

PREFFI 2.0: Health Promotion Effect Management Instrument. Development, validity, reliability and usability

Citation for published version (APA):

Molleman, G. R. M. (2005). *PREFFI 2.0: Health Promotion Effect Management Instrument. Development, validity, reliability and usability*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ). <https://doi.org/10.26481/dis.20050512gm>

Document status and date:

Published: 01/01/2005

DOI:

[10.26481/dis.20050512gm](https://doi.org/10.26481/dis.20050512gm)

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.

Summary

This thesis discusses the systematic development of the second version of the Health Promotion Effectmanagement Instrument, called Preffi 2.0, and studies to assess its usefulness, reliability and validity. Preffi 2.0 is an effect management instrument intended to help health promotion specialists improve the effectiveness of their interventions by applying the Preffi criteria. These criteria reflect both research findings on effect predictors and practitioners' knowledge about effectiveness, including aspects like context and project management. The instrument can be applied to individual health promotion interventions, projects involving multiple interventions or entire programmes consisting of multiple projects. Preffi is primarily intended to be used by health promotion and prevention practitioners. New versions of the instrument will be periodically produced. The idea is to create a learning system that can shape the dynamic relation between researchers and practitioners.

There are still many opportunities to improve the effectiveness of health promotion interventions. To achieve such improvements, it is necessary not only to develop and disseminate model programmes, but also to stimulate local health promotion specialists to apply general principles and guidelines for effectiveness in their daily routine. The use of Preffi as an effect management instrument should help achieve this. The introductory chapter to this thesis discusses Preffi's status and role as an instrument within the broader concept of quality management, one element of which is effectiveness. Effectiveness is greatly influenced by the operational processes used in an intervention or programme.

The development of a second version of Preffi had to address a number of aspects. It was developed based on a model of the structure of planning processes. This model includes dimensions that contribute to effectiveness: programme development, the programme itself, implementation and evaluation. For each of these dimensions, we identified effect predictors based on considerations of content, project management and context. Together, these became the effect predictors, or criteria, that constitute Preffi 2.0.

The further development of the instrument will try to tie in as closely as possible with new insights about guideline development and the dissemination of innovations. The Preffi development programme has always been based on the users' perspective, which is why health promotion specialists are involved in all

developmental stages and decision moments. The second version of Preffi incorporates a more fully developed scientific rationale and devotes considerable attention to validity and reliability.

A recurrent topic in this thesis is the role and status of Preffi: is it a diagnostic instrument that helps and stimulates practitioners to improve their own projects, or is it intended as a screening instrument to assess the quality of projects for selection purposes? The instrument's developers emphasise Preffi's diagnostic purpose. This has required standards (norms) to be defined, against which users can assess their own work.

Since most of the chapters in this thesis concentrate on specific parts of the research and development programme that has led to Preffi 2.0, the introductory chapter surveys the entire Preffi programme, which started in 1994. As such, it discusses the developmental and implementation activities for Preffi 1.0, the development of Preffi 2.0 and the national and international activities that have been initiated after the launch of Preffi 2.0.

Chapters 2 and 3 discuss the experiences gained with the first version of Preffi over the period from 1995 to 2001. These experiences and the empirical findings of studies examining the 1997 – 1999 implementation programme formed the basis for Preffi 2.0.

Chapter 2 describes the experiences gained with Preffi 1.0. Preffi 1.0 was intended as an instrument to help practitioners apply available research and practical knowledge in their own everyday work routine. Its format was that of a checklist of key points that have to be addressed in developing and implementing health promotion interventions and projects. Practitioners had expressed a preference for a short, clearly structured list, which would serve not only to assess the quality of projects but especially to improve that quality.

The experience gained with Preffi 1.0 and studies examining its use showed that health promotion specialists are very much action-oriented and that they tend to make rapid and pragmatic decisions about the interventions to be used in their projects. They generally find it difficult to motivate their intervention choices on theoretical grounds, frequently lack insight into determinants and often fail to state their objectives in clear terms.

Using Preffi can help them look at their projects in a more systematic way, which implies a greater interest in theory and determinants, more precise descriptions of the objectives that a particular intervention should be able to

achieve for particular sections of the target group, and the setting of more realistic objectives in view of the contextual conditions. Preffi can help them review recent research findings, which is important because the average Dutch health promotion specialist completed his training more than eight years ago.

Studies of the implementation programme showed that users did not always find it easy to apply Preffi. They often wondered whether they had indeed met particular criteria, in other words, they wanted a standard against which they could assess their own work. They also said that using Preffi took a great deal of time, although this comment was made particularly by people who had only just started to work with the instrument.

Repeated studies assessing the use of Preffi in 1997, 1998 and 1999 showed that the health promotion specialists attached great value to an opportunity to analyse the effects of their projects, using a list that would be valid for all health promotion sectors. The practitioners regarded Preffi as an important, supportive and useful instrument. They tended to use it in a flexible manner, in the sense that they applied those parts of Preffi 1.0 that were relevant to their specific context. They used it particularly during the developmental stages of their projects. By the end of 1999, 96% of the Dutch health promotion specialists were aware of the existence of Preffi, and 35 – 40% of them were using it as their standard instrument.

The experiences gained with Preffi 1.0 indicated what improvements could be made to the instrument itself. In terms of its *content*, recent research findings had to be incorporated, and the instrument had to pay more attention to the theoretical underpinning of projects, the motivation of target groups, target group participation, efforts to make projects fit the culture of target groups, implementation strategies, the context and contextual conditions in which projects are implemented and the importance of the project manager as a decisive factor for success. All criteria had to be operationalised and provided with norms. In terms of the *format*, the new version had to reflect the cyclical and iterative nature of health promotion projects. As regards the *status and role* of the instrument, it not only had to target the practitioners themselves, but also had to stimulate support from researchers and institutional management. The new name Health Promotion Effect Management Instrument more clearly reflects Preffi's intention to identify conditions for effectiveness, rather than measuring effectiveness as such, as was sometimes erroneously thought.

Chapter 3 discusses the empirical research into the Preffi 1.0 implementation programme between 1997 and 1999. The Theory of Planned Behaviour was

used as the theoretical model to plan the implementation interventions and structure the research. The objectives of the Preffi 1.0 implementation programme were related to its dissemination, adoption, implementation and maintenance. The determinants of adoption and the transition to the implementation stage were attitude, social norm and self-efficacy, while the determinants of progress in the implementation process were the characteristics of the instrument, the social and political context, the 'sender' and 'receiver' of the innovation and the implementation strategy used.

Nationwide implementation interventions targeting all Dutch health promotion specialists aimed at raising awareness of the existence of Preffi, creating a favourable attitude and providing general assistance for its use. In addition to this general, nationwide strategy, there was also an intensified, five-day support programme, which was offered to a group of 64 health promotion specialists, who intended to use Preffi. The effects of the general, nationwide strategy were assessed in two independent samples of Dutch health promotion specialists (N=120 en 316, respectively) using a written questionnaire, while the effects of the intensified training programme were assessed in a cohort study. The nationwide activities raised the awareness of the existence of Preffi and resulted in a more favourable attitude towards the instrument. However, only those who had participated in the intensified training programme showed a significant increase in the use of Preffi.

The favourable attitude was influenced particularly by opinions about using a systematic approach and about the usefulness of the instrument. A striking finding was that institutional management had generally not stimulated health promotion specialists to use Preffi. In those cases where Preffi had been integrated into a team's quality assurance system (team embeddedness) this was found to be an important predictor of implementation, and in fact the only predictor of the transition from the action stage to the maintenance stage (OR=1.521).

The most important factor for the transition from the preparation stage to the action stage was the attitude scale relating to the 'usefulness of the instrument' (OR=1.989), while team embeddedness (OR=1.646) and self-efficacy (OR=1.328) also played important roles.

Chapter 4 discusses the systematic process used to develop Preffi 2.0, which was used to ensure the instrument's validity. Preffi 2.0 incorporates the recommendations for content, format and status that came out of the Preffi 1.0 programme. We tried to strengthen the scientific legitimacy of Preffi 2.0 by collab-

orating with the Prevention Research Centre at Radboud University Nijmegen and establishing a scientific advisory committee (WAR). In addition, we set up a practitioners' advisory committee (PAR) of Dutch health promotion specialists, that is, the instrument's primary users.

The development process started with an explicit plan for the way the draft version of Preffi 2.0 was produced, after which the content and validity of this version were examined by the WAR and PAR members. Finally, 35 experienced health promotion specialists were asked to assess the usefulness of a draft version. The chapter presents some of the results of this study and the conclusions we drew from them for the use of the instrument. The users taking part in the study generally gave favourable opinions, and the study yielded useful suggestions for adjustments to the instrument's content and lay-out, as well as its possible and preferred uses. These suggestions were incorporated in the definitive version of Preffi 2.0. In this version, Preffi 2.0 consists of a scoring form with 39 criteria, divided into 8 clusters. Each criterion is operationalised and provided with a norm which allows users to rate the degree to which a project meets that criterion as strong, moderate or weak. The assessor is stimulated to note specific suggestions for improving the project being assessed. The Preffi package includes a user manual and an elaborate explanatory guide that justifies the choice of criteria.

The chapter discusses the differences between Preffi 2.0 and the 1.0 version and gives some suggestions for using the instrument, such as the recommendation to assess projects together with colleagues and the recommendation not to assess a project purely on the basis of documents but to consult with the project manager. The study showed that users prefer to use Preffi for diagnostic purposes.

Chapter 5 reports on the study assessing the usefulness and reliability of a draft version of Preffi 2.0 among 35 health promotion specialists, each of whom was asked to assess two projects. The respondents also commented on the operationalisations and completed a questionnaire asking their opinion about the instrument. Supplementary interviews were held with 10 of them. The Preffi-based assessments of projects based on the various criteria were found to differentiate sufficiently between projects, as well as between the various criteria for a particular project. The assessors frequently made use of the 'not assessable' answering option, especially for the criteria newly introduced in Preffi 2.0 and for criteria from the clusters on contextual conditions and feasibility, implementation and evaluation. It was clear that it is difficult to assess projects merely on the basis of written project descriptions; it is useful to include in the

assessment procedure a consultation with the project manager, to obtain supplementary information.

We used generalisability theory to assess the reliability and accuracy of Preffi as an instrument. The study did not produce any conclusive evidence about reliability, as there was insufficient variance between the projects assessed. As regards accuracy, we concluded that sufficiently accurate assessments on the basis of criteria scores required about 4 assessors for the individual clusters and 2 for the project as a whole. A sufficiently accurate and reliable assessment of a project based on the overall marks for the various clusters and for the project as a whole would require between 25 and 40 assessors. The study provided valuable suggestions for further research that would allow the instrument's reliability to be more accurately established, as well as suggestions to increase the instrument's reliability, such as using fewer answering options, training users in the application of Preffi and clarifying the descriptions and instructions.

The respondents gave the draft version of Preffi 2.0 an overall rating of 7.7 out of 10. Most of them reported that Preffi was a valuable, complete, clear, well-structured and innovative instrument, but they also said it was not easy to apply. The respondents expected that applying the instrument to their own projects would enable them to be more critical of their own work, to systematically assess all aspects of their projects and to rapidly draw up a list of points that could be improved.

The team that developed Preffi 2.0 emphasises its role as a quality assurance instrument, intended to stimulate improvements. The instrument in its present form is not suitable as a screening tool, although it does provide a standard that specific health promotion projects should ideally be able to meet. The respondents agreed with this view and expressed a certain fear that third parties might use Preffi in an uncontrolled fashion as a screening instrument to assess projects.

Chapter 6 reports on a study to test the reliability of the definitive version of Preffi 2.0. It compared Preffi-based assessments of 20 projects by three practitioners with the intuitive assessments of the same projects they had given earlier and with assessments by three experts serving as an external criterion. The intuitive assessments involved assigning marks for eight general aspects of the projects, which corresponded to the clusters used in Preffi. The main hypothesis of the study was that the intuitive assessments by the practitioners would be less reliable and accurate than their Preffi-based assessments and than experts' assessments. This hypothesis was, on the whole, not confirmed. The assess-

ments by the experts turned out to be less reliable and accurate than the intuitive and Preffi-based assessments by the practitioners, and differed too much to be used as an external criterion. The practitioners' intuitive assessments and Preffi-based assessments did achieve acceptable reliability. Based on the criterion scores, sufficiently reliable and accurate assessments at the level of projects as a whole would require 2 assessors, while 3 would be needed at the level of individual clusters. This study also found that the overall marks given to individual clusters were less reliable and accurate.

The reliability and accuracy of the Preffi scores were better than those found in the earlier study of the draft version of Preffi 2.0. The changes introduced on the basis of the findings of that earlier study resulted in fewer assessors being required for accurate and reliable assessments of all criteria that had been adjusted.

The experts' assessments of the projects were on average the most critical. There was no difference in strictness between the practitioners' intuitive and Preffi-based assessments, although the respondents themselves had the impression that Preffi forced them to be more critical. The practitioners in this study also reported that they found it hard to assess many of the projects purely on the basis of written project descriptions and would prefer to have a consultation with the project manager included in the assessment procedure.

The study showed that different assessors had different perspectives and included different aspects in their assessments. The assessors themselves regarded this as inevitable and even as valuable. They thought that a consensus meeting between different assessors should be a standard element in the assessment procedure. The consensus meeting that was held as part of the study proved that consensus about individual projects was quickly achieved, based mostly on theoretical arguments about the quality of the projects.

Chapter 7 summarises and critically reviews the findings of the various studies reported on in this thesis. The overall conclusion is that Preffi 2.0 is a valid instrument using evidence-based principles and providing guidelines on effect management. The new version represents an improvement over the first version, while still remaining useful and feasible for practitioners. There is general agreement about the good content validity of the instrument. Our studies have shown how Preffi can best be used to reliably assess a project. Preffi allows the strong and weak points of projects and programmes to be adequately diagnosed. It also contributes to a synthesis of new research findings and practical experience, making them accessible to practitioners.

The Preffi team hopes to be able to produce a new version (Preffi 3.0) by 2007. To this end, the instrument's content and format would need to be further adjusted, incorporating new insights into ways of increasing its reliability and the steps required to further integrate a consistent use of Preffi in existing operational processes.

We would also recommend the inclusion of cost-effectiveness aspects in the new version. Preffi 3.0 should in any case have a digital, Internet-supported format. This might further increase the instrument's reliability, as it would allow more specific explanations and suggestions to be provided for each criterion, which may help users achieve more objective assessments. It will be necessary to continue to collect empirical data that could allow the use of Preffi to be further improved.

The consistent use of the instrument can be further stimulated by incorporating Preffi or its principles in the quality assurance system for health promotion which is being developed by the Foundation for the Harmonisation of External Quality Review in Health Care (HKZ) and is to start in 2006, as well as by integrating them into the operational processes and the various knowledge products provided by the NIGZ Centre for Knowledge and Quality Management.

The insights gained with Preffi are making important contributions to the current attempts to develop a European guideline for health promotion. Collaboration with colleagues from various European countries should improve the chances of success. All of these plans indicate that the further development of Preffi and efforts to improve the effectiveness of health promotion in the Netherlands require a permanent investment effort.

Samenvatting

Dit proefschrift behandelt de systematische ontwikkeling van de tweede versie van het Preventie Effectmanagement Instrument, de Preffi 2.0 en de onderzoeken naar de bruikbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van het instrument. De Preffi 2.0 is een instrument voor effectmanagement dat gezondheidsbevorderaars helpt om de effectiviteit van hun interventies te verbeteren door de Preffi-criteria en richtlijnen toe te passen op hun interventies. De criteria reflecteren zowel wetenschappelijke kennis over effectpredictoren als praktijkinzichten over effectiviteit, zoals aandacht voor context en projectmanagement. Het kan daarbij gaan om afzonderlijke interventies, projecten met meerdere interventies of programma's die meerdere projecten omvatten.

De primaire gebruiker van de Preffi is de praktisch werkende gezondheidsbevorderaar en preventiewerker. Periodiek zullen er nieuwe versies van de Preffi worden uitgegeven. Hiermee wordt beoogd een lerend systeem in het leven te roepen dat vorm kan geven aan de dynamische relatie tussen wetenschap en praktijk.

Er kan nog veel winst in effectiviteit geboekt worden bij interventies voor gezondheidsbevordering. Om dat te realiseren is het nodig om naast het ontwikkelen en verspreiden van modelprogramma's, te stimuleren dat (lokale) gezondheidsbevorderaars algemene principes en richtlijnen over effectiviteit in hun dagelijkse praktijk gaan toepassen. Voor dit laatste is de Preffi als instrument voor effectmanagement een bruikbaar hulpmiddel. In het inleidende hoofdstuk wordt de Preffi gepositioneerd als een instrument binnen het bredere concept van kwaliteitsmanagement, waarvan effectiviteit een onderdeel is. Effectiviteit wordt sterk bepaald door de werkprocessen die in een interventie of programma worden gevolgd.

Voor de ontwikkeling van een tweede versie van de Preffi is met een aantal aspecten rekening gehouden.

Er wordt uitgegaan van een model dat is gebaseerd op de structuur van het planingsproces. In het model zijn dimensies opgenomen die bijdragen aan effectiviteit: programma-ontwikkeling, het programma zelf, de implementatie ervan en evaluatie. Voor ieder van deze dimensies zijn effectpredictoren vastgesteld op basis van inhoudelijke en projectmatige/contextuele afwegingen. Te samen vormen ze de effectpredictoren of criteria waaruit de Preffi 2.0 is opgebouwd.

Bij de ontwikkeling en de opbouw van de Preffi wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de inzichten uit richtlijnenontwikkeling en het verspreiden van innovaties.

Het gebruikersperspectief vormt vanaf het begin van het Preffi traject het vertrekpunt. Daarom worden gezondheidsbevorderaars betrokken bij alle ontwikkelingsstadia en keuzemomenten.

In de tweede versie van de Preffi is de wetenschappelijke onderbouwing van de Preffi verder uitgewerkt met veel aandacht voor validiteit en betrouwbaarheid. Een vaker terugkerend aandachtspunt in dit proefschrift is de functie die de Preffi kan spelen. Gaat het om een diagnostisch instrument dat de gebruiker helpt en stimuleert het eigen project te verbeteren of is de Preffi gericht op het beoordelen van projecten voor selectiedoeleinden? De ontwikkelaars willen de nadruk leggen op de diagnostische functie. Daarvoor is het noodzakelijk om een norm vast te stellen waartegen het eigen handelen kan worden afgezet.

Omdat de hoofdstukken in dit proefschrift zich toespitsen op een aantal onderdelen van het ontwikkelings- en onderzoekstraject voor de Preffi 2.0 wordt in het inleidend hoofdstuk het hele Preffi traject geschetst, zoals dat sinds 1994 is uitgevoerd. Ingegaan wordt op de ontwikkelings- en implementatieactiviteiten van de Preffi 1.0, de ontwikkeling van de Preffi 2.0 en de nationale en internationale activiteiten die na de lancering van de Preffi 2.0 zijn en worden uitgevoerd.

De hoofdstukken 2 en 3 gaan in op de ervaringen die zijn opgedaan met de eerste versie van de Preffi in de periode 1995-2001. Deze ervaringen en de empirische gegevens uit de studies naar het implementatietraject van 1997-1999 vormen de uitgangspunten voor de Preffi 2.0.

Hoofdstuk 2 beschrijft de ervaringen die met het Preventie Effectiviteits Instrument, de Preffi 1.0 zijn opgedaan.

De Preffi 1.0 wordt gepositioneerd als een instrument dat de praktijkwerker helpt om beschikbare wetenschappelijke en praktijk-gebaseerde kennis toe te passen in de eigen praktijk. Het heeft de vorm van een richtlijnenlijst met aandachtspunten waaraan gedacht moet worden bij de opzet en het verloop van interventies en projecten voor gezondheidsbevordering. Het was de wens van de gebruiker om de Preffi te beperken tot een korte overzichtelijke lijst, die niet alleen geschikt is voor het beoordelen maar vooral om tot verbeteringen te komen van een project.

De ervaringen en het onderzoek laten zien dat gezondheidsbevorderaars sterk actiegericht zijn en in hun projecten op pragmatische gronden snel tot een interventiekeuze komen. Gezondheidsbevorderaars vinden het moeilijk een interventiekeuze op theoretische gronden te motiveren. Het inzicht in determinanten ontbreekt nogal eens en doelen worden matig geformuleerd.

Het werken met de Preffi helpt om planmatiger naar een project te kijken. Dat uit zich in meer aandacht voor theorie en determinanten, nauwkeuriger

omschrijven welk deel van de doelen voor welk deel van de doelgroep met een interventie kan worden gerealiseerd en reëlere doelen gezien de randvoorwaarden. Het gebruik van Preffi helpt om recente wetenschappelijke inzichten te vergaren, omdat men gemiddeld al meer dan 8 jaar geleden de eigen opleiding heeft afgesloten.

Tijdens het implementatietraject bleek dat de Preffi niet altijd even makkelijk is toe te passen. Het is vooral de vraag wanneer je het nu goed hebt gedaan. Men mist een standaard waartegen men de eigen werkzaamheden kan afzetten. Daarnaast dacht men dat het toepassen van de Preffi veel tijd kost. Dat argument speelde vooral bij mensen die de Preffi nog nauwelijks gebruikt hebben. Uit de herhaalde metingen over het gebruik van de Preffi in 1997, 1998 en 1999 blijkt dat de gezondheidsbevorderaars het belangrijk vinden om de effecten van hun projecten te kunnen analyseren en dat met een lijst te doen die voor alle sectoren binnen gezondheidsbevordering geldt. De praktijkwerkers vinden de Preffi belangrijk ondersteunend en bruikbaar. Ze gebruiken het instrument flexibel. Die delen van de Preffi 1.0 worden toegepast die in een specifieke context relevant zijn en dan met name tijdens het opzetten van een project. Eind 1999 kende 96% van de gvo/preventiewerker het instrument en gebruikte 35-40% van hen de Preffi als standaardinstrument.

De ervaringen met de Preffi 1.0 maakten duidelijk hoe de Preffi zelf verbeterd kon worden.

Qua *inhoud* dienden nieuwe wetenschappelijke inzichten te worden verwerkt. Meer aandacht was gewenst voor de theoretische fundering van een project, de motivatie van de doelgroep, doelgroepparticipatie, afstemming op de cultuur, implementatiestrategieën, context, randvoorwaarden en de projectleider als een kritische succesfactor. Alle criteria zouden geoperationaliseerd en genormeerd moeten worden.

In de *vormgeving* zou aandacht moeten zijn voor het cyclisch en iteratieve karakter van gezondheidsbevorderingsprojecten.

De *positionering* diende zich niet alleen op de beroepsgroep zelf te mikken, maar ook op ondersteuning vanuit wetenschap en management. Met een naam als Preventie Effectmanagement Instrument wordt scherper de positionering neergezet dat de Preffi de voorwaarden voor effectiviteit in kaart wil brengen en niet de effectiviteit zelf meet, zoals men nog wel eens ten onrechte dacht.

Hoofdstuk 3 behandelt het empirische onderzoek naar het implementatietraject van de Preffi 1.0 dat tussen 1997 en 1999 heeft plaatsgevonden. The Theory of Planned Behaviour is gebruikt als theoretische model om de interventies te plannen en het onderzoek te structureren. In het implementatietraject worden doelen gesteld gericht op disseminatie, adoptie, implementatie en behoud van

het gebruik van de Preffi. Determinanten van de adoptie en de overgang naar de implementatiefase zijn de attitude, sociale norm en eigen effectiviteit. De determinanten van de voortgang in het implementatieproces zijn de karakteristieken van de Preffi, de sociaal-politieke context, de boodschapper en de ontvanger van de vernieuwing en de implementatiestrategie.

Landelijke implementatie-interventies voor alle gezondheidsbevorderaars waren gericht op het bekendmaken van de Preffi, creëren van een positieve houding en in algemene zin aanbieden van ondersteuning bij gebruik. Naast deze algemene nationale strategie is er ook een intensief 5-daags ondersteunings-programma aangeboden aan een gemotiveerde groep gezondheidsbevorderaars (n=64). De effecten van het landelijke aanbod zijn in twee onafhankelijke representatieve steekproeven van Nederlandse gezondheidsbevorderaars (N=120 en 316, resp.) gemeten met een schriftelijke vragenlijst. De effecten van het intensievere trainingsprogramma zijn gemeten in een cohort studie. De landelijke activiteiten droegen bij tot een grotere bekendheid met en een (nog grotere) positieve houding ten opzichte van de Preffi. Maar een significante toename van het gebruik trad alleen op bij degenen die een intensief trainingsprogramma hadden gevolgd. De positieve attitude werd vooral beïnvloed door de opvattingen over een systematische benadering en de bruikbaarheid van het instrument. Opvallend was het ontbreken van een stimulans vanuit het management aan de gezondheidsbevorderaars om de Preffi te gebruiken. Daar waar de Preffi wel was ingebed in het kwaliteitssysteem van een team (teamverankering) bleek dit ook een belangrijke voorspeller van implementatie te zijn en zelfs de enige voorspeller van de overgang van de actie naar de behoud-fase (OR=1,521).

Voor de overgang tussen de preparatiefase naar de actie-fase bleek de attitude-schaal 'bruikbaarheid van het instrument' de belangrijkste factor te zijn (OR=1,989), terwijl ook teamverankering (OR=1,646) en eigen effectiviteit (OR=1,328) een belangrijke rol spelen.

Hoofdstuk 4 behandelt het systematische ontwikkelingsproces van de Preffi 2.0 dat de grondslag voor de validiteit van het instrument vormt. In de Preffi 2.0 worden de aanbevelingen uit het Preffi 1.0 traject over inhoud, normering, vorm en positionering verwerkt. Er is ingezet op een versterking van de wetenschappelijke legitimiteit van de Preffi 2.0 door een samenwerking aan te gaan met het Prevention Research Centre van de Radboud Universiteit Nijmegen en een Wetenschappelijke adviesraad (WAR) in te stellen. Er is ook een Praktijkadviesraad (PAR) opgezet met de primaire gebruikers, de gezondheidsbevorderaars in Nederland.

In het ontwikkelingsproces is eerst geëxpliciteerd hoe een conceptversie van de Preffi 2.0 tot stand is gekomen, vervolgens is de inhoud en de validiteit in verschillende overlegondes getoetst met de experts van de WAR en PAR. Tot slot

is over een concept-versie een bruikbaarheid-onderzoek gehouden onder 35 ervaren gezondheidsbevorderaars. Enkele resultaten van dat onderzoek en leerpunten voor het gebruik worden in dit hoofdstuk gepresenteerd. Het gebruikersonderzoek liet in het algemeen een positief oordeel zien en heeft suggesties opgeleverd over aanpassing van inhoud en lay-out en de mogelijke en wenselijke wijzen van gebruik. Deze zijn verwerkt in de definitieve versie van het Preventie Effectmanagement Instrument, de Preffi 2.0. De Preffi 2.0 bestaat uit een scoreformulier met 39 criteria verdeeld over acht clusters. Ieder criterium is geoperationaliseerd en van een normering voorzien, waarmee een score sterk, matig of zwak kan worden toegekend. De beoordelaar wordt gestimuleerd op het formulier een aantal concrete verbeterpunten te benoemen voor het beoordeelde project. Bij de Preffi hoort een gebruiksaanwijzing en een uitgebreide toelichting, waarin de keuze voor de criteria wordt verantwoord. De veranderingen in de Preffi 2.0 ten opzichte van de 1.0 versie worden besproken. Een aantal aanwijzingen voor het gebruik worden gegeven, zoals de aanbeveling om samen met anderen een project te beoordelen en niet alleen te beoordelen op basis van schriftelijke informatie, maar ervoor te zorgen ook altijd een gesprek met de projectleider te hebben. De gebruikers prefereren een gebruik van de Preffi voor diagnostische doeleinden.

Hoofdstuk 5 rapporteert het bruikbaarheidsonderzoek en het eerste betrouwbaarheidsonderzoek van de conceptversie van de Preffi 2.0 onder 35 gezondheidsbevorderaars, die ieder 2 projecten hebben beoordeeld met de concept-versie van de Preffi 2.0, de operationalisering hebben commentariseerd en een vragenlijst hebben ingevuld. Met 10 van hen is een aanvullend interview gehouden. De oordelen die met de Preffi worden gegeven over de verschillende criteria van projecten bleken voldoende te differentiëren tussen projecten en ook tussen criteria binnen projecten. De antwoordcategorie 'niet te beoordelen' werd vaak gebruikt, vooral bij de nieuwe Preffi 2.0 criteria en bij criteria uit de clusters randvoorwaarden en haalbaarheid, implementatie en evaluatie. Duidelijk is geworden dat een oordeel over een project moeilijk alleen op een projectbeschrijving kan worden gebaseerd. Het verdient aanbeveling ook een gesprek met de projectleider in de beoordelingsprocedure op te nemen om de ontbrekende informatie te krijgen.

Met de generaliseerbaarheidstheorie is de betrouwbaarheid en de nauwkeurigheid van de Preffi als instrument onderzocht. Over de betrouwbaarheid kan met deze studie geen afrondend oordeel worden gegeven, omdat er te weinig variantie tussen de projecten was. Er bleken op clusterniveau ongeveer 4 en voor het project als geheel 2 beoordelaars nodig te zijn om op basis van de criteriascores tot voldoende nauwkeurige oordelen te komen. Voor een nauwkeurig en betrouwbaar oordeel over een project op basis van de gegeven rapportcij-

fers over de clusters en het totale project zijn tussen de 25 en 40 beoordelaars nodig. Het onderzoek geeft waardevolle suggesties voor vervolgonderzoek om de betrouwbaarheid beter te kunnen vaststellen en suggesties om de betrouwbaarheid van het instrument te verhogen, zoals minder antwoordcategorieën, trainen in het gebruik van de Preffi, aanscherping van de omschrijvingen en instructies.

De conceptversie van de Preffi 2.0 krijgt van de respondenten gemiddeld een 7,7. De meerderheid beoordeelde de Preffi als waardevol, compleet, duidelijk, goed gestructureerd en innovatief, maar ook als niet eenvoudig. De respondenten verwachtten dat ze door toepassing van het instrument in hun projecten kritischer worden over hun eigen werk, eerder aan alle aspecten aandacht schenken en sneller zullen kunnen beschikken over een goed overzicht van verbeterpunten voor hun eigen projecten.

De ontwikkelaars leggen de nadruk op het gebruik van de Preffi als een kwaliteitsinstrument om verbeteringen te stimuleren. Het instrument is nog niet geschikt als beoordelingsinstrument, maar geeft wel een normatieve standaard, waarvan het wenselijk is dat deze gehaald wordt in concrete gezondheidsbevorderingsprojecten. De respondenten onderschrijven deze stellingname en zijn enigszins beducht voor een ongecontroleerd gebruik van de Preffi als beoordelingsinstrument van hun projecten door derden.

In hoofdstuk 6 wordt de betrouwbaarheid van de definitieve Preffi 2.0 versie getest. De oordelen over 20 projecten, zoals drie praktijkwerkers die met de Preffi hebben gegeven, worden vergeleken met intuïtieve oordelen die zij eerder hebben gegeven over dezelfde 20 projecten en met de oordelen van drie experts, die als een extern criterium dienen. De intuïtieve oordelen bestonden uit het toekennen van cijfers op 8 algemene aspecten van een project. Deze algemene aspecten vielen samen met de clusters uit de Preffi. De belangrijkste hypothese was dat de intuïtieve oordelen van de praktijkwerkers minder betrouwbaar en nauwkeurig zouden zijn dan de op de Preffi gebaseerde oordelen en de oordelen van de experts. In het algemeen konden we deze hypothese niet bevestigen. De oordelen van de drie experts waren minder betrouwbaar en precies dan de intuïtieve en de Preffi-oordelen van de praktijkwerkers en ze verschilden te zeer van elkaar om als extern criterium te kunnen dienen. De intuïtieve oordelen en de Preffi oordelen van de praktijkwerkers behaalden acceptabele niveaus van betrouwbaarheid. Gebaseerd op de criteria-scores zijn op het niveau van het hele project 2 beoordelaars nodig om een voldoende betrouwbaar en precies oordeel te krijgen, terwijl op clusterniveau er 3 beoordelaars nodig zijn. Ook in dit onderzoek bleek dat de rapportcijfers die per cluster worden gegeven minder betrouwbaar zijn en een grotere onnauwkeurigheid kennen.

De betrouwbaarheid en de nauwkeurigheid van de Preffi-scores zijn beter dan

die uit het onderzoek naar de conceptversie van de Preffi 2.0. De veranderingen die zijn doorgevoerd naar aanleiding van dat onderzoek hebben er toe geleid dat voor alle aangepaste criteria minder beoordelaars nodig zijn om tot een voldoende nauwkeurig en betrouwbaar oordeel te komen.

De experts oordelen gemiddeld het meest streng over de projecten. Voor de praktijkwerkers maakte het niet uit of men met of zonder de Preffi een oordeel uitsprak, al had men wel het idee met de Preffi strenger te oordelen. In veel gevallen vond men ook in dit onderzoek het lastig alleen op basis een schriftelijke rapportage tot een oordeel te komen en had men graag ook een gesprek met de projectleider in de procedure opgenomen gezien.

Het onderzoek maakte duidelijk dat beoordelaars verschillende perspectieven gebruiken en verschillende aspecten in hun beoordeling betrekken. Dit werd door de beoordelaars als onvermijdelijk en zelfs nuttig beschouwd. Ze vonden dat een discussie tussen de beoordelaars een vast onderdeel van de procedure moet worden om tot consensus te komen. Tijdens een consensus bijeenkomst bleek dat men snel tot consensus over de projecten kon komen, waarbij vooral inhoudelijke argumenten over de kwaliteit van de projecten de doorslag gaven.

In hoofdstuk 7 worden de resultaten van de verschillende onderzoeken waarover is gerapporteerd in dit proefschrift samengevat en kritisch besproken. De afrondende conclusie is dat Preffi 2.0 een valide instrument is met evidence based principes en richtlijnen voor effectmanagement. De tweede versie is verder en beter ontwikkeld dan de eerste versie en blijkt voor de praktijk bruikbaar en behaapbaar te blijven. De inhoudsvaliditeit van de Preffi wordt breed onderschreven. Het onderzoek heeft duidelijk gemaakt op welke wijze op een verantwoorde manier een betrouwbaar oordeel over een project gegeven kan worden met de Preffi. De Preffi geeft een goede diagnose waar projecten en programma's goed en minder goed in zijn. De Preffi levert een bijdrage aan het synthetiseren van nieuwe wetenschappelijke en praktische kennis en het toegankelijk maken daarvan voor de praktijk.

Er wordt voorgesteld om in 2007 met een nieuwe Preffi 3.0 te komen. Inhoud en vorm van de Preffi moeten dan weer verder uitgewerkt worden. Nieuwe inzichten om de betrouwbaarheid te verhogen kunnen daarin worden opgenomen en er kan rekening gehouden worden met verdere stappen die nodig zijn om het structurele gebruik van de Preffi in te bedden in bestaande werkprocessen.

Er wordt gepleit om in een volgende versie de kosten-effectiviteit op te nemen. De vorm zal in ieder geval digitaal zijn en via internet ondersteund moeten gaan worden. Dat kan leiden tot een verhoging van de betrouwbaarheid omdat op die manier een specifiekere uitleg en suggesties per criterium gegeven kunnen worden die helpend kunnen zijn om een oordeel te objectiveren. Empirisch

materiaal over het beoordelingen van projecten dient men te blijven verzamelen om daarvan te leren en zo het gebruik van de Preffi verder aan te scherpen. Het structurele gebruik van de Preffi kan verder vergroot worden door de Preffi of de principes daaruit in te bedden in het HKZ-kwaliteitssysteem voor gezondheidsbevordering dat in 2006 van start zal gaan en het in te bouwen in de eigen werkpraktijk en de verschillende kennisproducten van het NIGZ Centrum voor Kennis en Kwaliteit.

De inzichten uit de Preffi leveren een belangrijke bijdrage aan een te ontwikkelen Europese richtlijn voor gezondheidsbevordering. Samenwerking met collega's uit andere landen is een kansrijke ontwikkeling. Al deze plannen maken duidelijk dat de ontwikkeling van de Preffi en de bevordering van de effectiviteit van de gezondheidsbevordering in Nederland een blijvende investering vragen.