Eischen, M. H., Jordan, J., Lancaster, R. B., Marcus, S. E. & Vallone, D. (2007) Successfully maintaining program funding during trying times: Lessons from tobacco control programs in five states. *Journal of Public Health Management Practice*, 13, 612-20.
- NORC (2011) *Developing a conceptual framework to assess the sustainability of community coalitions post-federal funding. Literature review*. Bethesda: University of Chicago.
- Paes, M. (2007) *Wijkgezondheidswerk. Een studie naar 25 jaar wijkgericht werken aan gezondheid in Den Bosch-Oost*. 's-Hertogenbosch: Universiteit van Amsterdam.
- Plochg, T. & Klazinga, N. S. (2002) Community-based integrated care: myth or must? *International Journal of Quality Health Care*, 14, 91-101.
- Pluye, P., Potvin, L. & Denis, J. L. (2004) Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27, 121-133.
- Rifkin, S. B., Lewando-Hundt, G. & Draper, A. K. (2000) *Participatory approaches in health promotion and health planning. A literature review*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.

- Scheirer, M. A. (2005) Is sustainability possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26, 320-347.
- Thompson, B. & Winner, C. (1999) Durability of community intervention programs. Definitions, empirical studies, and strategic planning. In Bracht, N. (Ed.) *Health promotion at the community level 2. New Advances*. 2nd ed. California: Sage Publications.
- Vermeer, A. J. M., Van Assema, P., Jansen, M., Hesdahl, B. & De Vries, N. K. (2012) Duurzame wijkgerichte gezondheidsbevordering: wat is het en welke factoren spelen een rol? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 90, 97-104.
- Zakocs, R. C. & Edwards, E. M. (2006) What explains community coalition effectiveness?: a review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 351-61.
- Zakus, J. D. L. & Lysack, C. L. (1998) Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*, 13, 1-12.

Hoofdstuk 5

Leadership roles in sustaining
Dutch community health programs

Vermeer, A.J.M., Van Assema, P., Jansen, M.W.J., De Vries, N.K.
Leadership roles in sustaining Dutch community health programs

Abstract

The importance of program leaders in sustaining community health programs has been emphasized. The present study aimed to unravel the roles of program leaders in Dutch community programs and to assess which leadership roles might be especially important in sustaining the programs.

Community health programs, led by health promotion professionals of the regional Public Health Services (PHS), were started around 8 years ago in five deprived neighborhoods in the Southern Limburg region of the Netherlands. The programs are funded by municipal governments, and aim to promote health among residents by building and maintaining collaborative structures in which local partners identify health problems and implement interventions to solve them.

In-depth interviews were held with 31 collaborating partners (health promotion professionals, civil servants, welfare workers, other professionals, and citizens) in which the roles of the program leaders were discussed. Interviews were recorded, transcribed, and content-analyzed using NVivo 8.0.

The participants described the current roles of the program leaders as those of 'executive director' and 'entrepreneur'. To increase sustainability, the participants suggested that the program leaders continue in their current roles, but should devote more attention to delegating tasks and responsibilities, to empowering the community and to advocating the program in order to secure resources. Some participants, however, questioned the feasibility of delegating tasks and empowering the community in the programs we studied.

Community health programs cannot simply be handed over to the community after a few 'project years', but will need sustained guidance. Finding new ways to secure resources seems the most promising way to realize this.

Introduction

Community health promotion has been advocated as the best strategy to address socio-economic health inequalities in the Netherlands (Van der Lucht & Polder, 2010). In community health promotion, alliances are formed with community members and organizations from various sectors to solve commonly perceived health problems. One of the most important factors determining whether these alliances achieve their goals is often reported to be that of leadership (Roussos & Fawcett, 2000; Zakocs & Edwards, 2006; Bracht et.al., 1999). Although many different approaches to the concept of leadership are described in the literature, we generally identified five different roles of program leaders that have been found to be important for building or sustaining health promotion alliances. These roles are partly overlapping, but have different focuses.

As regards *building* effective health promotion alliances, it has been proposed that program leaders act as:

- 'executive director', responsible for organizing and managing the everyday activities of a program or a partnership (Roussos & Fawcett, 2000; Scheirer, 2005).
- 'entrepreneur' or 'change agent', focusing on relationships and building up a broad membership, mobilizing community members and functioning as a link between different sectors (De Leeuw, 1999; Rogers, 2003; Williams, 2010; Roussos & Fawcett, 2000; Wells et.al., 2007).

As regards *sustaining* the alliance and its interventions, it has been suggested that leaders are:

- 'delegators' of responsibility and resources to other people who are closest to the problem at hand (Shortell et.al., 2002);
- 'empowering leaders', using a leadership style in which team members' ideas and planning efforts are supported, decision-making is shared and investments are made to increase the capacity of the community members (Johnson, 1996; Kumpfer et.al., 1993; Butterfoss & Kegler, 2002; Alexander et.al., 2003);
- 'program advocates' or 'program champions', a function previously described by Scheirer (2005), Shediak-Rizkallah and Bone (1998) and Nelson et al. (2007) as someone who strongly advocates the continuation of a program. Such a leader is politically oriented, has negotiation skills and a sense of compromise, and particularly uses these skills to ensure sustained funding.

In the Netherlands, community health promotion has been practiced for over two decades (Harting & Van Assema, 2007). Currently, the focus is shifting to attempts to sustain the programs. It has been argued that strong leadership can play an important role in the administrative incorporation of public health collaborations (Ruland, 2008) and that the availability of a program leader is one of the most important factors in sustaining Dutch community programs (Vermeer et.al., submitted).

However, little is known about the current roles of program leaders in these programs, or about the roles that are suggested to bring the community programs from the building stage to the sustaining stage.

This study focused on five community health programs in deprived neighborhoods in the Southern Limburg region of the Netherlands. We aimed to identify how the program leaders and the collaborating partners (1) perceive the current roles of the program leaders and (2) which leadership roles they think can increase the sustainability of the programs.

The programs

Since 2000, the South-Limburg Public Health Service (PHS) has been implementing community health programs in three medium-sized municipalities (Heerlen, Landgraaf, and Kerkrade), located in a former mining area with traditional working class communities and high unemployment rates. The programs, entitled 'Uw buurt gezond!' ('A healthy neighborhood'), are being implemented in five disadvantaged neighborhoods. The PHS has appointed health promotion (HP) professionals for each program (0.76 FTE per program) to lead the program, alone or as a team. The leader(s) had to build and sustain collaborative structures in which local partners can identify the main health problems in the neighborhoods, based on morbidity statistics and perceived needs of the members of the community, and implement interventions to alleviate these problems. These alliances were to be formed across organizations and individuals with different backgrounds. The alliances were not intended to function for as long as it took to solve the original problems, but were meant to last long enough to keep health on the community agenda and to address other health problems in the future. The programs addressed problems mainly related to cardiovascular diseases and mental and social wellbeing. Program interventions ranged from the establishment of exercise facilities and school policies on birthday treats to cooking courses for adults (Vermeer, 2007).

After six years of implementation, the number of hours allocated to the program leader in each program were reduced by half (to 0.38 FTE), based on the original idea that collaborating partners would be able to take over more and more tasks and responsibilities from the program leader as time passed (Meurs & Zimmermanns, 1999; Tijssen & Zimmermanns, 2002).

Methods

Participant selection and data collection

Data collection took place about eight years after the first program had started. Four programs were still in operation, while one had been terminated after four years of implementation. A list was made of the program leaders (HP professionals) and active collaborating partners. Active

participation was defined as having been involved in debates about and/or the organization of the program in the year prior to the data collection or to the cessation of the program. This resulted in a group of 61 potential participants, mainly at the operational level of program organization, including five subgroups: program leaders, civil servants, welfare workers, other professionals (e.g. school principals, physical therapists) and citizens. For each program, a maximum of two persons from each of the five subgroups active in that program were selected, to obtain a representative sample. A total of 35 persons (3 program leaders and 32 collaborating partners) were invited for participation. All program leaders and one civil servant were involved in multiple programs.

The roles of the program leaders were discussed as part of a larger semi-structured interview. Participants were asked to describe the roles of the program leader(s) in their own words and to point out what should, could be or could have been done by the program leader to continue the alliance and its activities. This was done by means of open questions; there was no mention of the leadership roles that we had identified from the literature. Interviews were recorded and transcribed. The answers were categorized in terms of the two research questions and the leadership roles identified from the literature, using NVivo 8.0.

Results

Participants

A total of 31 participants involved in five programs were interviewed: three program leaders, four civil servants, four welfare workers, ten other professionals and ten citizens. Four of the persons invited (two citizens, one professional and one civil servant) did not participate because of illness or lack of time. This does not appear to have resulted in certain subgroups being underrepresented, and there was no reason to believe that the drop-out was selective. The ten remaining professionals were three heads of primary schools, two physical therapists, a pharmacist, a youth worker, a nursery school teacher, a manager at a home for the elderly, and a housing corporation employee. All citizens, six men and four women, were also active members of the neighborhood (residents') association.

Perceptions about the current program leader roles and the roles that are needed to increase sustainability

The program leader as an 'executive director'

In describing the roles of the program leaders, all subgroups mentioned that a program leader is the initiator of the program and the one who 'takes the lead'. More specifically, the program

leaders described themselves as ‘drivers or engines’ of the program, while others described them as the ‘owner’ (welfare worker), ‘director’ (civil servant) or ‘initiator’ (citizen). The program leaders themselves and the civil servants added that their task involved managing everyday activities, like drawing up annual activity plans and monitoring whether the goal, budget and plan are being adhered to (civil servant; program leader), because *‘with citizens things can develop in any direction’* (civil servant). Most professionals started out by explaining that all organizations in the neighborhood have their own interests, and that the leaders of the health programs are the only ones whose primary interest is in public health. The program leaders explained that they tried to encourage others as much as possible to organize activities and do the actual work, but *‘sometimes we organize activities ourselves to give the people an impression of what the program is about’* (program leader). This was also acknowledged by the other subgroups, except the civil servants, who were of the opinion that the program leaders used their expertise about health promotion to advise the community, rather than to deal with practical matters themselves.

As regards sustaining the programs, all subgroups mentioned that the role of executive director had to be maintained to some extent, although they had differing opinions about what should be maintained and how. The program leaders themselves and the citizens were clearest about the fact that the interest in health issues would fade if there was no one to take the lead and ‘keep the engine running’. A citizen explained, *‘The public is not interested in health. So if the program leader doesn’t put health on the agenda, no one will. And besides, the program leader has the specific knowledge about health that we need to organize health promotion interventions’* (citizen). One civil servant also referred to the knowledge and expertise of the program leaders, but saw them in a more consulting role. She stated that *‘As a professional organization, you should remain available for when your expertise is needed, but this full deployment of the program leader is too expensive’* (civil servant).

The program leader as ‘entrepreneur’

All subgroups mentioned that the program leaders organized meetings in order to ensure that people with different backgrounds discussed health topics and made plans, which meant that the program leaders *‘invite people, write reports, collect agenda topics, and chair the meetings’*. The citizens and professionals emphasized the importance of an enthusiastic leader for motivating collaborating partners in the community. *‘All program leaders are enthusiastic and have some kind of élan, which is very important when you want to get people to commit’* (professional). This was also mentioned by the program leaders themselves as an important aspect of their job: *‘We constantly try to trigger, stimulate and motivate people, so that people stay committed and morale stays high’* (program leader). These three subgroups also mentioned the fact that a program leader functions as a link between different people and interests. A citizen described that a program leader *‘has contacts in the field of health promotion and calls these people in*

when needed’ (citizen). One of the professionals mentioned the link that the program leader provided to other networks in the neighborhood, to the municipal authorities, to other organizations and to funding options; *‘things that we know absolutely nothing about’* (professional).

As regards the future roles required to increase the program’s sustainability, the program leaders, civil servants and professionals mentioned that this role of motivating and linking people should be intensified or carried out differently. For example, a civil servant mentioned that the program leader should make a greater effort to turn the health of the community into a ‘shared problem’: *‘You invite the municipal authorities and all the people who live and work in the community, and you find out together what is our shared problem and how we can find more systematic solutions to fight them’* (civil servant). A professional stated that the program leader should focus more on integrating the strengths of the various partners in the neighborhood. Another professional suggested that program leaders should make less of an effort to promote their own issues, but *‘to function as an intermediary between issues that others want to see resolved’* (professional).

The program leader as a ‘delegator’

A civil servant stated that *‘it was never intended that these programs should last forever’*, and that one of the main roles of the program leader was *‘to sensitize the neighborhood to health issues and to let the people who live there resolve these issues in their own preferred ways, so that the neighborhood will take over in the end’* (civil servant). But none of the participants, except one welfare worker, stated that the program leaders were already actively handing over tasks and responsibilities to others in the community, even though many of them mentioned a case during the interview in which they had succeeded in handing over some tasks or responsibilities. The program leader gave the following example: *‘In the beginning I was leading a group of people who were organizing activities in the neighborhood. Nowadays, they continue without my guidance and I am just one of the participants who contribute something to their collaboration when needed’* (program leader).

All interviewed groups stated that it was essential for sustainability that the program leaders started delegating more and more tasks and responsibilities to others, even though they all expressed some doubts about the extent to which this would be possible. One of the welfare workers said that a *‘well organized citizens’ committee could take over tasks from the program leader, even though this is easier said than done. I only managed to do this in a neighborhood with some people who were active in politics and who wanted to distinguish themselves from others’* (welfare worker). A citizen mentioned *‘It would be fantastic if a resident of the neighborhood could take over some organizing and chairing tasks, even though I don’t really know anyone who could do this’* (citizen).

The program leader as 'empowering leader'

According to all subgroups, program leaders attempt to be close to the people in the neighborhood, carefully listen to them to find out what they need, think along with them, advise them and support them in practical matters. One citizen stated that the program leader is *'someone who communicates with people, who is genuinely interested and knows exactly what people need'* (citizen). One of the program leaders explained that their task is to *'support the citizens by taking on managerial tasks, for instance making plans, dealing with financial matters and providing practical and financial support'* (program leader). None of the interviewed people stated that the program leaders actually made an effort to enhance the competences of the collaborating partners.

To increase sustainability, all subgroups except the professionals commented that it would be desirable if the program leaders made an effort to enhance the competences of people in the community, for instance by using the empowering concept of *'training the trainer'* (welfare worker), or *'draw up a roadmap and teach the people in the neighborhood how to organize their own health promoting activities'* (citizen). But they all wondered whether this was not based on unrealistic expectations of volunteers or others in the community. For instance, a civil servant expressed skepticism about educating volunteers because *'these associations usually rely on a few enthusiastic people, and everything falls apart when they quit'* (civil servant). A program leader stated that *'even though I invested a lot in a group of people in the neighborhood, still each time they choose an activity, they look at me and ask "is this allowed from a health point of view"? They just don't have the capacity; it is too abstract for them'* (program leader).

The program leader as 'program champion'

The program leaders and the welfare workers specifically stated that the program leaders were the ones responsible for promoting the continuity of the program. The program leaders and the civil servants stated that they had so far mainly focused on continuing the funding from the municipal government by *'reporting to the municipal authorities'* (program leader) and by *'presenting and illustrating plans and results of the program in council meetings'* (civil servant). The other subgroups did not mention anything about this role.

To increase sustainability, the program leaders felt they should do more to advocate the program and to secure resources, especially because they had the feeling that the program that was terminated had not received the attention for continuation it deserved: *'With hindsight, we spent all our efforts in creating awareness about health, but we should have invested much more to ensure sustainability'* (program leader). There were many different ideas about ways to secure more resources. A school principal saw more chances in *'thinking big'*, for instance, *'program leaders could achieve much more continuity if they engaged commercial companies like supermarkets, to provide schools with fruit for the children'* (professional). A welfare worker stated

that *'the program leader should start discussing sustainability with the collaborating partners so that they would become aware of its possible cessation and would take responsibility'* (welfare worker). The program leaders themselves saw more opportunities in sustaining their own role in the long term. Their idea was *'to make the program part of the primary tasks of the PHS, so that no additional funding would be needed to continue the role of program leader'* (program leader).

Discussion

Program leaders are often reported to be essential for building and sustaining community health promotion projects. The aim of the current study was to investigate what roles program leaders are currently fulfilling in five Dutch community programs, according to the people involved in these programs, and what these people think should be the role of program leaders as regards improving the sustainability of the programs.

According to the participants, the program leaders have so far been acting mainly in the roles of *'executive director'* and *'entrepreneur'*. The executive director role they described was that of someone who manages the everyday activities of the program and who ensures that health promotion interventions are implemented. The civil servants believed that program leaders do this through consultation and advice, while others saw a more active role (extra hands in the neighborhood). The entrepreneur they described is someone who mobilizes the community and encourages people to join in the organization of the program. In addition, the participants gave some examples that showed that the program leaders also occasionally adopted roles that are assumed to enhance sustainability, like handing over chairing tasks to volunteers, (acting as delegator), creating an environment in which community members' ideas are supported (an empowering leadership style) and investing in efforts to secure the financial support of the municipal authorities (program champion).

All subgroups of participants mentioned that enhancing the sustainability of the programs required the role of executive director or entrepreneur to be *maintained*, and that a program leader can never completely withdraw. They even suggested that the entrepreneurial role of linking people should be intensified. In addition, all subgroups suggested that program leaders should *delegate* more tasks and responsibilities to the community and that they should focus more on enhancing the competences of the community members to continue what has been built. At the same time, however, many of them also suggested that these efforts would have limited success, because it is not easy to find good volunteers and even more difficult to keep them committed. The program leaders are responsible for promoting the continuation of the

program and securing resources, acting as *program champions*, in order to ensure sustainability. The participants had some different ideas about ways to realize this, as the program leaders themselves suggested that their own role should be securely funded in the long term, while other professionals suggested that sustainability should be ensured through creative and innovative alliances, like public-private partnerships.

The findings of this study generally seem to agree with what has been reported by others, as all five leadership roles we identified from the literature were also mentioned by our participants. Our findings show that the program leaders did not focus on sustainability from the start, even though the prevailing view is that sustainability is something that needs to be addressed from the beginning and does not automatically follow from successful implementation (Pluye, 2004). The program leaders seem to have been mainly occupied with building alliances, motivating people and organizing interventions, rather than enhancing the strengths of the community, delegating tasks and finding new resources. Some authors have recommended that program leaders should withdraw in due time and hand over the program to other individuals, or incorporate it into organizations in the community (Scheirer, 2005; Thompson, 1999; Shediak-Rizkallah; Nelson, 2007). Our study demonstrates that the people who are actually involved in community health programs do not necessarily agree that this is possible. They acknowledge that the program leader's role must change over time and that they must start handing over some tasks and responsibilities to others, but as the Public Health Service (PHS) is the organization with the key responsibility for health promotion, it should never completely withdraw from the programs.

Roussos & Fawcett (2000) already briefly pointed out that different leadership skills may be useful during different stages. Our study underlines this and provides a closer understanding of the roles that are perceived to be necessary to sustain the Dutch community health programs. Some strengths and limitations of our study need to be addressed. First, while many studies have been performed after external funding had ended (Scheirer, 2005), we studied programs that were still ongoing and were trying to make the transition to sustainability. This implies that the findings of this study are solely based on the subjective ideas of the people involved in the programs, and provide no evidence of whether the recommendations made actually improve the sustainability of the programs. On the other hand, the program leaders and the other participants reported that the interviews had encouraged them to critically reflect on their program and their own role in it. For example, the program leaders defined 'sustainability goals' and requested training courses to improve their own negotiation skills in order to hand over tasks and responsibilities. This suggests that our study may have acted as an intervention that influenced the process of sustaining the programs, as a kind of action research (Dick, 2006; Greenwood & Levin, 2007).

We managed to interview at least one person from each subgroup, and a large proportion of all partners involved in the five programs. Our sample therefore seems fairly representative of the programs that were the subject of our study. On the other hand, the interviews were conducted among partners that were described by the program leaders as actively participating. This resulted in a list of participants working at the operational level in the neighborhood, but none working at the tactic or strategic level, such as administrative officers, the municipal executive, municipal councilors or managing directors of the collaborating organizations. Apparently, the program leaders did not define the roles of these people as actively participating. However, this does not mean that these people did not play any role in the programs, and they could have contributed valuable ideas about sustaining the programs and the role of the program leaders. Moreover, these people have a final decision-making role in making resources available to sustain programs. The interviews were conducted by a former program leader of the PHS, which may have affected the findings. It meant that the researcher was balancing different interests, being a researcher and being a program leader. In addition, the researcher knew some of the participants personally, so some people may have opened up more easily, while others may have hesitated to express criticism.

The five leadership concepts identified from the literature turned out to be useful to systematically categorize the empirical data we collected. It helped to reduce the risk that preconceptions on the part of the researchers affected the interpretation of the data. On the other hand, using these predefined concepts to analyze the rough data may have slightly steered the data analysis process, so leadership roles that were not included in the list of predefined concepts may have been overlooked.

To conclude, health promoters, funding bodies or policy makers should be aware that health promotion programs cannot simply be handed over to the community after a few 'project' years, but will need long-term guidance. Program leaders of the community health programs we studied have been focusing mainly on building alliances, but should adopt different roles if they want to ensure that programs are sustained. Enhancing the competences of the community and delegating tasks were often suggested, but the practical feasibility of such efforts was also questioned, as long-term commitment in the community is considered vulnerable. Therefore, securing resources seems the most promising approach. The leaders of the programs we studied should try to find new ways to secure these resources, as the municipal authorities do not define these programs as part of basic care and therefore do not guarantee permanent funding. One option could be to incorporate the program leader's role systematically in their own organization, as was also recommended by the program leaders themselves. But achieving this requires tough choices to be made, as the Limburg PHS covers eighteen municipalities, and it would be almost impossible for this organization to implement these relatively intensive programs in all neighborhoods. In

addition, the PHS should investigate whether the current program leaders have the right skills to change parts of their role to that of program champions or advocates who secure resources and empower the community to take over some tasks and responsibilities. The PHS should therefore invest in improving these skills and competences. In view of the variety of leadership skills needed, the programs may benefit from a leadership team that includes people with a variety of experiences and skills (Roussos & Fawcett, 2000).

Literature

- Alexander, J. A., Weiner, B. J., Metzger, M. E., Shortell, S. M., Bazzoli, G. J., Hasnain Wynia, R., Sofaer, S. & Conrad, D. A. (2003) Sustainability of collaborative capacity in community health partnerships. *Medical Care Research Review*, 60, 130-60.
- Bracht, N., Kingsbury, L. & Rissel, C. (1999) A five-stage community organization model for health promotion: Empowerment and strategies. In Bracht, N. (Ed.) *Health promotion at the community level 2: New advances*. 2nd ed. California: Sage Publications.
- Butterfoss, F. D. & Kegler, M. C. (2002) Toward a comprehensive understanding of community coalitions: Moving from practice to theory. In DiClemente, R. J., Crosby, R. A. & Kegler, M. C. (Eds.) *Emerging theories in health promotion practice and research: Strategies for improving public health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- De Leeuw, E. (1999) Healthy Cities: urban entrepreneurship for health. *Health Promotion International*, 14, 261-269.
- Dick, B. (2006) Action research literature 2004-2006. *Action Research*, 4, 439-458.
- Greenwood, D. J. & Levin, M. (Eds.) (2007) *An introduction to action research. Social research for social change*. London: Sage Publications.
- Harting, J. & Van Assema, P. (2007) *Community-projecten in Nederland. De eeuwige belofte?* Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- Johnson, K. (1996) Building capacity through collaborative leadership. *International Journal of Health Planning and Management*, 11, 339-334.
- Kumpfer, K. L., Turner, C., Hopkins, R. & Librett, J. (1993) Leadership and team effectiveness in community coalitions for the prevention of alcohol and other drug abuse. *Health education research*, 8, 359-374.
- Meurs, N. & Zimmermanns, N. (1999) *Projectbeschrijving Lokaal gezondheidsbeleid (wijkgericht werken)*. Heerlen: GGD Oostelijk Zuid-Limburg.
- Nelson, D. E., Reynolds, J. H., Luke, D. A., Mueller, N. B., Eischen, M. H., Jordan, J., Lancaster, R. B., Marcus, S. E. & Vallone, D. (2007) Successfully maintaining program funding during trying times: Lessons from tobacco control programs in five states. *Journal of Public Health Management Practice*, 13, 612-20.
- Rogers, E. M. (2003) *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Roussos, S. T. & Fawcett, S. B. (2000) A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annual Review of Public Health*, 21, 369-402.
- Ruland, E. C. (2008) *Bestuurlijke verankering van innovaties in de openbare gezondheidszorg. Lessen uit de casus Hartslag Limburg*. Maastricht: Maastricht University.
- Scheirer, M. A. (2005) Is sustainability possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26, 320-347.

- Shediak-Rizkallah, M. C. & Bone, L. R. (1998) Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13, 87-108.
- Shortell, S. M., Zukoski, A. P., Alexander, J. A., Bazzoli, G. J., Conrad, D. A., Hasnain-Wynia, R., Sofaer, S., Chan, B. Y., Casey, E. & Margolin, F. S. (2002) Evaluating partnerships for community health improvement: tracking the footprints. *Journal of Health Politics and Policy Law*, 27, 49-91.
- Tijssen, I. & Zimmermanns, N. (2002) *Presentatie algemeen bestuur*. Heerlen: GGD Oostelijk Zuid-Limburg.
- Van der Lucht, F. & Polder, J. J. (2010) *Van gezond naar beter. Kernrapport van de volksgezondheid toekomst verkenning (VTV) 2010*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Houten: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Vermeer, A. J. M. (2007) *Urenverdeling Uw buurt gezond! als basis voor Gezond Samen Leven*. Geleen: GGD Zuid Limburg.
- Vermeer, A. J. M., Van Assema, P., Hesdahl, B. & De Vries, N. K. (submitted) Factors influencing perceived sustainability of Dutch community health programs.
- Wells, R., Ford, E. W., McClure, J. A., Holt, M. L. & Ward, A. (2007) Community-based coalitions' capacity for sustainable action: the role of relationships. *Health Education Behaviour*, 34, 124-39.
- Williams, P. (2010) *Special agents: The nature and role of boundary spanners*. Cardiff: University of Wales Institute.
- Zakocs, R. C. & Edwards, E. M. (2006) What explains community coalition effectiveness?: a review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 351-61.

Hoofdstuk 6

Discussie

Inleiding

Het doel van dit onderzoeksproject was om inzicht te verkrijgen in de factoren die de duurzaamheid van vijf wijkgezondheidsprogramma's van de GGD Zuid Limburg beïnvloeden. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in kader van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg. Ten eerste is er een overzicht gegeven van wat er in de wetenschappelijke literatuur bekend is over duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsbevordering en hoe dit vertaald kan worden naar de Nederlandse situatie. Ten tweede is onderzocht welke factoren van belang worden geacht door betrokkenen voor de duurzaamheid van de wijkgezondheidsprogramma's in Zuid-Limburg. Vervolgens is landelijk onderzocht welke van deze factoren het belangrijkste worden gevonden en in hoeverre deze al gerealiseerd zijn. Als laatste is er ingezoomd op de rol van de kartrekkers van de GGD in relatie tot duurzaamheid. Daarnaast zijn er parallel aan deze stappen activiteiten uitgevoerd en keuzes gemaakt die ervoor hebben gezorgd dat het onderzoek volgend was op de praktijk en de resultaten vertaald konden worden naar concrete veranderingen in de praktijk.

In dit laatste hoofdstuk worden de voornaamste bevindingen van dit onderzoeksproject gepresenteerd en bediscussieerd, wordt een kritische reflectie gegeven op de methodologische aspecten en de gebruikte theorie, en worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor verder onderzoek. Tevens wordt inzicht gegeven in de nieuwe ontwikkelingen naar aanleiding van het onderzoek. Het hoofdstuk sluit af met een eindconclusie.

Voornaamste bevindingen

Duurzaamheid in de literatuur

'Duurzaamheid' is een zeer veel besproken en actueel thema in het (inter)nationale vakgebied van gezondheidsbevordering. Er is echter geen eenduidigheid over wat het begrip duurzaamheid inhoudt (hoofdstuk 1). Een recentelijk verschenen themanummer over duurzaamheid van TSG (TSG, 2012) en een internationale review (Stirman e.a., 2012) bevestigen dit wederom. In dit proefschrift is het gedachtegoed van Shediach-Rizkallah en Bone (1998) gepresenteerd als bruikbaar kader voor de betekenis van duurzaamheid in de Nederlandse wijkgerichte gezondheidsbevordering. Zij beschrijven drie betekenisdimensies van duurzaamheid: blijvende gezondheidseffecten, inbedden van programmaonderdelen in bestaande organisaties en het versterken van community capaciteit (hoofdstuk 2). Daarnaast zijn in de wetenschappelijke literatuur talloze factoren te vinden die duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsbevordering mogelijk beïnvloeden. In dit proefschrift is een conceptueel raamwerk gepresenteerd dat een ordening biedt voor deze factoren (figuur 1). Dit raamwerk bestaat uit drie lagen (context, samenwerking en

programma) en zeven categorieën (context, kartrekkende organisatie, leiderschap, samenwerking, samenwerkingspartners, interventies en uitkomsten).

Figuur 1: Conceptueel raamwerk van factoren die duurzaamheid beïnvloeden

Het kader van betekenisdimensies en het conceptueel raamwerk helpen bij het begrijpen van de complexiteit van duurzaamheid binnen wijkgerichte gezondheidsbevordering; ze helpen bij het ordenen van de verschillende betekenissen van duurzaamheid en de zaken die mogelijk van invloed zijn op duurzaamheid. In de literatuur lijken we voorzichtige aanwijzingen te vinden dat de twee kaders aan elkaar gerelateerd kunnen worden (hoofdstuk 2). Zo lijken de laatste twee categorieën van beïnvloedende factoren (interventies en uitkomsten) vooral van belang voor het bereiken van *langdurige gezondheidseffecten* (dimensie 1), en lijken de overige categorieën van beïnvloedende factoren vaker in verband gebracht te worden met het *verankeren van programma-onderdelen in een organisatiestructuur* (dimensie 2) en met het *versterken van community capaciteit* (dimensie 3).

Belangrijke factoren voor duurzaamheid uit het huidige onderzoek

In overeenstemming met eerdere studies (Roussos & Fawcett, 2000; Israel e.a., 2006), zijn door de geïnterviewden talloze zaken genoemd die een rol spelen bij het verduurzamen van wijkgerichte gezondheidsbevordering. Alle zeven categorieën van factoren uit het conceptueel raamwerk lijken

dan ook een rol te spelen in de Zuid-Limburgse programma's (hoofdstuk 3). Uit de landelijke studie kunnen zeven belangrijkste factoren worden onderscheiden: de aanwezigheid van een kartrekkende organisatie, een motiverende en enthousiaste kartrekker, de aanwezigheid van relevante expertise op het gebied van gezondheidsbevordering, de 'juiste' partners in de samenwerking, een positieve sfeer in de samenwerking, aansluiten bij de behoefte bij de buurtbewoners, en het heersende gevoel dat het programma werkt. Drie van de factoren zijn volgens de deelnemers nog niet goed gerealiseerd in de onderzochte programma's: de juiste mensen in de samenwerking, aansluiten bij de behoefte van bewoners en het heersende gevoel dat het programma werkt (hoofdstuk 4).

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de kartrekkers van de wijkgezondheidsprogramma's een speciale rol vervullen. In hoofdstuk 3 komt al aan de orde dat de kartrekker door de geïnterviewden vaak in verband wordt gebracht met zaken die te maken hebben met het onderhouden van het interne samenwerkingsproces, maar ook met zaken die het uitvoeringsproces van de interne samenwerking overstijgen, zoals het genereren van politieke steun en financiële middelen voor continuering. In hoofdstuk 4 worden aanwijzingen gevonden dat twee eigenschappen van de kartrekker specifiek van belang zijn: een motiverende en enthousiasmerende kartrekker, en een kartrekker die expertise heeft op het gebied van gezondheidsbevordering. Beide zaken lijken in orde te zijn in de onderzochte programma's. De verdiepende analyses in hoofdstuk 5 bevestigen het beeld uit de eerdere hoofdstukken en geven meer informatie over de rollen die de kartrekkers vervullen in relatie tot duurzaamheid. De kartrekkers vervullen tot op heden vooral een rol als 'uitvoerend coördinator' (iemand die zorg draagt voor de dagelijkse gang van zaken) met expertise van gezondheidsbevordering; en als 'entrepreneur' (iemand de brede allianties aangaat, de community mobiliseert en verbindingen legt) waarvoor een enthousiasmerende en motiverende rol vereist is. Het onderzoek laat zien dat het voor het continueren van de programma's belangrijk wordt gevonden dat deze rollen behouden blijven. De geïnterviewden geven daarentegen wel aan dat de rol van uitvoerend coördinator iets afgebouwd zou kunnen worden en dat de kartrekkers meer aandacht zouden moeten hebben voor het delegeren van taken en het versterken van de capaciteiten in de wijk. Wat essentiëler wordt gevonden, is dat de kartrekkers als een *program champion* meer gaan zoeken naar creatieve oplossingen voor het verzekeren van de financiële middelen,

Belangrijkste factoren gerelateerd aan bestaande literatuur

De zeven factoren uit de landelijke studie (hoofdstuk 4) en de drie leiderschapsrollen uit de verdiepende Zuid-Limburgse studie (hoofdstuk 5) zijn geplaatst in het conceptueel raamwerk (figuur 2). Omdat de leiderschapsfactoren uit de landelijke studie veel overlap vertonen met de

leiderschapsrollen uit de verdiepende analyse, is de factor 'motiverende en enthousiasmerende kartrekker' ondergebracht bij het meer omvattende begrip 'entrepreneur' en de factor 'expertise op het gebied van gezondheidsbevordering' bij 'uitvoerend coördinator'. Dit resulteert in *acht factoren* die volgens het huidige onderzoek de duurzaamheid van de wijkgezondheidsprogramma's beïnvloeden. Van alle factoren is aangegeven of zij wel of niet gerealiseerd lijken te zijn in de onderzochte programma's.

Figuur 2 : Acht belangrijkste factoren geplaatst in het conceptueel raamwerk

Hieronder volgt per laag van het conceptueel raamwerk een beschrijving van de acht belangrijkste factoren, afgezet tegen bestaande wetenschappelijke inzichten.

Programma

1. Gevoel dat het programma werkt

Uit het huidige onderzoek blijkt dat betrokkenen bij een wijkgezondheidsprogramma het zeer belangrijk vinden dat zij het gevoel hebben dat het programma waar zij zich voor inzetten 'werkt'. Dit gegeven is niet nieuw. Ook anderen rapporteerden al dat niet zozeer de gemeten en gedocumenteerde effecten, maar vooral de ervaren voordelen van belang zijn voor duurzaamheid (Scheirer, 2005). Dat mensen hun betrokkenheid als zinvol ervaren en het gevoel hebben dat het leidt tot snelle en zichtbare resultaten kan bovendien belangrijk zijn voor het

bereiken van community participatie (Zakus & Lysack, 1998), het adopteren van innovaties (Fleuren e.a., 2004) en het opzetten van effectieve samenwerkingsverbanden (Zakocs & Edwards, 2006). Uit het huidige onderzoek blijkt dat het niet altijd goed lukt om dit te realiseren, omdat de betrokkenen bij de onderzochte wijkgezondheidsprogramma's niet het gevoel hebben dat hun programma werkt (hoofdstuk 4). Dit onderzoek toont ook aan dat de daadwerkelijk gemeten effecten niet onbelangrijk zijn, omdat de afwezigheid ervan als belangrijke reden werd genoemd om een programma te stoppen (hoofdstuk 3). Zonder geëvalueerde effecten zijn gezondheidsprogramma's kwetsbaar, zeker als beleidsmakers om bewijsvoering vragen (Nelson e.a., 2007; Roussos & Fawcett, 2000). Maar andersom zijn wetenschappelijke effecten alleen vrijwel nooit doorslaggevend voor het besluit tot voortzetting van de financiering (Nelson e.a., 2007; Scheirer, 2005).

2. *Activiteiten moeten aansluiten bij de behoefte in de wijk*

De partners van de onderzochte wijkgezondheidsprogramma's vinden het belangrijk dat de activiteiten aansluiten bij de behoeften in de wijk. Bekend is dat inzicht hebben in de behoeften van wijkbewoners een belangrijke voorwaarde is voor het kunnen starten van community programma's (Bracht e.a., 1999). Echter, dat het ook zo belangrijk is voor duurzaamheid komt veel minder sterk naar voren uit de bestaande literatuur. Dat de partners uit dit onderzoek de aansluiting bij behoeften uit de wijk zo belangrijk vinden, kan voortkomen uit het feit dat men zinvol bezig wil zijn. Aansluiten bij behoeften van de wijk zou kunnen bijdragen aan het gevoel dat het programma werkt, zoals beschreven in de vorige alinea. Voor het verankeren van programma's in organisatiestructuren is het belangrijk dat het programma past binnen bestaande doelstellingen en werkwijzen van organisaties (compatibiliteit) en aangepast kan worden aan de lokale context (Fleuren e.a., 2004; Pluye e.a., 2004b; Scheirer, 2005). De samenwerkingspartners van de onderzochte programma's beschouwen de wijk mogelijk als 'organisatie' waarin zij gezondheidsbevorderende activiteiten trachten te verankeren en vinden ze het daarom belangrijk dat wordt aangesloten bij de behoeften.

Het feit dat de onderzochte partners aangeven dat zij er niet in slagen om aan te sluiten bij de behoeften van de wijk, is een indicatie dat er fouten worden gemaakt in de manier waarop de bewonersparticipatie is vormgegeven. Bekende zaken die vaak mis gaan bij bewonersparticipatie zijn: te weinig tijd om bewonersparticipatie daadwerkelijk vorm te geven, de interventie is te strikt en teveel gestuurd door medische keuzen, de wijkbewoners hebben te weinig invloed op de besluitvorming en de doelen, wijkbewoners worden pas betrokken gedurende de uitvoeringsfase, en de overheid is terughoudend in het toekennen van zeggenschap aan de burgers (Zakus & Lysack, 1998).

Samenwerking

3. *De "juiste" samenwerkingspartners*

Betrokkenen van onderzochte wijkgezondheidsprogramma's vinden het belangrijk dat de 'juiste' samenwerkingspartners participeren, iets wat lastig te realiseren schijnt te zijn. Huisartsen en gemeenteambtenaren worden vaak gemist. Bovendien vragen de partners zich af of de bewoners die participeren wel een goede vertegenwoordiging zijn van de beoogde doelgroep (hoofdstuk 3). Dit illustreert een representativiteitsprobleem dat vaker geconstateerd wordt bij het realiseren van duurzame participatie (Zakus & Lysack, 1998) of het realiseren van duurzame intersectorale samenwerking (Zakocs & Edwards, 2006; Israel e.a., 2006).

4. *Een positieve sfeer in de samenwerking*

Het huidige onderzoek wijst uit dat de samenwerkingspartners een positieve sfeer en een prettige samenwerking zeer belangrijk vinden voor duurzaamheid. Eerdere studies toonden al aan dat een prettige sfeer kan bijdragen aan duurzame relaties en dat samenwerkingsrelaties vaak mislopen vanwege een minder goede sfeer (Israel e.a., 2006; Zakus & Lysack, 1998). Een positieve sfeer is ook belangrijk voor het continueren en/borgen van activiteiten. Mensen die plezier hebben in het organiseren van een activiteit zullen sneller geneigd zijn dit te continueren (Pluye e.a., 2004b). In de Nederlandse wijkgezondheidsprogramma's lijkt dit overigens geen probleem te zijn (hoofdstuk 4).

5. *De kartrekker als 'uitvoerend coördinator'*

Dit onderzoek leert dat de kartrekkers van de wijkgezondheidsprogramma's vaak veel praktische taken uitvoeren die ervoor zorgen dat het programma blijft draaien en dat het belangrijk is voor het voortbestaan van het programma dat iemand dit blijft doen. Het belang van zo'n 'uitvoerend coördinator' voor het organiseren van effectieve samenwerkingsverbanden is in de literatuur al eerder benadrukt (Roussos & Fawcett, 2000). Deze rol wordt echter veel minder vaak in verband gebracht met duurzaamheid. Diverse auteurs zijn van mening dat kartrekkers zich in de loop van de tijd moeten terugtrekken en het programma moeten overdragen aan anderen of moeten inbedden in organisaties in de wijk (Nelson e.a., 2007; Scheirer, 2005; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998; Thompson & Winner, 1999). Dit onderzoek toont aan dat de betrokkenen bij de wijkgezondheidsprogramma's van mening zijn dat de huidige kartrekkers ongetwijfeld een aantal taken en verantwoordelijkheden zouden kunnen delegeren naar anderen, maar zij geloven niet dat dit mogelijk is voor de gehele kartrekkerrol. Er blijft een beperkte formatie noodzakelijk om het programma structureel te continueren en coördineren.

6. De kartrekker als 'entrepreneur'

Over de rol van 'entrepreneur' van de kartrekkers levert dit onderzoek vergelijkbare bevindingen op als voor de rol van 'uitvoerend coördinator': de kartrekkers voeren die rol nu uit en ook hiervan wordt gezegd dat de huidige kartrekkers die rol moeten blijven voortzetten. Het wordt belangrijk gevonden dat er iemand is die onafhankelijk van de bewoners en organisaties in de wijk opereert en die probeert anderen te mobiliseren tot samenwerking. Enerzijds wordt de enthousiasmerende rol gewaardeerd en anderzijds de rol als verbindende schakel die naar creatieve en nieuwe oplossingen zoekt. Vooral professionele samenwerkingspartners denken dat de duurzaamheid van de programma's vergroot kan worden als de huidige kartrekkers zich nog meer zullen opstellen als verbindende schakels die onafhankelijk acteren tussen belangen van diverse samenwerkingspartners (hoofdstuk 5). Dit komt overeen met de heersende gedachte in de literatuur. Door op te treden als entrepreneur kunnen oplossingen voor problemen gevonden worden die de wijk versterken en die passen in de bestaande organisatiestructuren (Jansen e.a., 2008; Williams, 2010).

7. De kartrekker als 'program champion'

In overeenstemming met diverse studies op het gebied van duurzaamheid worden ook in dit onderzoek aanwijzingen gevonden dat de kartrekkers zich meer zouden moeten opstellen als een *program champion*; een actieve pleitbezorger van het programma, vooral met als doel om financiële middelen zeker te stellen (Nelson e.a., 2007; O'Loughlin e.a., 1998; Scheirer, 2005; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). Deze rol vertoont overlap met de rol van 'entrepreneur' vanwege de creativiteit die vereist is en de vaardigheid om diverse mensen aan zich te binden. De *program champion* heeft echter een gerichter doel: het zeker stellen van financiële middelen voor het programma. Het is dan ook niet iemand die onafhankelijk van alle partijen opereert, maar vanuit een organisatieoverstijgend en gezamenlijk belang: financiële borging van het wijkgezondheidsprogramma. Deze studie toont aan dat de huidige kartrekkers hier meer in zouden moeten investeren.

Context

8. Aanwezigheid van de kartrekkende organisatie

In tegenstelling tot de heersende gedachte onder financiers dat het programma ervoor zorgt dat de community dusdanig wordt versterkt dat de wijk het programma uiteindelijk overneemt, levert deze studie aanwijzingen dat dit niet mogelijk is voor de onderzochte programma's. De samenwerkingspartners zijn van mening dat er structurele middelen moeten zijn voor de borging van de rol van de kartrekker. Pluye e.a. (2004b) onderschrijven het belang van stabiele middelen voor het inhuren van personeel en management om het programma te laten voortbestaan. Het borgen van de kartrekkerrol is ook in lijn met de institutionalisatie gedachte,

die er vanuit gaat dat programma's uiteindelijk ingebed dienen te worden in bestaande organisaties om te kunnen blijven voortbestaan (Swerissen & Crisp, 2004). Overigens zijn partners in de onderzochte programma's uit hoofdstuk 4 van mening dat aanwezigheid van de kartrekkende organisatie binnen hun programma gerealiseerd is. Het lijkt dus dat de middelen vooralsnog gerealiseerd zijn, maar de vraag is hoe stabiel die middelen zijn aangezien dit soort programma's meestal afhankelijk zijn van gemeentelijke financiering en tijdelijke projectgelden (Meijer & Sturkenboom, 2009).

Reflectie op het onderzoek

Verbinding onderzoek-praktijk

In lijn met de gedachte van de Academische Werkplaats is in dit project gezocht naar de verbinding tussen onderzoek en praktijk. Dit heeft verschillende consequenties gehad voor de onderzoeksopzet en voor het verloop van het proces.

Actiegericht onderzoek

Dit onderzoek was sterk actiegericht, wat betekent dat het onderzoek op zichzelf ook een interventie was (Dick, 2006; Greenwood & Levin, 2007). De diepte-interviews onder de Zuid-Limburgse samenwerkingspartners zijn dusdanig vormgegeven dat de geïnterviewde samenwerkingspartners gestimuleerd zijn om kritisch te kijken naar hun eigen werkwijze in de wijk. In iedere programma-wijk zijn de resultaten door de onderzoeker en de kartrekker van het programma vervolgens gepresenteerd aan de samenwerkingspartners. Om ervoor te zorgen dat de samenwerkingspartners de resultaten begrepen en konden relateren aan hun eigen werkzaamheden, zijn zoveel mogelijk citaten aangehaald uit die betreffende wijk. De presentaties eindigden met een discussie waarin de partners hun mening hebben gegeven over de betekenis van de resultaten en de mogelijke veranderingen om het wijkprogramma duurzamer te laten zijn. Op basis van de resultaten en de discussiebijeenkomsten zijn vervolgens voor iedere wijk duurzaamheidspeerpunten geformuleerd door de kartrekker. Ook zijn aan de jaarlijkse activiteitenplannen duurzaamheidsdoelen toegevoegd.

In de landelijke studie is een vragenlijstopzet gekozen die zo min mogelijk belastend was voor de deelnemende partners. Om de opbrengsten voor de partners zo groot mogelijk te maken, is voor ieder programma een rapportage gemaakt waarin de resultaten voor dat programma beschreven zijn. Tevens heeft de onderzoeker aangeboden om de resultaten te komen toelichten in bijeenkomsten met de samenwerkingspartners. Geen enkele regio heeft gebruik gemaakt van dit aanbod. Enkele kartrekkers daarentegen hebben aangegeven dat de rapportage volgende materiaal bood om er zelf mee aan de slag te gaan. Zij hebben de resultaten verwerkt in hun eigen rapportages naar financiers of hebben het rapport geagendeerd in een overleg met

de samenwerkingspartners. Andere kartrekkers hebben, wellicht door de hectiek van alledag, het onderzoek naar de achtergrond laten verdwijnen. Dit illustreert overigens hoe lastig het voor kartrekkers is om aandacht te hebben voor de lange termijn, als de samenwerkingspartners vooral geïnteresseerd zijn in concrete activiteiten en snelle resultaten.

Ten gevolge van het onderzoek hebben de Zuid-Limburgse kartrekkers geconstateerd dat ze zich wellicht te dienstbaar hebben opgesteld naar de samenwerkingspartners, als gevolg van het jarenlange accent op het creëren van draagvlak. Om duurzame afspraken te maken met samenwerkingspartners moeten ze als gelijkwaardige partners kunnen onderhandelen, in plaats van 'u vraagt, wij draaien'. Om de capaciteiten en competenties van de kartrekkers te vergroten in het bespreekbaar maken van duurzaamheid, is een scholing onderhandelingsvaardigheden georganiseerd. In de scholing hebben de kartrekkers gesprekstechnieken aangeleerd om te onderhandelen met partners over ieders verantwoordelijkheid en rol in de toekomstige verankering van het wijkgezondheidsprogramma.

De Zuid-Limburgse kartrekkers van de GGD hebben aangegeven dat ze een verandering hebben geconstateerd bij henzelf en bij de samenwerkingspartners. Waar duurzaamheid voorheen een begrip was dat lastig te bespreken was vanwege de angst op stopzetting van het programma dat ermee gepaard ging, is het nu een relevant thema geworden waarbij iedereen bereid is om kritisch te kijken naar de eigen rol. Het onderzoek heeft op deze manier dus bijgedragen aan het versterken van de vaardigheden en mogelijkheden van de samenwerkingspartners en de kartrekkers om de wijkgezondheidsprogramma's duurzamer te maken.

De rol van de onderzoeker

De onderzoeker is zelf werkzaam geweest in alle onderzochte programma's in Zuid-Limburg. Dit heeft de onderzoeksresultaten mogelijk op een aantal manieren beïnvloed.

Ten eerste is de onderzoeker, als voormalig kartrekker van wijkgezondheidsprogramma's, zelf probleemeigenaar en heeft samen met de overige Zuid-Limburgse kartrekkers de vraagstelling van dit onderzoek geformuleerd.

Ten tweede heeft de onderzoeker, door haar grote betrokkenheid bij de dagelijkse praktijk, mogelijk anderszins antwoorden gestuurd door de selectie en verwoording van interview- en vragenlijstvragen. Getracht is om dit uit te sluiten door te beginnen met diepte-interviews met open vragen.

Ten derde kent de onderzoeker bijna alle geïnterviewden en wisten de geïnterviewden dat zij een directe collega is van de (andere) kartrekkers. Enerzijds is dit voordeel, omdat mensen wellicht meer bereid zijn om deel te nemen uit loyaliteit naar de onderzoeker en haar collega's. Ander-

zijds zouden mensen geneigd kunnen zijn tot sociaal wenselijke antwoorden. Geprobeerd is om dit deels te ondervangen door voorafgaand aan de interviews te benadrukken dat allen gebaat zijn met zo eerlijk mogelijke antwoorden, dat er vertrouwelijk wordt omgegaan met de gegeven antwoorden en dat resultaten in rapportages niet herleidbaar zouden zijn naar personen.

Als laatste zou de verwerking, interpretatie en rapportage van de data gekleurd kunnen zijn door de onderzoeker. Getracht is dit te ondervangen door de interviews letterlijk uit te typen in transcripten en deze transcripten met behulp van NVivo te analyseren. Ook heeft een tweede onderzoeker de transcripten gelezen en de coderingen gecontroleerd. Om de subjectiviteit van de interpretatie van de onderzoeksresultaten te minimaliseren zijn de resultaten zowel landelijk als op Zuid-Limburgs niveau getoetst op herkenbaarheid. In Zuid-Limburg zijn de resultaten besproken met de kartrekkers en de samenwerkingspartner van de deelnemende programma's. Alle betrokkenen hebben aangegeven de resultaten te herkennen. Bij de landelijke studie gaven de hoge gemiddelde scores voor de bevroegde items aanleiding om te veronderstellen dat de zaken die in Zuid-Limburg van belang zijn ook landelijk herkend worden.

Methodologische kwesties

Onderzoeksmethoden

Het onderzoeksproject wordt gekenmerkt door een combinatie van onderzoeksmethoden. Er is gestart met een brede literatuurstudie en daarna is een kwalitatieve studie uitgevoerd. Op basis van de resultaten van die studie is een gestructureerde vragenlijst ontwikkeld die vervolgens landelijk is getoetst in een kwantitatieve studie. Als laatste is een verdiepende kwalitatieve studie uitgevoerd naar een concept dat uit de voorgaande stappen als belangrijk naar voren kwam.

Door deze stappen is enerzijds getracht om de abstracte wetenschappelijke kennis te toetsen in de dagelijkse praktijk van de Nederlandse wijkgerichte gezondheidsbevordering en om concrete aanbevelingen te kunnen doen voor de praktijk. Dit onderzoek heeft daarmee een grote waarde in de Nederlandse setting. Daarnaast draagt het onderzoek ook bij aan het vergroten van de wetenschappelijke kennis op het gebied voor duurzaamheid en *sustainability*. De belangrijkste factoren uit dit onderzoek zijn weliswaar in andere studies eerder in verband gebracht met effectieve en duurzame wijkgezondheidsprogramma's, toch was voorafgaand aan de huidige studie de wetenschappelijke bewijsvoering over welke zaken daadwerkelijk een rol spelen bij duurzaamheid van wijkgerichte gezondheidsbevordering nog beperkt. In dit vakgebied lopen empirische bewijzen en theoretische redeneringen nog veel door elkaar (St Leger, 2005). De bewijsvoering kan internationaal alleen versterkt worden als er wereldwijd in diverse settings empirisch onderzoek wordt gedaan naar de relatie tussen de factoren uit het conceptueel raamwerk en duurzaamheid.

Samenstelling onderzoeksgroep

De keuze van de samenwerkingspartners die hebben deelgenomen aan het onderzoek is gebaseerd op een lijst van "actieve" samenwerkingspartners die is opgesteld door de kartrekker/programma-leider van het programma. Deze methode heeft consequenties voor de samenstelling van de onderzoeksgroep: 1) de programmaleider heeft invloed op de keuze van de onderzoeksgroep waardoor, bewust of onbewust, geen mensen op de lijst zijn geplaatst die wellicht een negatieve houding hebben ten aanzien van de wijkprogramma's; 2) de onderzoeksgroep bevat geen samenwerkingspartners die zijn afgehaakt, terwijl inzicht in de reden van afhaken zou kunnen helpen om te achterhalen welke factoren duurzaamheid beïnvloeden; 3) de onderzoeksgroep bestaat alleen uit mensen die samenwerken op operationeel niveau. Mensen die betrokken waren op bestuurlijk of tactisch niveau hebben mogelijk andere ideeën over wat er nodig is voor duurzaamheid. Om deze mogelijke vertekening in de selectie van onderzoeksdeelnemers te voorkomen, zijn vooraf vijf subgroepen gedefinieerd (kartrekkers, gemeenteambtenaren, welzijns-werkers, andere professionals en vrijwilligers). Voor elk van de subgroepen zijn onderzoeks-deelnemers geselecteerd voor alle deelstudies.

Twee van de deelstudies zijn uitgevoerd onder een relatief kleine onderzoeksgroep in één regio in Nederland, te weten Zuid-Limburg. De reden hiervoor is dat dit de regio is waar de onderzoeksvraag uit voortkwam, en dit tevens de regio is waar de programma's verbetering behoeften op het terrein van duurzaamheid. Er is getracht om uit de totale groep van 61 actieve samenwerkingspartners, van ieder wijkgezondheidsprogramma maximaal twee personen van iedere subgroep te interviewen. Sommige subgroepen bestonden echter maar uit één persoon en sommige personen waren betrokken bij meerdere wijken. Dit resulteerde in een groep van 31 personen. De onderzoeker heeft vastgesteld dat de laatste interviews weinig nieuwe informatie meer opleverden, waardoor aangenomen mag worden dat de omvang van de onderzoeksgroep voldoende is geweest.

Om de generaliseerbaarheid naar elders in Nederland te vergroten, zijn zeven andere regio's met vergelijkbare programma's in Nederland meegenomen in het onderzoek (hoofdstuk 4). De vergelijkbaar is getoetst aan de hand van de volgende criteria: de programma's zijn wijkgericht, zijn gericht op gezondheidsbevordering, hebben een wijkgerichte intersectorale samenwerking en realiseren participatie van de doelgroep. Deze criteria zijn getoetst in een telefonisch interview met de kartrekker van het programma.

Er hebben enkel programma's in het onderzoek geparticipeerd die ten tijde van de dataverzameling nog liepen, behalve één Zuid-Limburgs programma dat het jaar voor de dataverzameling was stopgezet. De data van dit programma zijn vergeleken met andere programma's maar leidde tot weinig verschillende inzichten (zie hoofdstuk 2).

Reflectie op conceptualisatie en operationalisatie van begrippen

Conceptualisatie van begrippen

Om de verbinding tussen praktijk en onderzoek vanaf de start vorm te geven zijn de praktijk-professionals van de GGD Zuid Limburg betrokken bij de definiëring van de gehanteerde begrippen. De gebruikte definities in dit proefschrift zijn als het ware coproducties tussen wat de literatuur te bieden heeft en wat past binnen de dagelijkse praktijk. De onderzoeker heeft bijvoorbeeld een workshop georganiseerd in het team 'wijkgerichte gezondheidsbevordering' om intersectorale samenwerking en participatie te definiëren. In de workshop kreeg het team enkele bestaande definities van intersectorale samenwerking, coalities en participatie voorgelegd, met de opdracht om het eens te worden over één definitie die in hun ogen het beste past bij wat er in de dagelijkse praktijk wordt beoogd. Het begrip duurzaamheid is gedefinieerd als: het continueren van het wijkgezondheidsprogramma als geheel, zowel wat betreft de samenwerking als de interventies die eruit voortkomen.

Operationalisatie van duurzaamheid

In hoofdstuk 2 is getracht om een inschatting te maken van de duurzaamheid van de onderzochte programma's. Ondanks dat het raamwerk van Shediak-Rizkallah & Bone (1998) hulp bood bij het begrijpen van de betekenissen van duurzaamheid (langdurige resultaten, inbedding van programmaonderdelen en versterken van community capaciteit), is het niet als zodanig gebruikt om duurzaamheid te operationaliseren. In de diepte-interviews is een inschatting gemaakt van de mate van duurzaamheid via 'verwachte duurzaamheid' volgens de samenwerkingspartners van de programma's, in termen van 'hoe lang bestaan ze nog?'. De verwachting is dat de deelnemers zich een voorstelling kunnen maken bij deze vraag en bovendien wordt duurzaamheid niet vooraf gereduceerd tot één van de betekenisdimensies van Shediak-Rizkallah & Bone. Een nadeel is echter dat hierdoor de nadruk wellicht is komen te liggen op het tijdsaspect, iets dat door anderen juist een minder goede maat voor duurzaamheid wordt gevonden dan bijvoorbeeld de mate van organisatorische borging en routines (Pluye e.a., 2004a). Diverse auteurs hebben pogingen gedaan om duurzaamheid te operationaliseren middels relatief objectieve maten (NORC, 2011; Pluye e.a., 2004a; Pluye e.a., 2004b; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998). Het zou goed geweest kunnen zijn als we parallel aan de interviews, duurzaamheid ook via andere indicatoren hadden gemeten, bijvoorbeeld door het meten van stabiele beschikbaarheid van middelen (is er structurele financiering voor menskracht en materiaal?), de mate van aanpassing en inbedding in bestaande structuren (past het programma binnen een organisatiestructuur?), de mate van protocolisering (wordt er gewerkt via vaststaande procedures, planningen en taakomschrijvingen?), de mate van training (in hoeverre worden de competenties van de samenwerkingspartners versterkt middels training?), de mate van commitment (in hoeverre hebben andere organisaties, politieke stromingen en financiers zich gecommitteerd aan de doelen van

het programma?), de lange termijn effecten (wat zijn de effecten van het programma op lange termijn) (NORC, 2011; Pluye e.a., 2004a; Pluye e.a., 2004b; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Scheirer, 2005). Echter, veel van deze indicatoren zijn abstract en daardoor objectief te meten. Achteraf beschouwd hadden we deze aspecten wel kunnen bevragen bij de deelnemers om zo te kunnen toewerken naar operationalisatie ervan. Dit is ten tijde van het onderzoek echter niet aan de orde geweest.

Het conceptueel raamwerk voor factoren die duurzaamheid beïnvloeden

Duurzaamheid wordt beïnvloed door talloze factoren. De literatuur bood 124 factoren en ook de diepte-interviews leverden veel diverse zaken op die de duurzaamheid van de programma's zouden beïnvloeden. Een theoretisch kader was dus onontbeerlijk voor het ordenen van deze grote hoeveelheid aan factoren. Omdat er geen bruikbaar bestaand kader was dat alle zaken leek te omvatten, is er voor dit project een conceptueel raamwerk ontwikkeld.

Gedurende het onderzoek zijn geen nieuwe theoretische concepten gevonden. Dit was in lijn met de verwachting omdat er al zoveel aspecten in de literatuur zijn beschreven. Het onderzoek heeft wel geleid tot nieuwe inzichten voor de Zuid-Limburgse wijkgezondheidsprogramma's en andere Nederlandse programma's die een vergelijkbare werkwijze hanteren. Daardoor kunnen we een aantal concrete aanbevelingen doen voor de praktijk.

Aanbevelingen voor praktijk

Hieronder volgen de aanbevelingen voor de praktijk per laag uit het conceptueel raamwerk.

Programma

Aanbeveling 1: Maak effecten zichtbaar

Om de duurzaamheid te verbeteren zouden programma's meer aandacht moeten hebben voor het verspreiden van hun kleine successen en/of harde bewijzen aan een breed publiek. Voor het behouden van samenwerkingspartners zijn vooral de kleine en snelle successen belangrijk (Zakus & Lysack, 1998; Harting & Van Assema, 2012). Voorbeelden van kleine successen zijn positieve reacties op een georganiseerde activiteit, of bewoners die opmerken dat de activiteit precies een antwoord geeft op iets dat ze misten in de wijk. Voor het bekend maken van deze resultaten moeten zoveel mogelijk kanalen worden ingezet. Mond-op-mond reclame, buurtkranten, regionale media of zelfs landelijke media.

Daarnaast wordt door financiers regelmatig gevraagd om bewijsvoering over de gezondheidseffecten van wijkgerichte gezondheidsbevordering (Nelson e.a., 2007). GGD'en willen hier graag aan tegemoet komen. Echter, wetenschappelijk gezien is het zeer lastig om gezondheidseffecten van wijkgerichte gezondheidsbevordering aan te tonen. Het is mogelijk om de effecten van één interventie aan te tonen, en het is mogelijk om tussenmaten (zoals mate van participatie) aan te tonen, maar dergelijke uitkomstmaten komen onvoldoende tegemoet aan de wens van de financier. Daarnaast vraagt effectonderzoek een lange termijn follow-up om uitkomsten op gezondheid zichtbaar te maken en dit duurt vaak te lang voor beleidsmakers (Jansen, 2007), en tevens kunnen programma's gestopt zijn voordat de daadwerkelijke effecten bekend zijn (Ruland, 2008).

Overigens kan het regelmatig uitvoeren van kleinschaligere (proces)evaluaties en daar op een juiste manier over communiceren, bijdragen aan een positieve houding van de financier ten aanzien van het programma (Nelson e.a., 2007; Scheirer, 2005). Academische Werkplaatsen kunnen eraan bijdragen om dit goed vorm te geven. Of het gaat om kleine successen of meetbare effecten, PR moet een vast onderdeel zijn van ieder programma en er mag nog veel meer aandacht uitgaan naar het publieksvriendelijk presenteren.

Aanbeveling 2: Sluit meer aan bij behoeften van de wijkbewoners

Aansluiten bij de behoeften van de wijkbewoners blijkt lastiger te realiseren dan beoogd. Bekend is dat de inhoudelijke doelstellingen vaak geformuleerd worden door beleidsmakers en dat de doelgroep pas wordt betrokken op het moment dat de daadwerkelijke activiteiten opgezet en geïmplementeerd worden (Hekkink & Nijboer, 2003; Kuijs, 2007; Zakus & Lysack, 1998). Participatie van de doelgroep begint echter al vanaf het moment dat de problemen vastgesteld worden en de doelstellingen geformuleerd worden. Het vaststellen van problemen en mogelijke oplossingen gebeurt niet alleen op basis van epidemiologische data en andere buurtmonitors, maar ook op basis van de problemen die de doelgroep zelf ervaart en oplossingen die ze aandragen (Bracht e.a., 1999). Daarnaast is wijkgericht werken een cyclisch proces; het vaststellen van problemen en het formuleren van doelstellingen wordt dus niet eenmalig uitgevoerd bij de aanvang van een programma, maar moet telkens worden herhaald om voeling met de doelgroep te behouden. Vervolgens is het belangrijk dat de behoeften van de wijk worden omgezet in activiteiten die aangepast zijn aan deze lokale context. Binnen gezondheidsbevordering is dit principe lastig te realiseren omdat de voorkeur uitgaat naar *evidence-based* interventies, die hun *evidence* juist kunnen verliezen op het moment dat er teveel aan veranderd wordt als gevolg van de lokale context. Dit spanningsveld tussen trouw blijven aan het oorspronkelijk effectief bewezen programma en aanpassen aan de lokale context is niet nieuw. Effectonderzoek leidt vaak tot bewijs dat een programma werkt in een bepaalde setting. Het is dan niet bekend wat precies de werkzame elementen zijn en hoe deze interventie aangepast kan worden aan andere settings. In onderzoek zou daarom meer rekening gehouden kunnen worden met de lokale context door interventies te toetsen in diverse settings (Morrison e.a., 2009; Castro e.a., 2004). Daarnaast moet de praktijk van gezondheidsbevordering veel meer open staan voor onderzoek parallel aan de implementatie van interventies.

Samenwerking**Aanbeveling 3: blijf actief zoeken naar nieuwe samenwerkingsvormen**

Het vinden van de juiste samenwerkingspartners kan lastig zijn. Ten eerste is de betrokkenheid van huisartsen niet altijd vanzelfsprekend binnen de onderzochte wijkgezondheidsprogramma's. Dit kan te maken hebben met de wijze waarop de samenwerking is vormgegeven, doordat intersectorale vergaderingen vaak de kern vormen waar ideeën ontstaan en afspraken worden gemaakt. Het bijwonen van dit soort overleg behoort niet tot de primaire taakstelling van de huisartsen: het behandelen van de individuele patiënt. Bovendien hebben huisartsen te maken met een hoge werkdruk, waardoor zij geen vergaderingen bijwonen die niet direct tot resultaat voor henzelf of hun cliënt leiden. Door dicht bij de bestaande werkwijze van de huisartsen aan te sluiten, zoals via een ketenaanpak of een leefstijlinterventie op recept (Bloten & Van den Broek, 2012; Hoeijmakers, 2008), kan de samenwerking met huisartsen toch worden vormgegeven. Op deze

wijze wordt rekening gehouden met de primaire taakstelling van de huisartsen, en wordt daarin de samenwerking gezocht met andere partijen in de wijk die bijvoorbeeld het beweegaanbod kunnen verzorgen.

Aanbeveling 4: zorg voor een positieve sfeer

Ondanks dat het in de Nederlandse wijkgezondheidsprogramma's al goed lijkt te gaan, moet een positieve sfeer niet vergeten worden als men de samenwerking wil verduurzamen. Coalities zijn voor hun voortbestaan vaak afhankelijk van goodwill; niet alleen van vrijwilligers, maar ook van professionele samenwerkingspartners. Een goede sfeer wordt gecreëerd door open en frequente communicatie tussen de samenwerkingspartners, een goede conflicthantering en door een hoge mate van inspraak op de besluitvorming (Butterfoss & Kegler, 2009; Zakus & Lysack, 1998). Inspraak bij de besluitvorming kan gaan over keuzen die worden gemaakt binnen het programma, maar wordt effectiever als verantwoordelijkheden van de kartrekker door middel van 'gedeeld leiderschap' worden verspreid over diverse professionele of vrijwillige samenwerkingspartners (Roussos & Fawcett, 2000; Shortell e.a., 2002; Zakocs & Edwards, 2006).

Aanbeveling 5: meer aandacht voor onderhandelingsvaardigheden

Ondanks dat dit onderzoek leert dat het belangrijk is dat er een kartrekker is die praktische zaken blijft uitvoeren en het programma aanjaagt, komt ook naar voren dat de huidige kartrekkers deze taken te 'gemakkelijk' naar zich toe trekken en dat het best anders kan. Om de betrokkenheid van de samenwerkingspartners te vergroten, moeten samenwerkingspartners worden aangesproken op hun eigen rol. De kartrekkers moeten zich realiseren dat aansluiten op de behoefte van de wijk niet betekent "u vraagt en wij draaien". Het is een gelijkwaardig onderhandelingsproces over ieders inzet (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). Daarnaast kunnen de kartrekkers meer investeren in training van de samenwerkingspartners zodat hun capaciteiten versterkt worden (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). Het welzijnswerk moet hierbij niet vergeten worden in verband met de aanwezige deskundigheid op dit gebied (Harting & Van Assema, 2012).

Aanbeveling 6: onderschat de rol als entrepreneur niet

De rol als entrepreneur wordt belangrijk gevonden om duurzaamheid te realiseren. Vooral als de kartrekker zich opstelt als schakel tussen de belangen van samenwerkingspartners, kunnen creatieve oplossingen worden gevonden voor problemen die passen binnen bestaande werkwijzen of organisatiestructuren. De huidige kartrekkers vervullen die rol al, maar het kan beter. In Nederland wordt overigens op diverse plaatsen in het land geëxperimenteerd met deze rol in het verbinden van gemeentelijk beleid aan de vraag van de burger, onder de naam "gezondheidsmakelaar" (Harting e.a., 2011).

Aanbeveling 7: zorg voor een program champion

Kartrekkers houden zich binnen de programma's te weinig bezig met het zeker stellen van financiële middelen. De kartrekkers zouden zich meer moeten gedragen als *program champions* (Nelson e.a., 2007; O'Loughlin e.a., 1998; Scheirer, 2005; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998). Zij moeten daarvoor strategisch geplaatst zijn in de organisatie, waardoor ze controle hebben over de dagelijkse gang van zaken, maar ook toegang hebben tot andere lagen in de organisatie. Samenwerking dient zowel op het uitvoerende niveau, als op het management en het bestuurlijke niveau gerealiseerd te zijn (Jansen, 2007). Belangrijk is dat de *program champion* op zoek gaat naar creatieve oplossingen om financiering te genereren. Gedacht kan worden aan publiek-private samenwerking, organisatieveranderingen, en dergelijke. De kartrekkende organisatie moet de kartrekker ondersteunen door bijvoorbeeld intervisie en coaching bij het adopteren van de nieuwe rol.

Context**Aanbeveling 8: zorg voor organisationele borging**

Een van de belangrijkste lessen van dit onderzoek is dat wijkgezondheidsprogramma's niet overgedragen kunnen worden aan de wijk na een aantal 'projectjaren'. Het is dus essentieel dat zij organisatorisch worden geborgd. Dit betekent dat GGD'en op zoek gaan naar een manier om de werkwijze structureel te verankeren in de eigen organisatie of een andere organisatie. Belangrijk is daarbij dat rekening wordt gehouden met vier zaken: het hebben van stabiele middelen (memory), het aanpassen aan de organisatiecontext (adaptation), het passen bij bestaande waarden en doelstellingen in de organisatie (values), en het hebben van formele afspraken over verantwoording, planning, taakomschrijving en procedures (rules) (Pluye e.a., 2004b).

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Door dit onderzoeksproject is meer inzicht verkregen in de factoren die van invloed zijn op de duurzaamheid van de Zuid-Limburgse wijkgezondheidsprogramma's. Meer onderzoek is echter nodig om de generalisatie naar Nederland te verbeteren en om de uitwerking van de praktische aanbevelingen in Zuid-Limburg te monitoren. Hieronder volgen de belangrijkste aanbevelingen.

Dit onderzoek is de eerste Nederlandse studie naar de factoren die duurzaamheid beïnvloeden van wijkgerichte gezondheidsbevordering. In dit onderzoek is om pragmatische redenen gekozen voor onderzoek binnen al lopende programma's. Om de bewijsvoering sterker te maken zou het zinvol zijn om te retrospectief te inventariseren welke programma's de afgelopen jaren afgebroken zijn en wat de redenen zijn geweest voor de stopzetting. Ook kan onderzocht worden wat er na stopzetting is blijven voortbestaan, waarbij de dimensies van Shediach en collega's (Shediach-Rizkallah & Bone, 1998) gebruikt zouden kunnen worden.

In dit project is getracht om duurzaamheid ook buiten de Zuid-Limburgse grenzen te onderzoeken, zodat de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar andere vergelijkbare programma's. Echter, om gedegen uitspraken te kunnen doen op landelijk niveau, zou eerst onderzocht moeten worden hoe andere Nederlandse wijkgezondheidsprogramma's duurzaamheid definiëren, operationaliseren en hoe zij denken dit te realiseren. De opties die worden gegeven in de paragraaf "operationaliseren duurzaamheid", kunnen hierbij helpen.

In dit onderzoeksproject heeft de rol van de GGD als kartrekker speciale aandacht gekregen. Een belangrijk aspect dat niet over het hoofd gezien mag worden is de organisationele borging van die rol. Pluye e.a. (2004a; 2004b) verkondigen dat duurzaamheid juist primair gaat over de organisationele borging van routines. In Zuid-Limburg wordt inmiddels getracht de kartrekkersfunctie in te bedden in de organisatiestructuur van de GGD en in de sociale structuren in de wijken. Om te zien of dit lukt en of dit ervoor zorgt dat de programma's blijven voortbestaan, dient dit proces gemonitord te worden.

Ontwikkelingen in de praktijk

Ten tijde van het verschijnen van dit proefschrift bestaan de vier onderzochte Zuid-Limburgse programma's nog; het vijfde programma was al afgebroken voor aanvang van het onderzoek. Zoals eerder beschreven hebben er binnen die programma's een aantal veranderingen plaatsgevonden, zoals de aandacht voor duurzaamheid in de jaarplannen en een andere, meer op onderhandeling gerichte, rol van de kartrekkers. De kartrekkers geven aan duurzaamheid bespreekbaar te maken in hun programma's en meer te investeren in interventies die geborgd kunnen worden. Ook de samenwerkingpartners zijn meer bereid om mee te denken over hoe zaken duurzamer kunnen. Toch blijkt het lastig om de oude routines te doorbreken. Niet alleen de samenwerkingspartners, maar ook de kartrekkers, zijn gewend aan de oude gang van zaken en vinden het lastig om zaken anders aan te pakken. In nieuwe wijkgerichte initiatieven lijkt dit beter te lukken. Hieronder volgen enkele voorbeelden. Ook volgt een beschrijving van de borging van de kartrekkersfunctie in de organisatiestructuur van de GGD.

Vernieuwende wijkgerichte initiatieven

Meer Samen in Praktijk in Heerlense krachtwijk

In 2008 is de GGD door de gemeente Heerlen gevraagd mee te werken in de aandachtswijk MSP (samenvoeging van Meezenbroek, Schaesbergerveld, Palemig). Deze wijk staat aan de vooravond van een grote herstructurering in het kader van de krachtwijken-aanpak van voormalig Minister Vogelaar. De gemeente heeft inmiddels onderzoek gedaan onder de zorgverleners naar hun behoefte aan een fysiek gezondheidscentrum. De zorgverleners geven aan hier geen behoefte aan te hebben, maar wel graag meer te willen samenwerken. Om zoveel mogelijk lessen uit de wetenschap direct toe te kunnen passen, kiest de GGD ervoor om de onderzoeker/adviseur GB (ondergetekende) hiervoor in te schakelen.

Dit is de start van de samenwerking in MSP, genaamd MSiP (Meer Samen in Praktijk). In het plan van aanpak MSiP (Ten Kate e.a., 2008) wordt beschreven hoe er in twee jaar tijd een samenwerkingsstructuur opgebouwd wordt die duurzaam zal zijn. Om dit te realiseren worden de volgende kernprincipes gehanteerd: borging staat centraal bij aanvang, aansluiten bij bestaande structuren, en gedeeld leiderschap. Het eerste principe, dat borging en verankering vanaf het begin centraal zouden staan, geldt niet alleen voor de samenwerking als geheel, maar ook voor de activiteiten die voortvloeien uit de samenwerking. De samenwerkingsstructuur sluit aan bij de structuur van de bewonersvertegenwoordiging en MSiP kan meedoen aan de overlegstructuren waarin de gemeente afspraken maakt met de wijk. Tevens zou het project meegaan in de financieringsstroom van alle herstructureringsplannen voor deze wijk. Het derde principe, gedeeld leiderschap, komt tot uiting in het driekoppige kernteam, waarbinnen de disciplines zorg,

welzijn en preventie vertegenwoordigd zijn. Op deze wijze is iedere discipline in dezelfde mate eigenaar, spreken ze hun eigen achterban aan en kunnen verantwoordelijkheden gemakkelijk naar de juiste discipline gedelegeerd kunnen worden; allen bevorderende factoren voor duurzaamheid volgens de bestaande literatuur (Butterfoss & Kegler, 2009; Zakocs & Edwards, 2006).

In twee jaar lukt het om de samenwerking te organiseren en om te starten met een aantal gezamenlijk georganiseerde initiatieven. Het lukt in die twee jaar echter niet om het geheel (samenwerking en initiatieven) te borgen. De gemeente Heerlen is bereid om nog twee jaar financiering uit te trekken voor de daadwerkelijke borging (2011-2012). Inmiddels zijn de initiatieven ondergebracht bij organisaties die werkzaam zijn in de wijk en zijn er structurele middelen voor het voortzetten ervan. Uit dit proefschrift blijkt onder andere dat dit soort wijkgerichte samenwerkingsverbanden niet zonder een kartrekker kunnen. Er is daarom gezocht naar borging van de kartrekkerrol van het kernteam. De GGD en het welzijnswerk hebben inmiddels aangegeven dat ze hun rol in de samenwerking gaan voortzetten vanuit reguliere middelen, zonder aanvullende financiering vanuit de gemeente. Voor de eerstelijns is dit niet gelukt.

Overige wijkgerichte initiatieven

Ook in andere wijkgerichte initiatieven die de afgelopen jaren opgestart zijn is duurzaamheid als thema bewust meegenomen. Zo is er in de Heerlense wijk Heerlerheide een programma gestart waarin de gemeente beoogt om een levensloop bestendige buurt te creëren. Het idee is dat de buurt dusdanig wordt ingericht dat mensen er zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. De voorzieningen moeten hiervoor passen bij de behoefte van de wijkbewoners en organisaties moeten goed samenwerken om dit mogelijk te maken. In deze wijk gaat de samenwerking zo ver dat er zelfs wordt gedacht over het samenvoegen van budgetten.

In Valkenburg wordt de duurzaamheid gezocht in het zoveel mogelijk aansluiten op de gemeentelijke organisatiestructuur. De gemeente richt de organisatie in zodat het in staat is om in te gaan op vraagsturing vanuit bewoners. In het project Buurtkracht wordt dit vormgegeven rondom het thema gezondheid.

Organisatieontwikkeling binnen de GGD

Bij de doorontwikkeling van de wijkgerichte gezondheidsbevordering van de GGD Zuid Limburg sinds 2006, is steeds rekening gehouden met de nieuwste inzichten uit het onderzoek. Dit heeft consequenties gehad voor de inhoud van het programma en voor de wijze waarop het is ingebed in de organisatie- en financieringsstructuur van de GGD.

Tot 2006 werd de wijkgerichte gezondheidsbevordering binnen de GGD als een project beschouwd dat gemeenten konden inkopen als zij ervoor betaalden (plusproduct). De GGD communiceerde

uiteeraard dat dit project pas na 5 tot 10 jaar resultaten zou kunnen opleveren. Desondanks werden er soms afspraken gemaakt met gemeenten over een beperkte looptijd van wijkgerichte programma's, zoals in Kerkrade. De nadruk lag in deze programma's op het creëren van draagvlak in de wijk, en de aantallen gezondheidsbevorderende activiteiten en deelnemers; er was dus weinig aandacht voor duurzaamheid.

Vanaf 2006 treedt er geleidelijk een verandering op, waardoor wijkgerichte gezondheidsbevordering meer gezien wordt als een werkwijze in plaats van een project. Niet de gezondheidsbevorderende activiteiten zijn het hoofddoel, maar vooral het implementeren van een duurzame wijkgerichte samenwerking gericht op gezondheid. Deze samenwerking dient zo lang mogelijk en met zo min mogelijk ondersteuning van de GGD te kunnen voortbestaan. De interventies worden gezien als resultaat van de samenwerking en moeten ook zoveel mogelijk geborgd worden bij andere organisaties. De naam wordt in 2008 veranderd in 'Gezond Samen Leven: community programma'. Het is op dat moment nog steeds een plusproduct waar de gemeenten extra financiering voor dienen te uit te trekken. Wel wordt Gezond Samen Leven in de GGD al sterk gekoppeld aan 'Basisadvisering', een advies dat alle gemeenten zonder extra betaling iedere vier jaar ontvangen. Binnen Basisadvisering voeren adviseurs Gezondheidsbevordering van de GGD een brede analyse uit van de belangrijkste gezondheidsproblemen in een gemeente of wijk. Basisadvisering geeft de GGD de mogelijkheid om gemeenten te adviseren over de gezondheidsbevorderende aanpak van die problemen en te sturen richting integrale aanpak binnen de gemeentelijke organisatiestructuur, en de setting school en/of wijk. In het geval van de setting wijk wordt geadviseerd om dit middels de community werkwijze te doen. Hiermee is de basis gelegd voor de volgende stap in de organisatieontwikkeling.

In 2010 start er, mede ingegeven door een grote bezuinigingsopdracht van de gemeenten, bij de GGD een interne organisatieverandering waarin drastische keuzen worden gemaakt in het diensten- en productenaanbod van de GGD. Ten tijde van het schrijven van dit proefschrift is dit traject nog niet geheel doorlopen, maar een aantal stappen is gezet waaruit blijkt dat wijkgerichte gezondheidsbevordering een duurzamere plaats krijgt in de organisatie. Het visiedocument "Naar een duurzaam gezonder Zuid Limburg" (GGD Zuid Limburg, 2010) is de eerste stap. In deze visie staat beschreven dat de GGD zich de komende jaren vooral zal richten op drie kwetsbare groepen: jeugd in kwetsbare positie, ouderen in kwetsbare positie en mensen met lage sociaaleconomische status. Daarnaast worden enkele kernelementen gehanteerd die erg goed passen bij de wijkgerichte gezondheidsbevordering: inspanningen zullen in dialoog met de burger worden ingericht, mensen worden in hun context (gezin, werk, buurt, school) geplaatst en dit is waar de veranderingen moeten plaatsvinden, samenwerking tussen organisaties en een ketengerichte aanpak is essentieel, gezondheidsproblemen aanpakken vanuit diverse domeinen zoals veiligheid, ruimtelijke ordening, zorg, onderwijs, welzijn, etc. (integrale aanpak). Binnen

het producten- en dienstenaanbod van de GGD betekent dit dat men wil afstappen van afgebakende en kortdurende producten, cursussen en projecten. Binnen Gezondheidsbevordering wordt gekozen voor drie stromingen: wijk, school en ouderen. De community werkwijze wordt de standaardwerkwijze. Dit betekent dat GGD de ambitie heeft uitgesproken om de wijkgerichte gezondheidsbevordering voor alle Zuid-Limburgse achterstandswijken/-buurten in te kunnen zetten vanuit reguliere middelen, waarmee wijkgericht werken geborgd lijkt.

Eindconclusie

Dit is het eerste Nederlandse project dat duurzaamheid van de wijkgerichte gezondheidsbevordering op deze wijze heeft onderzocht. Het heeft ertoe geleid dat er inzicht is gekomen in het complexe proces om tot duurzaamheid te komen. Was duurzaamheid voordien een abstract begrip dat vooral veel vraagtekens oproep, nu heeft het voor wijkgerichte gezondheidsbevordering als het ware “handen en voeten” gekregen. Het grote aantal factoren dat mogelijk van invloed is op duurzaamheid is gereduceerd tot een werkbare set van acht factoren. Hiermee heeft het niet alleen voor de praktijk, maar ook voor de wetenschap bijgedragen aan de kennis rondom dit thema.

Diverse lessen zijn in Zuid-Limburg al ter harte genomen en in praktijk gebracht. Dat geconstateerd wordt dat wijkgerichte gezondheidsbevordering geen project is dat na een aantal jaren wordt overgedragen aan de wijk en dat het blijvende kartrekkers nodig heeft, heeft ervoor gezorgd dat er binnen de GGD en ook binnen de participerende gemeenten bereidheid is ontstaan om na te denken over structurele borging van die rol. Binnen de GGD is het proces van borging inmiddels in gang gezet. Een andere belangrijke les is dat duurzaamheid niet alleen gaat over organisationele verankering, maar dat er ook veel gedaan kan worden binnen samenwerking en in de uitvoering van de programma's. Een andere opstelling van de kartrekkers, waarin duurzaamheid bespreekbaar wordt gemaakt met de samenwerkingspartners, heeft ertoe geleid dat de partners meedenken over duurzamere oplossingen en wat zij daar zelf in kunnen betekenen.

Duurzaamheid is nog een relatief nieuw aandachtsgebied binnen de wijkgerichte gezondheidsbevordering en er kan nog veel geleerd worden. Bovendien zijn er in Zuid-Limburg ook nog concrete stappen te zetten om de duurzaamheid te verbeteren. Er zijn bijvoorbeeld nog geen echte *program champions* die toegang hebben tot alle organisatieniveaus en die creatief zoeken naar nieuwe samenwerkingsvormen en duurzame middelen. Ook is er nog steeds te weinig aandacht voor het monitoren en zichtbaar maken van kleine en grote effecten in diverse settings.

Literatuur

- Bloten, H. & Van den Broek, M. (2012) Ketenaanpak diabetes realiseren door lokale samenwerking., LVG, GGD NL.
- Bracht, N., Kingsbury, L. & Rissel, C. (1999) A five-stage community organization model for health promotion: Empowerment and strategies. In Bracht, N. (Ed.) *Health promotion at the community level 2: New advances*. 2nd ed. California, SAGE Publications, Inc.
- Butterfoss, F. D. & Kegler, M. C. (2009) The community coalition action theory. In DiClemente, R. J., Crosby, R. A. & Kegler, M. C. (Eds.) *Emerging theories in health promotion practice and research*. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass.
- Castro, F. G., Barrera, M. J. & Martinez, C. J. (2004) The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5, 41-5.
- Dick, B. (2006) Action research literature 2004-2006. *Action Research*, 4, 439-458.
- Fleuren, M., Wiefferink, K. & Paulussen, T. (2004) Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care*, 16, 107-23.
- Greenwood, D. J. & Levin, M. (Eds.) (2007) *An introduction to action research. Social research for social change*, London, Sage.
- Harting, J., Kunst, A. E., Kwan, A. & Stronks, K. (2011) A 'health broker' role as a catalyst of change to promote health; an experiment in deprived Dutch neighborhoods. *Health Promotion International*, 26, 65-81.
- Harting, J. & Van Assema, P. (2012) De communitybenadering in de gezondheidsbevordering. In Brug, J., van Assema, P. & Lechner, L. (Eds.) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. 8e geheel gewijzigde druk ed. Assen/Heerlen, Van Gorcum
- Hekkink, C. & Nijboer, C. (2003) Meedoen, meewerken en meebeslissen. Participatie van ouderen bij gezondheidsbevorderingsprojecten. Woerden, NIGZ/Centrum voor Review & Implementatie.
- Hoeijmakers, M. (2008) Leefstijl en bewegen in de eerstelijns. Handreiking voor een multidisciplinaire aanpak. In Van Loon, L. (Ed.). *De nieuwe praktijk*, KNGF, LHV, NVD, NHG, VvOCM.
- Israel, B. A., Krieger, J., Vlahov, D., Ciske, S., Foley, M., Fortin, P., Guzman, J. R., Lichtenstein, R., McGranaghan, R., Palermo, A. G. & Tang, G. (2006) Challenges and facilitating factors in sustaining community-based participatory research partnerships: lessons learned from the Detroit, New York City and Seattle Urban Research Centers. *J Urban Health*, 83, 1022-40.
- Jansen, M. (2007) Mind the gap: Collaboration between practice, policy and research in local public health. Maastricht, Universiteit Maastricht.
- Jansen, M., Harting, J., Ebben, N., Kroon, B., Stappers, J., Van Engelshoven, E. & de Vries, N. (2008) The concept of sustainability and the use of outcome indicators. A case study to continue a successful health counselling intervention. *Fam Pract*, 25 Suppl 1, i32-7.

- Kuijs, H. (2007) Participatieniveau en draagvlak bij community-project GGGK. GVO. Maastricht, University Maastricht.
- Meijer, S. & Sturkenboom, M. (2009) Gezond wonen en werken. Een orientatie op gezondheidsbevordering in de settings wijk en werk in Nederland. Bilthoven, RIVM Centrum Gezond Leven.
- Morrison, D. M., Hoppe, M. J., Gillmore, M. G., Kluver, C., Higa, D. & Wells, E. A. (2009) Replication an intervention: the tension between fidelity and adaptation. *AIDS Edacation and Prevention*, 21, 128-140.
- Nelson, D. E., Reynolds, J. H., Luke, D. A., Mueller, N. B., Eischen, M. H., Jordan, J., Lancaster, R. B., Marcus, S. E. & Vallone, D. (2007) Successfully maintaining program funding during trying times: Lessons fom tobacco control programs in five states. *Journal of Public Health Management Practice*, 13, 612-20.
- NORC (2011) Developing a conceptual framework to assess the sustainability of community coalitions post-federal funding. Literature review. Bethesda, University of Chicago.
- O'Loughlin, J., Renaud, L., Richard, L., Gomez, L. S. & Paradis, G. (1998) Correlates of the sustainability of community-based heart health promotion interventions. *Prev Med*, 27, 702-12.
- Pluye, P., Potvin, L. & Denis, J. L. (2004a) Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27, 121-133.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L. & Pelletier, J. (2004b) Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promot Int*, 19, 489-500.
- Roussos, S. T. & Fawcett, S. B. (2000) A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annu Rev Public Health*, 21, 369-402.
- Ruland, E. C. (2008) Bestuurlijke verankering van innovaties in de openbare gezondheidszorg. Lessen uit de casus Harts slag Limburg., Maastricht, Universiteit Maastricht.
- Scheirer, M. A. (2005) Is sustainability possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26, 320-347.
- Shediach-Rizkallah, M. C. & Bone, L. R. (1998) Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Educ Res*, 13, 87-108.
- Shortell, S. M., Zukoski, A. P., Alexander, J. A., Bazzoli, G. J., Conrad, D. A., Hasnain-Wynia, R., Sofaer, S., Chan, B. Y., Casey, E. & Margolin, F. S. (2002) Evaluating partnerships for community health improvement: tracking the footprints. *J Health Polit Policy Law*, 27, 49-91.
- St Leger, L. (2005) Questioning sustainability in health promotion projects and programs. *Health Promot Int*, 20, 317-9.
- Stirman, S. W., Kimberley, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F. & Chams, M. (2012) The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7.

- Swerissen, H. & Crisp, B. R. (2004) The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promot Int*, 19, 123-30.
- Ten Kate, A., Van den Elsen, I. & Vermeer, A. J. M. (2008) MSP - Gezonde Wijk "Meer Samen in Praktijk". Heerlen, MSiP.
- Thompson, B. & Winner, C. (1999) Durability of community intervention programs. Definitions, empirical studies, and strategic planning. In Bracht, N. (Ed.) *Health promotion at the community level 2. New Advances*. 2nd ed. California, Sage Publications.
- TSG (2012) Spectrum Duurzaamheid TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 90.
- Williams, P. (2010) Special agents: The nature and role of boundary spanners. Cardiff, University of Wales Institute.
- Zakocs, R. C. & Edwards, E. M. (2006) What explains community coalition effectiveness?: a review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 351-61.
- Zakus, J. D. L. & Lysack, C. L. (1998) Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*, 13, 1-12.

The background of the entire page is a high-speed, black and white photograph of water splashing. Numerous droplets of various sizes are captured in mid-air, creating a dynamic and textured pattern. The water surface below the splashes shows concentric ripples. The overall effect is one of movement and freshness.

Samenvatting

Summary

Dankwoord

Curriculum Vitae

Overzicht publicaties

Samenvatting

Sinds 2000 organiseert de GGD in de regio Zuid-Limburg wijkgerichte gezondheidsbevorderingsprogramma's in wijken met sociaaleconomische achterstand. Dit gebeurt aan de hand van de zogeheten community werkwijze. Gezondheidsbevorderaars van de GGD werken samen met wijkbewoners en organisaties die actief zijn in de wijk. Gezamenlijk wordt bepaald wat de belangrijkste (gezondheids)problemen in de wijk zijn en worden gezondheidsbevorderende interventies georganiseerd. Rond 2005 werd geconstateerd dat er te weinig aandacht was voor de duurzaamheid van de programma's. Door betrokkenen bij de Zuid-Limburgse programma's werd meer specifiek vastgesteld dat het gebrek aan aandacht voor duurzaamheid voortkwam uit onduidelijkheid over de betekenis van het begrip duurzaamheid en onvoldoende inzicht in wat er gedaan zou moeten worden om duurzaamheid te realiseren. De Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg bood de kans om dit probleem met een academische bril te benaderen. Er is een onderzoek uitgevoerd waarin wetenschap en de dagelijkse praktijk van gezondheidsbevordering elkaar direct versterken. De centrale vraagstelling van het onderzoek was: *"Hoe kunnen de wijkgerichte gezondheidsprogramma's in Zuid-Limburg duurzaamheid realiseren?"*. Het onderzoek bestond uit een aantal deelstudies waarin werd beoogd helder te krijgen wat er onder duurzaamheid kan worden verstaan en inzicht te krijgen in factoren die de duurzaamheid van de programma's beïnvloeden.

In de **inleiding** wordt het kader geschetst waarbinnen dit onderzoeksproject plaatsvond. Allereerst wordt ingegaan op de ongelijkheid in gezondheid in Nederland en de rol van gezondheidsbevordering bij de aanpak hiervan. Vervolgens wordt de community werkwijze nader belicht en beschreven hoe dit in de vorm van wijkgerichte gezondheidsbevordering in Zuid-Limburg plaatsvindt. Daarna volgt een korte introductie op het begrip duurzaamheid en wordt het conceptueel raamwerk geïntroduceerd dat is gebruikt in de deelstudies naar de factoren die duurzaamheid beïnvloeden. Als laatste wordt kort toegelicht wat het voor het onderzoek heeft betekend dat het is uitgevoerd in het kader van de Academische Werkplaats en hoe het proefschrift is opgebouwd.

In **hoofdstuk 2** staat beschreven wat er in de (inter)nationale literatuur gevonden is over de betekenis van duurzaamheid en de determinanten van duurzaamheid binnen de wijkgerichte gezondheidsbevordering. Het raamwerk van Shediak-Rizkallah en Bone (1998) wordt gepresenteerd als bruikbaar kader voor de betekenis van duurzaamheid in de Nederlandse situatie. Het bestaat uit drie betekenisdimensies van duurzaamheid: blijvende gezondheidseffecten, inbedden van programmaonderdelen in bestaande organisaties en het versterken van de community capaciteit. Daarnaast wordt beschreven welke factoren in de literatuur genoemd worden die duurzaamheid kunnen beïnvloeden. Aan de hand van een conceptueel raamwerk worden deze factoren ingedeeld in zeven categorieën: de context, de kartrekkende organisatie, het leider-

schap, de samenwerking, de samenwerkingspartners, de interventies en de uitkomsten. Ten slotte wordt in dit hoofdstuk gereflecteerd op de wijze waarop de diverse factoren een rol zouden kunnen spelen bij Nederlandse wijkgezondheidsprogramma's.

Hoofdstuk 3 geeft de uitkomsten van een kwalitatieve studie waarin met behulp van diepte-interviews met 31 samenwerkingspartners van de wijkgezondheidsprogramma's in Zuid-Limburg is nagegaan hoe zij aankijken tegen duurzaamheid en de factoren die dat beïnvloeden. De deelnemers hebben zeer wisselende verwachtingen over de duurzaamheid van de programma's, maar de buurtbewoners lijken meer vertrouwen te hebben in de duurzaamheid van het gezondheidsthema binnen de bestaande samenwerkingsstructuren in de wijken. Binnen alle categorieën van het conceptueel raamwerk vonden we factoren die belangrijk werden gevonden voor duurzaamheid. De kartrekker lijkt een belangrijke rol te spelen, aangezien zij volgens de geïnterviewden veel invloed hebben op het realiseren van alle overige factoren.

Hoofdstuk 4 presenteert de uitkomsten van een schriftelijke vragenlijst over 36 factoren die werden geselecteerd op basis van de literatuurstudie als beschreven in hoofdstuk 2 en de kwalitatieve studie als beschreven in hoofdstuk 3. De vragenlijst is ingevuld door 202 samenwerkingspartners van de Zuid-Limburgse en zeven vergelijkbare andere wijkgezondheidsprogramma's in Nederland. Getoetst werd welke factoren het belangrijkste werden gevonden voor duurzaamheid en welke factoren al gerealiseerd zijn in het programma waar de deelnemers bij betrokken zijn. Alle factoren werden in meer of mindere mate belangrijk gevonden, met gemiddelde rapportcijfers reikend van 6,3 tot 8,6. Zeven factoren springen eruit omdat zij door de deelnemers belangrijker werden gevonden: de aanwezigheid van de kartrekkende organisatie, de aanwezigheid van relevante expertise op het gebied van gezondheidsbevordering, de 'juiste' partners in de samenwerking, een positieve sfeer in de samenwerking, een motiverende en enthousiaste kartrekker, aansluiten bij de behoefte van de buurtbewoners, en het heersende gevoel dat het programma werkt. Drie van de factoren worden bij de onderzochte programma's nog niet voldoende gerealiseerd en behoeven dus extra aandacht als men de duurzaamheid van de programma's wil verbeteren. De wijkbewoners hechten de minste waarde aan het tegemoet komen aan de behoeften van de wijk. Deze factor, en het hebben een goede sfeer in de samenwerking, werden niet in alle programma's even belangrijk gevonden.

Hoofdstuk 5 rapporteert de resultaten van een tweede kwalitatieve studie waarbij met behulp van de 31 diepte-interviews onder de betrokkenen bij de Zuid-Limburgse wijkgezondheidsprogramma's is nagegaan welke rollen de kartrekkers tot op heden hebben aangenomen en welke rollen ze zouden moeten aannemen om de duurzaamheid van de programma's te verbeteren. De resultaten zijn geanalyseerd met behulp van vijf leiderschapsrollen die vooraf in de literatuur werden geïdentificeerd. De studie laat zien dat de kartrekkers tot op heden vooral de rol van

‘uitvoerend coördinator’ en ‘entrepreneur’ hebben vervuld. Om de duurzaamheid te vergroten wordt door de deelnemers gesuggereerd dat de kartrekkers hun huidige rol voortzetten, maar ook (onderdelen van) deze rollen delegeren naar anderen en om een meer empowerende leiderschapsstijl te hanteren. Tegelijkertijd wordt door de deelnemers de praktische realiseerbaarheid hiervan ter discussie gesteld. De kartrekkers moeten zich volgens deze deelnemers meer opstellen als *program champions* die voortzetting van het programma actief promoten en creatieve wegen zoeken voor duurzame financiering. Er wordt geconcludeerd dat een wijkgezondheidsprogramma niet simpelweg overgedragen kan worden aan de community na een aantal projectjaren, maar dat de programma’s duurzame begeleiding nodig hebben.

Het proefschrift eindigt met een discussie en conclusie in hoofdstuk 6. Het bevat een overzicht van de belangrijkste bevindingen. De belangrijkste factoren die volgens het huidige onderzoek de duurzaamheid van wijkgezondheidsprogramma’s beïnvloeden worden in het conceptueel raamwerk geplaatst en gerelateerd aan bestaande wetenschappelijke inzichten. Daarnaast wordt een reflectie gegeven op het onderzoek, de interactie met de praktijk en methodologische kwesties. Er worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor verder onderzoek. Het hoofdstuk eindigt met de conclusie dat duurzaamheid door dit onderzoek een hanteerbaar begrip is geworden. Het grote aantal factoren dat mogelijk van invloed is op duurzaamheid is gereduceerd tot een werkbare set van acht factoren. Hiermee heeft het onderzoeksproject niet alleen voor de praktijk, maar ook voor de wetenschap bijgedragen aan de kennis rondom dit thema. In Zuid-Limburg zijn diverse lessen al in praktijk gebracht. Echter, duurzaamheid is nog een relatief nieuw aandachtsgebied binnen de wijkgerichte gezondheidsbevordering. Er kan nog veel geleerd worden en ook in Zuid-Limburg zijn er nog diverse stappen te zetten om de duurzaamheid te verbeteren.

Summary

The Dutch regional public health services (GGDs) have been organizing community health programs in socio-economically disadvantaged neighborhoods in the Southern Limburg region of the Netherlands since the year 2000. Together with local residents and neighborhood organizations, the GGD health promoters identify the main health issues in the neighborhood and pool resources to organize health-promoting interventions. After five years of implementing these programs it was concluded that not enough attention had been paid to their sustainability. According to the people involved in the programs, this lack of attention for sustainability stemmed from a lack of understanding of what sustainability means and what should be done to achieve it. The Academic Collaborative Centre for Public Health Limburg provided an opportunity to start scientific research into this problem. A research project was conducted in which scientific research and the routine practice of health promotion reinforced each other. The central research question was: 'How can community health programs in Southern Limburg (the Netherlands) achieve sustainability?'. The research project involved several studies in which we tried to clarify how sustainability can be defined and which factors influence the sustainability of the programs.

The **introduction** to this dissertation describes the context in which this research project was conducted. It first discusses the health inequalities in the Netherlands and the role of health promotion in reducing these inequalities. The chapter goes on to describe the principles of the community method and how these principles are being applied in the community programs in Southern Limburg. This is followed by a brief introduction to the concept of sustainability and the presentation of a conceptual framework for the factors that influence sustainability, which was used in the studies. Subsequently, it describes which choices were made for the present research project, in view of the fact that it was conducted at the Academic Collaborative Centre. The introduction ends with an overview of the chapters of the dissertation.

Chapter 2 presents an overview of the literature about sustainability and the determinants of sustaining community health programs. The framework developed by Shediak-Rizkallah and Bone (1998) is presented as a useful framework for describing the meaning of sustainability in the Dutch situation. It describes the meaning of sustainability in terms of three dimensions: maintaining health benefits, continuation of the program activities within an organizational structure and capacity-building in the recipient community. The chapter also describes factors that have been reported in the literature as potentially influencing sustainability. The conceptual framework was used to divide these factors into seven categories: context, leading organization, leadership, collaboration, collaborating partners, interventions and outcomes. The chapter ends by reflecting on the way these factors might influence the Dutch community health programs.

Chapter 3 presents the outcomes of a qualitative study in which 31 collaborating partners of the Southern Limburg community programs were interviewed about the way they perceive the sustainability of the programs and the factors that influence it in their opinion. The participants in each of the programs differed in their perceptions of the sustainability of the program, but those collaborating in pre-existing neighborhood structures expressed a relatively high level of confidence in their continuation. We found that factors from all seven categories of the conceptual framework were perceived to influence sustainability. The program leaders appeared to be crucial to the programs, as they were frequently mentioned, in close interaction with other factors.

Chapter 4 shows the results of a written questionnaire survey investigating 36 factors, which had been selected on the basis of the literature study described in chapter 2 and the qualitative study from chapter 3. The questionnaire was completed by 202 collaborating partners of the Southern Limburg programs and seven comparable other Dutch community health programs. The study aimed to identify the factors that the collaborating partners considered most important as regards improving the sustainability of the community programs, and whether they had already been realized in the programs we studied. All proposed factors were perceived to be important for sustainability, with mean scores ranging from 6.3 to 8.6. Seven factors were considered the most important ones: the availability of an organization to lead the program, the presence of specific expertise about public health, an enthusiastic program leader who motivates and stimulates the partners, a positive and democratic working atmosphere in the coalition, the involvement of the 'right' people and organizations, interventions meeting the needs of the neighborhood residents, and a sense among collaborating partners that the program is effective. Three of these factors were not realized in the programs we examined, viz. having the right people in the coalition, meeting residents' needs, and a sense of effectiveness among the collaborating partners. The factors that residents attached the lowest importance to was whether the activities meet residents' needs. This factor, as well as the importance of a good collaborative climate, were rated differently in the different programs.

Chapter 5 presents the results of a second qualitative study, which examined the roles of the program leaders in the current Southern Limburg community programs and assessed which leadership roles might be especially important in sustaining the programs. In-depth interviews were held with 31 collaborating partners. The results were analyzed on the basis of five leadership roles that had been identified from the literature. The study showed that the program leaders had thus far mainly acted as 'executive directors' and 'entrepreneurs'. To increase sustainability, the participants suggested that the program leaders should continue in their current roles, but should devote more attention to delegating tasks and responsibilities, to empowering the community and to promoting the program in order to secure resources. Some participants, however, questioned the feasibility of delegating tasks and empowering the community in the programs

we studied. According to the participants, the program leaders must act as 'program champions' who actively promote the continuation of the program and search for creative ways to secure resources. We concluded that community health programs cannot simply be handed over to the community after a few 'project years', but need long-term guidance.

This dissertation ends with a general discussion and conclusions in **chapter 6**. It starts with an overview of the main findings. The most important factors identified in the various studies are placed in the conceptual framework and are related to the available research findings. The chapter then reflects on the research project in general, on the interaction with routine practice and on some methodological issues. It ends with the conclusion that the present research project has helped make sustainability a manageable concept. The large number of potential factors that might influence sustainability has been reduced to a workable set of eight. Thus, this project not only contributed to the available knowledge about this theme for routine practice, but also for science. However, sustainability is a rather new focus of attention in community health promotion, and much remains to be learned, and many steps to be taken, to improve the sustainability of community health programs in Southern Limburg.

Dankwoord

De perfecte timing was het, vijf jaar geleden, toen voor mij de kans kwam om mijn werkzaamheden bij de GGD te verdiepen met een promotie-onderzoek. Ik ben vol goede moed van start gegaan en inmiddels kan ik vol trots terugkijken op het hele traject en op dit prachtige eindresultaat. Maar de weg is niet zonder hobbels geweest. Zonder steun van anderen was ik nooit gekomen waar ik nu ben. Daarom wil ik iedereen bedanken die op enige wijze heeft bijgedragen aan de totstandkoming van dit proefschrift.

Allereerst wil ik het woord richten aan Patricia van Assema, mijn co-promotor. Bedankt voor alle steun, praktische tips, heldere kijk en opbeurende woorden. Telkens als ik bij jou vandaan kwam zag ik alles weer positief en helder. Leken de te nemen stappen eerst bergen die ik neverte-nooit zou kunnen beklimmen; als ik met jou gesproken had, waren het kleine heuveltjes die zelfs ik als niet ervaren bergbeklimmer makkelijk kon nemen. Alles stap voor stap! Wat ik ook erg waardeerde is dat jij in staat was om de focus zo goed vast te houden en mij daar telkens weer naar terug te brengen, dat had ik echt nodig en zorgde ervoor dat ik steeds weer door kon. Daarnaast wil ik Nanne de Vries, mijn promotor, hartelijk bedanken voor de steun. Met name jij hebt ervoor gezorgd dat ik wat losgeweekt ben van de praktijk, om me als onderzoeker kritischer objectiever te kunnen opstellen. Dit heeft ervoor gezorgd dat ik nu veel beter kan reflecteren op ons werk en dit ook samen met mijn collega's kan doen. Hier hebben we heel veel aan gehad en zullen we ook in de toekomst nog vaak kunnen gebruiken.

Maria Jansen, zonder jou had ik niet de mogelijkheid gehad om dit promotie-onderzoek te doen. Jij bent de persoon die gezien heeft dat academisering in de public health niet vervelend en eng is, maar juist noodzakelijk en positief. Jouw altijd optimistische houding en drang naar vooruitgang hebben mij enorm gestimuleerd en gemotiveerd. Daardoor had ik het gevoel onderdeel te zijn van een erg mooi en innovatief proces, waar ik niet alleen in stond.

Uiteraard wil ik alle mensen bedanken die hebben meegedaan aan de interviews en/of het invullen van de vragenlijsten. En ook de projectleiders van de 7 regio's die hebben meegewerkt aan de gegevensverzameling van dit onderzoek. In het speciaal wil ik Janneke Harting bedanken voor haar uitgebreide studie naar de wijkgerichte programma's in Nederland, dat als een perfecte basis diende voor mijn onderzoek en waar ik op vele momenten nog naar heb teruggesproken, en tevens voor haar hulp bij de interpretatie van het lastige commentaar van de reviewers.

Een speciaal dank gaat uit naar wethouder Peter van Zutphen van de gemeente Heerlen, die als ambassadeur van dit onderzoek, altijd interesse heeft getoond en ons de vrijheid heeft gegeven om de lessen van dit onderzoek direct toe te kunnen passen in de Heerlense buurten.

Het team wijkgericht werken binnen de GGD: Evelyne Linssen, Dorien Hodiamont, Marlou van den Broek, Susanne Peeters en Mandy Braun. Ondanks dat onderzoek niet het 'leukste' onderdeel van ons werk is, hebben jullie altijd erg open en constructief meegedacht. Bovendien heb ik altijd heel veel steun en gezelligheid ervaren in een periode waarin er binnen de GGD, maar ook voor mij privé, veel veranderde. De therapeutische werking van de "hoe zit je erbij"-momentjes zorgde ervoor dat ik stoom kon afblazen en dat ik altijd weer de energie vond om door te gaan (en Marlou, die tissues die je me op de eerste dag liet zien die hebben hun nut dubbel en dwars bewezen!). Evelyne en Dorien, bedankt voor al die uren filosoferen over wijkgericht werken, mijn onderzoek en al onze overige overpeinzingen. Ik ben erg blij dat jullie mij ook tijdens de promotieplechtigheid willen als paranimfen willen bijstaan.

Bert Hesdahl, als afdelingshoofd van de afdeling gezondheidsbevordering heb jij me niet alleen de ruimte gegeven om tijd aan mijn onderzoek te besteden en ook om open mijn twijfels te bespreken op momenten dat ik het even niet meer zag zitten. Hartelijk dank hiervoor. Ook de overige collega's van de afdeling gezondheidsbevordering en staf, hartelijk dank voor jullie steun. Jullie zijn de beste en liefste collega's die je je maar kunt wensen en zorgen er telkens weer voor dat ik met veel plezier naar mijn werk kom!

Nicole Boot, Mieke Steenbakkers en alle andere promovendi van onze Academische Werkplaats. Ik vond het fijn om dit proces samen met jullie te mogen doorlopen. Ook de collega's van de vakgroep gezondheidsbevordering van de Universiteit Maastricht, in het bijzonder Kathi en Kathelijne, dankjewel voor de eindeloze gesprekken over de dilemma's en onzekerheden in het onderzoek als ik sporadisch eens te vinden was bij de universiteit. En Marja en Leon, ook jullie bedankt voor jullie praktische ondersteuning en, niet te vergeten, de fantastische carnavalsuitjes.

Naast al deze mensen, wil ik graag mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun. Lobke, je bent en blijft een schat, altijd een luisterend oor en begrip voor alles en ik ben blij dat we samen nog steeds om alles kunnen giebelen. Ralph, Janneke en Susanne, ook al zagen we elkaar de laatste jaren wat minder, sinds onze studietijd kan ik op jullie terugvallen en hebben onze diepgaande gesprekken mij altijd met de neus op de feiten gedrukt en gemotiveerd om door te gaan. Dit geldt ook voor de 'GVO-meiden': Aletta, Marleen, Lisa en Fien. Wout, dank je dat je er voor me was in een moeilijke periode en dat je me gestimuleerd hebt om door te gaan ondanks alle twijfels.

Mam en pap, dank je voor het vertrouwen dat jullie altijd in mij hebben. Marleen, onze dagelijkse telefoongesprekken waren de beste uitlaatklep die je maar kan wensen. Leo, jouw nuchtere kijk heeft mij regelmatig terug op aarde gebracht, dank je hiervoor!

And at last off course the wonderful Evan and lovely Elfie. Without the two of you I'd never been able to finish everything so quick in the end. Dear Elfie, expecting you gave me the energy to work like a maniac to finish everything before you arrived. And Evan, thank you so much for giving me all the room I needed and to even pause your own plans for a while. A new phase will come now and I am very happy to start this phase with the two of you.

Curriculum Vitae

Anita Vermeer werd geboren op 3 maart 1980 in Eindhoven, Nederland. Na het behalen van haar VWO diploma bij het Elzendaal College in Boxmeer begon ze in 1998 aan de opleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Maastricht. Ze volgde de afstudeerrichting Gezondheidsbevordering. In 2003 studeerde zij af op het onderzoek naar de determinanten van het gebruik van geïmpregneerde bednets ter preventie van malaria bij de 'Medical Research Council' en de 'School of Public Health', waarvoor zij vijf maanden in Gambia verbleef.

In 2003 werkt Anita als onderzoeksassistent bij de vakgroep gezondheidsbevordering van de Universiteit Maastricht. Daarnaast begint in deze periode haar loopbaan bij de GGD. Zij werkt mee aan de ontwikkeling van het programma Heartbeat Survival Day van de GGD Zuidelijk Zuid-Limburg. In 2004 start ze bij de GGD Oostelijk Zuid-Limburg als medewerker gezondheidsbevordering, binnen het team wijkgericht werken. Zij is verantwoordelijk voor de coördinatie en implementatie van community programma's 'Uw buurt Gezond!' in diverse achterstandswijken in Heerlen, Landgraaf en Kerkrade.

In 2006 start zij als senior medewerker gezondheidsbevordering van de GGD Zuid Limburg. Zij adviseert gemeenten, de GGD en samenwerkingspartners over gezondheidsbevordering en is verantwoordelijk voor de doorontwikkeling van de community werkwijze. Zij krijgt dan mogelijkheid om haar baan als gezondheidsbevorderaar te combineren met wetenschappelijk onderzoek. Zij start voor vijftig procent van haar tijd als promovendus van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg op het onderwerp dat in dit proefschrift beschreven staat. Zij is bovendien projectleider van Meer Samen in Praktijk (MSiP) en Zichtbare Schakel MSiP, beiden in de Heerlense krachtwijken Meezenbroek, Schaesbergerveld en Palemig.

In april 2012 is zij aangesteld als senior beleidsfunctionaris bij de afdeling Kennis & Innovatie van de GGD Zuid Limburg. Binnen deze functie houdt zij zich bezig met het verbinden van onderzoek, beleid en praktijk binnen wijkgerichte gezondheidsbevordering.

Overzicht publicaties

2012

- Vermeer AJM, Van Assema P, Hesdahl B & de Vries NK Factors influencing perceived sustain-ability of Dutch community health programs. (submitted)
- Vermeer AJM, Van Assema P, Jansen MWJ & de Vries NK. Factors influencing the sustain-ability of Dutch community health programs. (accepted for publication, pending minor revisions)
- Vermeer AJM, Van Assema P, Jansen MWJ & de Vries NK (2012). Duurzame wijkgerichte gezondheidsbevordering: wat is het en welke factoren spelen een rol? Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 90: 97-104

2010

- Vermeer A, van den Elsen I, ten Kate A (2010). Verankeringsplan MSiP 2011-2012. Geleen: GGD Zuid Limburg / MSiP.
- Vermeer AJM, Van Assema P (2010) Van implementatie naar behoud. Resultaten Wijk-gezondheidswerk Den Bosch. (Rapportage). Maastricht: Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg.
- Vermeer AJM, Van Assema P (2010) Van implementatie naar behoud. Resultaten De Blokken in Beweging Nijverdal/Hellendoorn. (Rapportage) Maastricht: Academische Werkplaats Pu-blieke Gezondheid Limburg.
- Vermeer AJM, Van Assema P (2010) Van implementatie naar behoud. Resultaten GGGK Tilburg. (Rapportage). Maastricht: Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg.
- Vermeer AJM, Van Assema P (2010) Van implementatie naar behoud. Resultaten Gezond in de Buurt Eindhoven. (Rapportage). Maastricht: Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg.
- Vermeer AJM, Van Assema P (2010) Van implementatie naar behoud. Resultaten Amersfoort B.Slim. (Rapportage). Maastricht: Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg.

2009

- Vermeer A, Hodiamont D, van den Broek M & Linssen E (2009) Sustainability-plan per buurt. Uw buurt Gezond! Geleen: GGD Zuid Limburg.
- Vermeer A, Hodiamont D, van den Broek M & Linssen E (2009) Gezond Samen Leven (voorheen Uw buurt gezond!). Onderzoek naar duurzaamheid en structurele verankering (workshop). Maastricht: Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg.
- Vermeer AJM, Van Assema P, Hesdahl B, Linssen E & de Vries NK (2009) Van implementatie naar behoud. Onderzoek naar inbedding van community projecten. Maastricht: Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg.

- Hesdahl B, Boot N, Hoeijmakers M, Linssen E & Vermeer A (2009) GB-spiraal GGD Zuid Limburg: een integrale toepassing gezond samen verder (poster). In: Nederlands Congres Volksgezondheid.
- Vermeer AJM, Van Assema P, Hesdahl B & de Vries NK (2009) Van implementatie naar behoud: inbedding van community projecten (lezing). In: Nederlands Congres Volksgezondheid.