



Innovatie, implementatie en impact van de maatschappelijke beweging 'Alles is Gezondheid' 2018-2021

Eindrapport van een actiegerichte evaluatie

Uitvoering

Maastricht University
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
CAPHRI - Care and Public Health Research Institute
Department of Health Services Research
Focusing on Value-based Care and Ageing
Postbus 616, 6200 MD Maastricht
Telefoon: 043-3881570
Website: <https://hsr.mumc.maastrichtuniversity.nl>

Contact

Marleen Bekker
m.bekker@maastrichtuniversity.nl, marleen.bekker@wur.nl

Het onderzoek is uitgevoerd met financiering van de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw), projectnummer 531005012]. Dit rapport is gebaseerd op de eindrapportage, die op 14 februari 2023 door ZonMw is goedgekeurd.

ISBN: 978 94 6159 342 9
Universitaire Pers Maastricht

© Copyright Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI - Care and Public Health Research Institute, Department of Health Services Research, 2023.

Niets uit deze uitgave mag gekopieerd of overgenomen worden zonder uitdrukkelijke toestemming van de auteurs.

Innovatie, implementatie en impact van de maatschappelijke beweging ‘Alles is Gezondheid’, tweede fase 2018-2021

Eindrapport van een actiegerichte evaluatie

2023

Dr. Marleen Bekker (Universiteit Maastricht, Wageningen University and Research)

Laurens Reumers MSc, prof.dr.ir. Maria Jansen, prof.dr. Dirk Ruwaard (Universiteit Maastricht)

Prof.dr. Jan-Kees Helderman (Radboud Universiteit)

Dr. Henk Hilderink (RIVM)



WAGENINGEN
UNIVERSITY & RESEARCH

Radboud Universiteit



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Juni 2023

Maastricht University

Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

CAPHRI - Care and Public Health Research Institute

Department of Health Services Research

Focusing on Value-based Care and Ageing

Inhoudsopgave

Dankwoord	5
Samenvatting	6
1. Inleiding	8
1.1 Leervragen vanuit het ministerie van VWS	8
1.2 Onderzoeksvragen	8
2. Methoden	9
2.1 Begripsverheldering	9
2.2 Overzicht deelonderzoeken en methoden	9
2.3 Deel A: Kwalitatieve procesevaluatie	10
2.4 Deel B: Actiegerichte evaluatie	14
2.5 Deel C: Verkennende uitkomstenevaluatie	16
3. Resultaten	18
3.1 Onderzoeksvraag 1 Kwalitatieve procesevaluatie	18
3.1.1 Bevindingen kwalitatieve case studies en actiegerichte dialogosessies	18
3.1.2 Ontwikkeling Gezondheid Transformatiemodel	22
3.1.3 Resultaten survey uitgaande van het Gezondheid Transformatiemodel	25
3.2 Onderzoeksvraag 2 Verkennende uitkomstenevaluatie	28
3.2.1 Scoping review	28
3.2.2 Opzet Health Impact Assessment	28
3.2.3 Group Model Building	29
3.2.4 Stappen in de ontwikkeling van een kwantitatief model	29
3.2.5 Conclusies met betrekking tot het kwantitatieve modelleerproces	31
4. Conclusies en aanbevelingen	31
4.1 De ontwikkeling en positie van het platform Alles is Gezondheid	31
4.2 Het Gezondheid Transformatiemodel	32
4.3 Naar systeemtransformatie?	32
4.4 Aanbevelingen	33
4.4.1 Partners en initiatiefnemers	33
4.4.2 Regionetwerken	33
4.4.3 Programmabureau: governance van AiG	33
4.4.4 Programmaraad en Transitieraad i.o.	34
4.4.5 Overheden: Ministerie VWS en gemeenten	35

Literatuurreferenties per deelstudie.....	37
Bijlage A. Publicaties.....	49
Bijlage B. Kwalitatieve evaluatie Indicatoren	51
Bijlage C. Generieke topiclijsten semigestructureerde interviews	53
Bijlage D. Informed consent formulier	55
Bijlage E. Group Model Building handleiding September – oktober 2019.....	57
Bijlage F. Poster Kwantitatief model armoede en gezondheid	63
Bijlage G. Onderzoeksinstrument survey 2022	64
Bijlage H. Praatplaat met toelichting op evaluatieonderzoek 8 jaar Alles is gezondheid	68
Bijlage I. Ethische goedkeuring en datamanagement	70

Dankwoord

Graag spreken wij onze dank uit aan de volgende betrokkenen zonder wie deze evaluatiestudie niet, of op heel andere wijze, tot stand zou zijn gekomen. Om te beginnen danken wij het ministerie van VWS en ZonMw voor de opdrachtverlening en de tussentijdse reflecties op tussenopbrengsten en de voortgang van de studie. Daarnaast heeft het programmabureau van Alles is Gezondheid ons veelvuldig geholpen met de facilitering van congrespresentaties, dialoogsessies, communicatie, en voor de actieve uitwisseling van ervaringen, beschouwingen op het onderzoek en de tussenresultaten, en de verwijzing naar interessante vindplaatsen voor het onderzoek. Dank voor alle inzet en de prettige sfeer waarin soms ook een kritische noot kon worden gekraakt. In aansluiting op het programmabureau heeft de projectleider vier jaar lang mogen aanschuiven bij de Programmaraad van Alles is Gezondheid om kennis te nemen van de discussies over actuele ontwikkelingen, uitdagingen, strategiebepaling, en tevens daaraan ook een actieve bijdrage te leveren. Dank voor de openheid en het vertrouwen. Vervolgens danken wij alle respondenten die bereid waren tot een of meerdere interviews, deelname aan de Group Model Buildingssessies op het thema armoede, schulden en gezondheid in de Gemeente Utrecht, de daarop volgende expertsessie en de dialoogsessies gedurende het hele project.

Binnen het onderzoeksteam hebben de volgende collega's ons tijdelijk bijgestaan in de uitvoering van het onderzoek: Floor Schreurs en Loeth Bouwens, en bij de afsluitende ronde van interviews en dialoogsessies: Chantal Walg. De scripties en stageverslagen van onze studenten hebben mede bijgedragen aan onze bevindingen: Loeth Bouwens, Steffie Loenen, Daniël Borkent en Jeffrey de Heij. Ten slotte heeft de klankbordgroep ons enkele malen per jaar voorzien van kritische vragen, beschouwingen en advies met betrekking tot de aanpak en positionering van ons onderzoek: prof.em. Tom van der Grinten, prof.em.ir. Hans van Oers, Robin Bremekamp MSc (tot 2019), en prof. Martijn van der Steen. Allen heel hartelijk dank!

Samenvatting

Om maatschappelijke initiatieven voor een brede aanpak van gezondheid te verzamelen is in 2014 het programma Alles is Gezondheid (AiG) gestart. Na de eerste fase van Alles is Gezondheid (2014-2017), waarin de evaluatie van de bestuurlijk-organisatorische randvoorwaarden voor Alles is gezondheid heeft geleid tot een politiek besluit om het programma te verlengen met een tweede fase (2018-2021), heeft de Universiteit Maastricht in een onderzoeksconsortium met Wageningen Universiteit, Radboud Universiteit en het RIVM een vervolgevaluatie uitgevoerd met het oog op innovatie, implementatie en impact. Ook deze tweede evaluatie heeft geleid tot een verlenging van het programma met een derde fase (2022-2024).

Uit observaties in kwalitatieve case studies is het Transformative Health Governance model opgesteld voor de strategie en evaluatie van de verandermechanismen, (tussen)opbrengsten en context in losse initiatieven, regionetwerken en/of het programma als geheel. Uit een survey onder gebruikers van AiG blijkt dat AiG significant samenhangt met ideeënkracht en (adoptie van) innovaties; en significant bijdraagt aan het mobiliseren van een integrale aanpak en de implementatie in werkprocessen van partnerorganisaties. In een Health Impact Assessment is een model ontwikkeld van een voorbeeldcasus armoede en gezondheid, waarmee kwantitatieve schattingen kunnen worden gemaakt van effecten van initiatieven. Overheidsinzet blijft nodig om borging in systemen te faciliteren.

We concluderen dat de partners en het Programmabureau AiG door de erkenning en mobilisatie van nieuwe deelnemers aan lokale sociale innovaties, de bekrachtiging en verbinding met regionale en landelijke programma's en netwerken, en de daarmee beschikbaar gekomen unieke kennis over domeinoverstijgende gezondheidsinnovatienetwerken erin zijn geslaagd voor het platform AiG een legitieme plaats te verwerven in het regionale en landelijke krachtenveld.

Het Gezondheid Transformatiemodel geeft weer hoe de coördinatoren van initiatiefnetwerken aangesloten bij AiG inspelen op de kenmerken in hun directe omgeving, waardoor hun initiatief verbonden raakt met burgers en bestuurders (situationele verandermechanismen), waardoor zij passende activiteiten ontwikkelen (actiemechanismen) en daaruit lering trekken voor vervolgstappen (transformationele mechanismen). In een doorgaande cyclus overwinnen zij onzekerheden, tegenslagen, of conflicten, en creëren zij voorwaarden voor integrale actie, innovatie, implementatie, impact en het genereren van nieuwe ideeën. Naarmate deze ideeën, innovaties en goede praktijken de kans krijgen om als feedback terug te vloeien naar de achterliggende beleids- en organisatiestructuren kan dit in de toekomst leiden tot systeem en organisatie transformaties. Het model is een hulpmiddel om onderscheid te maken tussen processen en kleinschalige opbrengsten, d.w.z. (tussen)uitkomsten. Omdat uit de cases blijkt dat er telkens weer knelpunten, belemmeringen, stagnaties of impasses overwonnen moeten worden om verder te komen richting een gezonde samenleving, geeft dit Gezondheid Transformatiemodel houvast bij het ontwerp en bijstelling van de strategie, en/of de monitoring en evaluatie van een initiatiefnetwerk. Zie bijlage H voor een publieksvriendelijke praatplaat waarin dit model is vertaald naar de metafoor van een natuurlijk ecosysteem, waarin het werken aan een gezond evenwicht tussen de elementen geen eindpunt kent.

Voor structurele implementatie en blijvende gezondheidsimpact is echter overheidsinzet nodig om onderliggende systemen flexibeler met elkaar te laten communiceren en partners de nieuwe manieren van werken te kunnen laten borgen. Er komt lokaal en regionaal een veranderproces op gang binnen en tussen partnerorganisaties, maar organisatorische, regelgevende en institutionele voorwaarden zijn nog beperkt gerealiseerd, waardoor ook gevorderde netwerken afhankelijk blijven van tijdelijke financiering. Deze organisatorische voorwaarden zijn onlosmakelijk verbonden met de macrosysteemvoorwaarden, waarbinnen de laatste jaren kleine stappen worden gezet om sectoroverstijgende samenwerking en regionalisering te stimuleren (zoals het wetsvoorstel Domeinoverstijgende samenwerking en het Integraal Zorg Akkoord). De komende jaren moet duidelijk worden wat op macroniveau nodig is om de integrale aanpak van gezondheid op regionaal en lokaal niveau tot norm te maken. Waar AiG in de eerste fase als katalysator heeft gefungeerd voor sociale innovaties kan het in een eventuele volgende fase als katalysator fungeren voor een transformatie van onderliggende systemen van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag naar mens en maatschappij, met bijzondere aandacht voor de relatie tussen leefstijl en leefomgeving. Het rapport geeft hiertoe per betrokken actor verschillende aanbevelingen.

Dit project levert inzicht in de bevorderende en belemmerende institutionele, bestuurlijke en organisatorische voorwaarden voor 'transformative health governance' via Alles is Gezondheid.

- Bevorderende en belemmerende factoren m.b.t. integrale samenwerking tussen sectoren, proces- en structuurinnovaties en institutionele adaptatie om innovaties duurzaam te borgen.
- Aanbevelingen voor de coördinatie/governance van maatschappelijke initiatieven op distale en structurele determinanten van gezondheid.
- Optimalisering van indicatoren voor de (zelf)monitoring en evaluatie van de processen en (tussen)uitkomsten van en door initiatieven, netwerken en allianties.
- Inzicht in bruikbare methoden, technieken en data voor Health Impact Assessment van maatschappelijke initiatieven op distale en structurele determinanten van gezondheid.

1. Inleiding

In opdracht van ZonMw hebben Maastricht University (Health Services Research) en de Radboud Universiteit (Bestuurskunde) in de periode 2015-2017 een bestuurlijk-organisatorische evaluatie uitgevoerd van de eerste fase van het programma Alles is Gezondheid. Op basis daarvan heeft het kabinet de Tweede Kamer in november 2016 geïnformeerd en besloten het programma Alles is Gezondheid met vijf jaar te verlengen (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2016).

1.1 Leervragen vanuit het ministerie van VWS

Het ministerie van VWS heeft vervolgens twee leervragen geformuleerd voor vervolgonderzoek (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 14-09-2017):

- 1) Is de overheid in staat een maatschappelijke beweging op gang te brengen (en te houden)? En is de aanpak met een programmabureau in een vernieuwde setting met maatschappelijke organisaties die afspraken maken hiervoor een goede werkwijze? Hoe wordt dit zichtbaar en wat zijn belangrijke onderliggende factoren?
- 2) Heeft deze maatschappelijke beweging een positieve invloed op de inrichting van de omgeving en de gezondheid van de Nederlanders en in het bijzonder op de doelen van het Nationaal Programma Preventie? Is het beleid doeltreffend en doelmatig, onder welke situaties blijkt dit zo te zijn en wanneer niet?

Het ministerie van VWS formuleerde ook de volgende uitgangspunten: van belofte naar implementatie door actiegericht leren; benoemen van succes- en faalfactoren; bieden van procesondersteuning aan Alles is Gezondheid en partners; kort-cyclische en innovatieve werkwijze; versterken van ondersteuning en facilitering.

1.2 Onderzoeksvragen

Het vervolgonderzoek is uitgevoerd in een consortium met de Universiteit Maastricht, Wageningen Universiteit, Radboud Universiteit, en RIVM. Deze leervragen hebben we omgezet in de volgende onderzoeksvragen in de goedgekeurde ZonMw aanvraag (2017):

- 1) Hoe kunnen de partners (inclusief overheid), de programmaraad en het programmabureau van Alles is Gezondheid de activiteiten en opbrengsten uit de initiatieven borgen en verduurzamen, en tegelijkertijd de voortgang van de maatschappelijke beweging en sociale innovaties ten behoeve van de gezondheid bevorderen?
- 2) Hoe kan de relatie tussen de maatschappelijke beweging en gezondheid worden geoperationaliseerd en onderzocht, en welke inzichten levert dit op over de mate waarin de beweging een bijdrage levert aan de programmadoelen?

2. Methoden

Alles is Gezondheid beoogt een maatschappelijke beweging tot stand te brengen en houden, met een nadruk op maatschappelijk initiatief en eigenaarschap. Daarbij beschouwt men gezondheid niet alleen als een uitkomst maar ook als een middel voor de realisatie van andere maatschappelijke waarden zoals productiviteit, onderwijsprestaties, of maatschappelijke participatie. Dit maakt dat Alles is Gezondheid niet goed te evalueren is met gangbare methoden voor beleidsevaluatie op kwantitatieve indicatoren. Ook de voornamelijk faciliterende rol van de overheid, in de vorm van het Programmabureau dat is ondergebracht bij onderzoeks- en adviesbureau Sardes, maakt dat Alles is Gezondheid afwijkt van de meer traditionele beleidsprogramma's en op andere prestaties moet worden beoordeeld. We starten deze paragraaf met een begripsverheldering.

2.1 Begripsverheldering

Een 'maatschappelijke beweging' duiden wij in het kader van dit programma als het mobiliseren van maatschappelijke organisaties en het bedrijfsleven van binnen en buiten de gezondheidssector, om zich in te zetten voor het publieke gezondheidsbelang. Het betreft het aantal initiatiefnetwerken en partners, en de kwaliteit van de ambities en activiteiten in de netwerken. De kwaliteit komt tot uitdrukking in de ervaren gezamenlijkheid en wederzijdse meerwaarde van het netwerk tussen de partners, en het ervaren nut door de bereikte doelgroepen. Bovendien draagt de beweging -voorbij de direct deelnemende partners- bij aan het publieke belang van groepen burgers die niet direct zijn vertegenwoordigd. Een van de doelen is om meer samenhang te creëren tussen gezondheidsbevorderende activiteiten.

Onder 'samenhang tussen gezondheidsbevorderende activiteiten' verstaan wij in dit kader de domeinoverstijgende verbinding tussen maatschappelijke activiteiten en partners ter versterking van een integrale aanpak van de gezondheid. Daarbij gaat het in de eerste plaats om samenhang tussen verschillende domeinen en sectoren, zoals de zorg, onderwijs, welzijn, natuur en groen, en . Het gaat daarnaast ook om de verbinding tussen de Programmaraad, het Programmabureau, de regionetwerken, de afzonderlijke partners in hun initiatiefnetwerken, en de contextuele ontwikkelingen in andere programma's en bijvoorbeeld de Preventieakkoorden. Netwerkvorming, kennisdeling en samenwerking tussen de partners zijn indicatief voor deze samenhang.

2.2 Overzicht deelonderzoeken en methoden

De onderzoeksvragen vinden hun uitwerking in de onderstaande deelonderzoeken (A, B en C).

- A. Een kwalitatieve procesevaluatie van de programma aanpak van idee naar implementatie teneinde inzicht te bieden in de wijze waarop de maatschappelijke beweging 'Alles is Gezondheid' in gang wordt gehouden en geborgd, en de wijze waarop deze beweging bijdraagt aan voorwaarden die de gezondheid bevorderen in de sociale en fysieke omgeving van Nederlanders (onderzoeksvraag 1, vanuit observationeel onderzoek ingestoken).
- B. Actiegericht onderzoek om lerend te evalueren en de partners en programmaorganisatie te ondersteunen in hun leerproces door actuele vragen op te halen bij de betrokken partners en het programmabureau en bij de doelgroepen; voorlopige bevindingen te delen in periodieke bijeenkomsten met regionetwerken en programmabureau; en een periodieke dialoog te faciliteren over de voortgang, doorontwikkeling en toekomstige uitdagingen en strategieën rondom

initiatiefnetwerken, allianties, regionetwerken (onderzoeksvraag 1, vanuit actiegericht onderzoek ingestoken).

- C. Een verkennende uitkomstenevaluatie van 'Alles is Gezondheid' op de omgeving, de gezondheid, en op de doelen, door middel van een Health Impact Assessment (onderzoeksvraag 2, vanuit modelleringsonderzoek ingestoken).

De uitgevoerde methodologische opzet van het onderzoek is samengevat in tabel 1.

Onderzoeksfasen	Methoden deelonderzoeken	Data
Deel A Procesevaluatie	Meervoudige case study geselecteerde netwerkinitiatieven	3 cases updates, 3 nieuwe cases, 6 nieuwe mini-cases
	Onderzoeksbenadering en model	Literatuurstudie
	Reviews indicatoren en onderzoek soortgelijke programma's, platforms, nationaal en internationaal	Grijze en wetenschappelijke literatuur
	Survey 2022	Actieve partners AiG
Deel B Actiegerichte evaluatie	Kwalitatieve monitoring programmabureau AiG, Programmaraad AiG en landelijke betrokkenen	3 interviewrondes landelijke stakeholders, en 17 regionetwerken (N= 45)
	Interactieve bijeenkomsten partners, regio's en programmabureau AiG en programmaraad AiG	(N= 21)
Deel C Verkennende uitkomstenevaluatie	Literatuuronderzoek	Literatuurstudie
	Group Model Building	Case studie
	Kwantitatieve modellering	1 proefcase
	Survey (2022)	Actieve partners AiG

Tabel 1. Samenvatting deelonderzoeken, bijbehorende methoden en dataverzameling

2.3 Deel A: Kwalitatieve procesevaluatie

De kwalitatieve procesevaluatie bestaat uit een deels retrospectieve, deels gelijktijdige procesreconstructie ('process tracing') van activiteiten. In vier stappen is invulling gegeven aan de procesevaluatie: een wetenschappelijke literatuur review en documentenstudie naar evaluatie indicatoren voor maatschappelijke gezondheidsinitiatieven/programma's; een internationale vergelijking van Alles is Gezondheid met soortgelijke programma's in het buitenland om succes en faalfactoren en voorwaarden te inventariseren; multiple case study onderzoek; en drie interviewrondes langs alle regionale netwerken van Alles is Gezondheid (hierna genoemd AiG) en het interne en externe krachtenveld.

2.3.1 Opzet multiple case studies

Het multiple case study onderzoek heeft plaatsgevonden bij deels dezelfde initiatieven als in voorgaand onderzoek (zodat we beter zicht krijgen op de lange termijn effecten), en deels andere initiatieven en regionale netwerken, en hun relatie met de (nieuwe) programma organisatie in de politiek-bestuurlijke context. Data is verzameld door middel van:

- een met Programmabureau en partners overeengekomen selectie van 8 initiatieven, allianties en regionale netwerken met een zo goed mogelijke afspiegeling van de diversiteit in het programma (met verschillende dan wel gecombineerde focus op de domeinen wijk, school, werk, zorg en gezondheidsbescherming), van de verschillende ontwikkelingsfasen en met een geografische spreiding over Nederland.
- een drietal rondes (2019, 2020, en 2021) van interviews met direct betrokken partners en doelgroepen bij een initiatief, alliantie of netwerk, en managers of bestuurders van achterliggende organisaties;
- participerende observaties van bijeenkomsten en activiteiten per ronde;
- een focusgroep en/of tussentijdse responsieve feedbackbijeenkomst per casus.

In dit deelonderzoek hebben we de volgende cases bestudeerd (zie tabel 2). Deze zijn geselecteerd op basis van actieve betrokkenheid als partner van AiG, geografische spreiding en geografische focus, diversiteit in onderwerpfocus, netwerkvang, doelgroep, institutionaliseringsgraad, vroege versus gevorderde netwerken, en governance (overheids-, professionele of private en burgerinitiatieven).

Case updates
1. Care Innovation Center West Brabant
2. Deltion College Zwolle
3. Netwerk Positieve Gezondheid Noordelijke Maasvallei
Nieuwe case studies
4. Gezonde Basisschool van de Toekomst regio Limburg
5. Armoedecoalitie Utrecht en Alliantie Kinderarmoede
6. Healthy Ageing Network Noord Nederland
Minicases
7. Gezondheidsambassade
8. Gezonde Buurten
9. Voel je Goed!
10. Doortrappen
11. Voedselapotheek
12. Montfoort Vitaal

Tabel 2. Selectie case studies: most different cases design.

Zie bijlage C voor de generieke interview vragenlijst. We hebben van iedere grote case studie een apart casusrapport opgesteld, dat is geverifieerd met een van sleutelfiguren binnen dat netwerk. Behalve het rapport hebben we ook afsluitende dialoogsessie georganiseerd waarin casus-specifieke bevindingen zijn gedeeld en bediscussieerd. De minicases maken deel uit van thesis en stage onderzoek door onze Masterstudenten, en zijn beschreven in de bijbehorende goedgekeurde verslagen. De case updates bestaan uit een uitwerking van de in 2016 geschreven casusrapportages voor de evaluatie van de eerste fase van AiG. De casusrapporten vormen de ondergrond waarop publicaties zoals deze zijn gebaseerd. De casusrapporten zelf zijn echter niet openbaar, en om die reden niet opgenomen in dit rapport, omdat de respondenten en betrokkenen niet afdoende geanonimiseerd kunnen worden. De rapporten en powerpoint presentaties zijn desgewenst opvraagbaar en zullen na toestemming van de betreffende casus gedeeld kunnen worden.

2.3.2 Landelijke interviewrondes interne governance, extern krachtenveld, regionetwerken

In 2019 en 2021 hebben drie interviewrondes plaatsgevonden: een interne ronde binnen AiG over de veranderingen in governance van het programma; een tweede ronde langs externe landelijke stakeholders; en een interviewronde langs alle regionetwerken van AiG.

Interne interviewronde

De interne interviewronde had tot doel de nieuwe governance structuur van het programmabureau en de programmaraad te evalueren met medewerkers en betrokkenen. Hiermee wilden we de ervaringen schetsen met de overgang van AiG als een door de overheid geïnitieerd en gefaciliteerd programma naar een zelfstandig, op basis van een subsidierelatie met de overheid opererend netwerk en platform met een strategisch adviserende Programmaraad van vooruitstrevende bestuurlijke partners uit het partnerveld en uit de context van AiG. Twee centrale vragen zijn uitgewerkt in een interviewvragenlijst (zie bijlage C).

- 1) Welke consequenties heeft deze herpositionering (gehad) voor de prioriteiten, positie, relaties, en activiteiten van de direct betrokken Programmabureau en partners in het veld, met de verantwoordingsrol die het Ministerie van VWS behoudt ten aanzien van de Tweede kamer, en met de nieuwe rol en positie van de Programmaraad, en van Sardes als subsidieontvangende 'host' van het Programmabureau?
- 2) Welke bevorderende en belemmerende factoren worden in de nieuwe governance structuur ervaren, en hoe wordt hieruit lering getrokken voor de ontwikkeling van een duurzame structuur voor Alles is gezondheid nadat de subsidierelatie met het ministerie van VWS in 2021 wordt stopgezet?

De interviews werden gehouden met enkele medewerkers van het Programmabureau, leden van de Programmaraad en vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS. Daarnaast werden er participerende observaties uitgevoerd van werkoverleg, activiteiten en bijeenkomsten met partners van Alles is Gezondheid. Tenslotte werden ook interviews gehouden met belanghebbende organisaties en groepen van buiten Alles is Gezondheid, met als doel te toetsen hoe bekend zij zijn met de doelen, activiteiten, en bijdragen van het programma en platform, hoe zij daarvan profijt of hinder (zouden kunnen) ondervinden, en welke suggesties zij hebben voor de aanpassing of verbetering van Alles is Gezondheid.

Het Programmabureau is bevraagd op de vijf kerntaken zoals die in de Kamerbrief (4 november 2016) zijn verwoord:

- 1) 'Faciliteren: het inspireren van initiatief-partners met veelbelovende initiatieven en waar nodig hen ondersteunen bij het zetten van de volgende stap. Denk hierbij aan het wijzen op financieringsmogelijkheden (regelingen en subsidies), de inzet van een preventieteam en het sluiten van bijvoorbeeld een 'health deal'.
- 2) Signaleren: doorgeven van tegenstrijdige prikkels en bureaucratische belemmeringen aan de juiste instanties.
- 3) Makelen: het bij elkaar brengen van partijen die door bundeling van krachten hun preventie-impact kunnen vergroten.
- 4) Impuls geven: initiatief-partners inspireren om burgers en specifieke doelgroepen actief te betrekken bij de opzet en uitvoering van activiteiten.
- 5) Kennis delen: versterken van het onderling online kennisdelen en uitbreiden van het loketgezondleven.nl met specifieke themasites voor preventie in het zorgstelsel. Altijd in combinatie met themabijeenkomsten. Belangrijk hierbij vinden wij dat het programmabureau

goede praktijken op zodanige manier in beeld brengt dat het de energie en enthousiasme van de partners niet belast en tegelijkertijd de 'goede praktijken' en de elementen die daar aan ten grondslag liggen wel breed bekend worden.'

Om de in het eerste onderzoek (2015-2017) geconstateerde leer- en verbetercyclus te onderzoeken, is ook geïnventariseerd hoe het Programmabureau feedback organiseert op zijn functioneren, en hoe daarmee wordt omgegaan in de communicatie en eventuele bijstelling van de ondersteuning door het Programmabureau.

Programmaraad

De rol van de Programmaraad was bij aanvang van dit onderzoek nog in ontwikkeling. We hebben enkele leden bevraagd op hoe de Programmaraad wordt gepositioneerd ten opzichte van de partners, het Programmabureau bij Sardes en het ministerie van VWS; welke rol(len) zij vervult; hoe taken en verantwoordelijkheden in praktijk worden gebracht; hoe dit bijdraagt aan de realisering van de doelen van Alles is Gezondheid, en welke consequenties dit heeft in bredere zin.

Het ministerie van VWS is bevraagd op de volgende onderdelen, die in een brief aan de Tweede kamer werden benoemd als taken en verantwoordelijkheden (Kamerbrief 4 november 2016):

- 1) Waarborgen van een lage drempel voor nieuwe ideeën en toetreding tot het platform Alles is Gezondheid.
- 2) Faciliteren door het instellen van een Programmabureau op afstand van de overheid.
- 3) Duidelijkheid verschaffen over beschikbare financiële vergoedingen voor initiatief-partners.
- 4) Rol bij het vinden van oplossingen voor knelpunten in wet- en regelgeving en daarover in gesprek gaan met partners.
- 5) Rol in het onderzoeken van mogelijkheden voor opschaling van goede initiatieven.

Vanwege de COVID-19-uitbraak en de daarop volgende periode van crisisbeleid en lockdowns hebben we deze interviews moeten uitstellen. Uiteindelijk hebben we in augustus 2021 twee interviews kunnen afnemen met topambtenaren van VWS.

Externe interviewronde

In de externe interviewronde maakten we een analyse van het krachtenveld en de (verandering in) positionering van Alles is Gezondheid. Onze vragen luiden:

- Wat is uw ervaring of indruk van Alles is Gezondheid met betrekking tot de maatschappelijke 'licence to operate'; de unieke hulpbronnen; de invloedssfeer; coalitievorming met andere organisaties of bewegingen?
- wat is de kracht of de beperking van de verschillende schaalniveaus binnen Alles is Gezondheid.
- Hoe verhoudt Alles is Gezondheid zich tot andere lopende programma's, bewegingen of initiatieven in uw strategische speelveld?
- Heeft u ideeën over een mogelijke toekomstige juridisch-organisatorische vorm voor Alles is Gezondheid?

Respondenten bestonden uit vertegenwoordigers van:

- Actief betrokken departement bij AiG: Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat

-
- Actief betrokken departement bij AiG: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
 - Tweede Kamer
 - Federatie voor Gezondheid
 - Samenwerkende GezondheidsFondsen
 - Noaber stichting
 - VNG Lokale Preventie Akkoorden
 - Topsectoren Life Sciences and Health
 - Pharos GIDS Gezond in de Stad
 - JOGG bureau

Interviewronde Regionetwerken

We hebben in 2018/9 en in 2021 16 regionetwerken geïnterviewd over hun ambities, werkwijze, activiteiten, betrokkenheid en informatiestromen met AiG, en behoeften. Een 17^e regionetwerk dat na enkele jaren ophield te bestaan is geïnterviewd over de onderliggende redenen en patronen die hebben geleid tot dit besluit. Zie bijlage C voor de interviewvragenlijst.

2.4 Deel B: Actiegerichte evaluatie

Het actiegerichte onderzoek staat niet op zichzelf, maar is gerelateerd aan de kwalitatieve procesevaluatie (deel A) en de verkennende uitkomstenevaluatie (deel C). Zo hebben de betrokken partners de implicaties van de voorlopige observaties en bevindingen onderling besproken in een door ons gefaciliteerde dialoog.

Een opzet die past bij deze uitgangspunten van dialoog, reflectie en adaptatie is de ‘responsieve evaluatie’ (Stake, 2010; Abma 2004, Bekker et al; 2015). Een responsieve evaluatie speelt actief in op de informatiebehoeften, verwachtingen en mogelijkheden van de belanghebbenden in kwestie om informatie te verwerken, inzicht te verwerven, en dat wat zij daarmee doen. Doelen zijn om een overzicht te verschaffen over de diversiteit aan beelden, verwachtingen, waarden en veronderstellingen die er van een specifieke kwestie bestaan, en om wederzijds inzicht en begrip te bevorderen. Bij responsieve evaluatie bevraagt de onderzoeker belanghebbenden actief over de opzet van het onderzoek zodat het past in de setting en de timing. De responsieve evaluatiemethode is gericht op het verzamelen en delen van verhalen die de praktische ervaringskennis van deelnemers ontsluiten voor andere deelnemers, zodat daar een constructieve dialoog over kan worden georganiseerd.

Deze vorm van evaluatie behoort tot de ‘vierde generatie’ evaluatie (Guba & Lincoln, 1989; Jasanoff, 1995; Funtowicz & Ravetz, 2001; Nowotny, Scott & Gibbons, 2003). Behalve ‘meten’ (1e generatie), het koppelen aan doelen (2e), het toetsen aan wetenschappelijke vereisten (3e), voegt de vierde generatie toe dat belanghebbende groepen en onderzoekers in een gezamenlijk onderzoeksproces optrekken om wederzijds van elkaar te leren en het nut, de haalbaarheid en de toepasbaarheid van bevindingen en aanbevelingen te vergroten.

Hiermee helpen we de initiatief-partners en het Programmabureau om systematisch te reflecteren op het nut, de haalbaarheid en bruikbaarheid van nieuwe instrumenten en arrangementen van het Programmabureau, de Programmaraad en van partners, maar ook op de strategieën en plannen op middellange en langere termijn. We hebben actuele onderzoeksvragen opgehaald, observaties uit het

onderzoek gedeeld, dialoog hierover gefaciliteerd, en de uitkomsten van die dialoog verwerkt in gebruikersvriendelijke publicaties of presentaties op bijeenkomsten voor een groter publiek.

In overleg met betrokkenen hebben we een aantal bijeenkomsten georganiseerd voor initiatiefpartners in samenwerking met het Programmabureau, de negen regionetwerken, en de Programmaraad. In tabel 3 staat een overzicht van de uitgevoerde activiteiten in het kader van het actiegerichte karakter van dit onderzoek.

Wat	Onderwerp	Datum
Dialogosessie AiG partners	Zelfmonitoring en implementatie	18-10-2018
Dialogosessies regionetwerken 8x	Resultaten fase 1 en aanpak onderzoek fase 2	2018-2019
Twee interactieve panels met deelnemers aan AiG congres 2019	Drie dilemma's - Is AiG platform genoeg voor duurzame verandering? - Implementatie of adaptatie? - Hoe doorbreek je dreigende impasses?	13-06-2019
10x Programmaraad	AiG strategie, positionering, UM onderzoek	2018-2022
4x Programmabureau	Voortgang UM onderzoek, afstemming & actualisering	2018-2022
4x Dialogosessies Regionetwerken, PB, PR, NPG-NMV	Gezondheid Transformatie model naar een gezondere samenleving	2022

Tabel 3 Activiteiten actiegerichte evaluatie

Onderbouwing kwalitatieve evaluatie- indicatoren

We hebben onze kwalitatieve procesevaluatie aanpak verder onderbouwd met een wetenschappelijke literatuurstudie en een documentenstudie van Nederlandstalige grijze literatuur naar evaluatie indicatoren voor maatschappelijke gezondheidsprogramma's (zie bijlage B). Hieruit kwam het volgende naar voren. Uit de wetenschappelijke literatuur wordt duidelijk dat een participerende onderzoeksmethode het meest geschikt is voor de (proces)evaluatie van maatschappelijke initiatieven (met betrekking tot gezondheid en welbevinden). Wat hierin centraal staat is de **participatie van stakeholders en deelnemers uit de gemeenschap/doelgroep in alle fasen van het onderzoek**, te beginnen met welke concepten er precies worden onderzocht en welke indicatoren worden gebruikt. Een aantal van de evaluaties die zijn geanalyseerd maakte gebruik van deze participerende aanpak. De meeste evaluaties gebruikten echter geen vernieuwende onderzoeksmethoden.

De actiegerichte evaluatie van Alles is Gezondheid bevat veel elementen van de participerende onderzoeksmethode die in de literatuur wordt besproken. Zo is er veel aandacht voor het implementatieproces van initiatieven. Daarnaast geeft de evaluatie van Alles is Gezondheid ruimte aan betrokkenen om hun ervaringskennis met elkaar te delen en feedback te geven en krijgen. Dit komt overeen met de **tijdige feedback** en het **lerend evalueren** wat een belangrijke rol heeft in de participerende aanpak uit de literatuur. Een uitdaging voor de evaluatie van Alles is Gezondheid is om alle stakeholders, inclusief degenen die gewoonlijk geen 'stem' hebben, te betrekken. Door het grote aantal initiatieven met verschillende stakeholders en doelgroepen, lijkt dit onmogelijk. Wel kunnen zo veel mogelijk stakeholders per case study worden betrokken bij de evaluatie.

Een ander concept wat veel terugkomt in de literatuur is het opstellen van een programmatheorie of **theory of change**. In een participerend onderzoek wordt dit samen met betrokkenen gedaan en vanuit hun perspectief. Volgens de literatuur heeft dit enkele voordelen voor de evaluatie, en vooral voor het begrip van de stakeholders van het probleem en de manier waarop het geëvalueerd kan worden. Voor elke grote case study in de procesevaluatie van Alles is Gezondheid is met behulp van het Gezondheid Transformatiemodel een invulling hieraan gegeven, zodat de evaluaties passen bij de initiatief, de stakeholders en de doelgroep.

De kwalitatieve procesindicatoren die zijn gebruikt in de evaluatie van de eerste fase van Alles is Gezondheid passen bij de context van een maatschappelijk initiatief en komen grotendeels overeen met de indicatoren die zijn gebruikt in eerdere evaluaties van maatschappelijke initiatieven. De indicatoren van Alles is Gezondheid lijken veel uitgebreider en volledig. Of dit echt zo is, is niet duidelijk aangezien de methoden en indicatoren vaak niet uitgebreid zijn beschreven in de geanalyseerde artikelen. Daarnaast voldoen de indicatoren aan de criteria die zijn gebruikt voor de procesindicatoren van het Healthy Cities initiatief in Toronto. Het actiegerichte en lerende element van de evaluatie omvat de drie pijlers voor succesvolle sociale indicatoren: begrip, consensus en commitment (Waddell, 1995).

Onderwerpen die minder duidelijk terugkomen in de kwalitatieve procesindicatoren van Alles is Gezondheid zijn **doelgroepparticipatie**, oftewel civic participation in de 'Catalyst for change model'. We hebben in dit onderzoek geen dataverzameling gedaan onder burgers en vertegenwoordigers van doelgroepen van de initiatiefnetwerken. Bij aanvang van het onderzoek bestonden veel netwerken nog uit vooral professionele vertegenwoordigers van organisaties, en minder participatie van burgers. Daarnaast zouden er naast procesgeoriënteerde indicatoren ook **indicatoren over veranderingen** met betrekking tot beleid, praktijken, normen en waarden, fysieke omgeving enzovoorts kunnen worden gebruikt. Deze indicatoren geven inzicht in de intermediaire uitkomsten van de initiatieven op de gemeenschap. Dit is uiteindelijk verwerkt in de 'small wins' benadering die ten grondslag ligt aan het Gezondheid Transformatiemodel.

2.5 Deel C: Verkennende uitkomstenevaluatie

In de verkennende uitkomstenevaluatie gaat het om het onderzoeken van passende methoden en technieken en het met geselecteerde methoden en technieken modelleren van relaties tussen proces, output en outcome op het gebied van gezondheid in een bredere maatschappelijke context.

Mogelijk zijn hierbij ook andere publiek-maatschappelijke waarden van belang. In Alles is Gezondheid is gezondheid niet alleen een doel maar vaak ook een middel om tot andere doelen en waardenrealisatie te komen: een volwaardige deelname aan de samenleving, betere onderwijsprestaties, een hogere arbeidsproductiviteit of meer vrijwillige inzet en ondersteuning van, en in de gemeenschap. Onder andere deze doel-middelverschuiving maakt de duiding van de richting van onderlinge verbanden met gezondheid complex.

Onder specifieke voorwaarden kan er een onderbouwde schatting worden gemaakt van gezondheidsuitkomsten van specifieke activiteiten binnen Alles is Gezondheid met behulp van een 'Health Impact Assessment'. In verschillende stappen hebben we informatie verzameld om een

passende keuzes te maken in de selectie van initiatieven en indicatoren om tot een realistische onderzoeksopzet te komen. Dit deel van het onderzoek volgt dan ook uit het organische proces van onze interacties met de initiatief-partners, experts en het programma als geheel. We geven hier de volgorde van stappen in het onderzoek weer die hebben geleid tot een onderzoeksdesign op basis van gezamenlijke selectie van cases, regio's, indicatoren, en onderzoeksmethoden.

- a. Literatuur **scoping review** naar bestaande modellen en indicatoren voor het opstellen van initiatief-gebonden modellen, en naar beschikbare kennis van gezondheidseffecten van specifieke interventies die passen bij Alles is Gezondheid. Als eerste stap van de Health Impact Assessment brengt de literatuurstudie kennis en inzichten bij elkaar, evenals de witte vlekken daarin, van mogelijke relaties tussen proces, output en outcome indicatoren.
- b. **Group Model Building** van de samenhang tussen armoede, schulden en gezondheid in de gemeente Utrecht (september-oktober 2019). Group model building (GMB) is een hybride methode voor onderzoek en analyse enerzijds, en publieke dialoog met betrokken belanghebbenden anderzijds. Het bestaat uit een gezamenlijke, gefaciliteerde analyse door de betrokken stakeholders van oorzaken en gevolgen, intermediairende factoren, hun samenhang en diverse feedback loops bij een specifieke interventie. De theoretische veronderstellingen over de werking van GMB komen uit de systeemdynamica en de sociale psychologie. Door een causaal model te bouwen helpt GMB de deelnemers om hun partiële perspectief van het probleem of een voorgenomen beleid te delen en te integreren met andere perspectieven tot een integraal overzicht van probleem- en/of beleidspercepties. Dat leidt tot voortschrijdend inzicht en draagt bij aan de aanvaardbaarheid van dat inzicht, omdat de stakeholders aan deze exercitie hebben deelgenomen (Rouwette, Bleijenberg, Peters, & Van Mullekom, 2008; Rouwette, Korzilius, Vennix, & Jacobs, 2011).
De onderzoeker heeft voorafgaand twee GMB-cursussen gevolgd aan de Radboud School of Management. De opzet voor de uitvoering is vervolgens doorgenomen met experts alvorens tot uitvoering over te gaan. Met beleidsmakers van de Gemeente Utrecht, uitvoerende professionals in de zorg, preventie en schuldhulpverlening, en ervaringsdeskundigen hebben we in opeenvolgende stappen de relaties tussen armoede, schulden en gezondheid modelmatig gevisualiseerd in een 'causal loop diagram' (CLD). Een CLD is een model dat 'narratieve zinnen' formuleert waarin de diverse relevante factoren (als 'zelfstandige naamwoorden') met elkaar in verband worden gebracht en waar verklaringen worden geformuleerd voor deze verbanden (de 'werkwoorden') (Williams, 2006; Lannon, 2016-). Zie bijlage E voor de methodologische stappen die we met de deelnemers in drie werksessies van elk drie uur hebben doorlopen.
- c. Vervolgens hebben we met data van CBS en LISS een eerste **kwantitatief model** ontwikkeld op het thema armoede en gezondheid. Dit thema is gekozen omdat het een representatieve sociale determinant van gezondheid is, die actuele zorgen en onzekerheden veroorzaakt over de omvang en aard van gezondheidsproblemen.

Omdat de ontwikkeling van de methodologische aanpak deel uitmaakt van dit deelonderzoek verwijzen we door naar paragraaf 3.2.4 voor de resultaten en genomen stappen en beslissingen.

3. Resultaten

De resultaten uit de drie deelonderzoeken worden achtereenvolgens gerapporteerd. Daarbij zijn de bevindingen uit de kwalitatieve procesevaluatie en de actiegerichte activiteiten samen genomen omdat deze bevindingen nauw met elkaar samenhangen.

3.1 Onderzoeksvraag 1 Kwalitatieve procesevaluatie

In deze paragraaf beantwoorden we de volgende vraag:

Hoe kunnen de partners (inclusief overheid), de programmaraad en het programmabureau van Alles is Gezondheid (AiG) de activiteiten en opbrengsten uit de initiatieven borgen en verduurzamen, en de voortgang van de maatschappelijke beweging en sociale innovaties ten behoeve van de gezondheid bevorderen?

De bevindingen en conclusies vallend onder deze eerste hoofdvraag hebben we opgedeeld in drie delen: bevindingen op basis van de proces- en actiegerichte evaluatie; ontwikkeling Gezondheid Transformatiemodel op weg naar een gezondere samenleving; en bevindingen op basis van de survey uitgaande van het Gezondheid Transformatiemodel.

3.1.1 Bevindingen kwalitatieve case studies en actiegerichte dialoogsessies

Na de eerste fase van Alles is gezondheid (2014-2017) resulteerde een overgangstermijn in 2018-2019 in een afbakening van AiG hoofdthema's: mentale gezondheid, gezonde wijk, verdienenmodel voor gezondheid) en werkwijze ('verbinden, leren en doen'. Sindsdien richt AiG zich op versterking van de regio's door het faciliteren van regionetwerken. Tevens raken zowel het hoofd van het Programmabureau als losse initiatieven binnen AiG in de afgelopen drie jaar steeds meer verbonden aan de landelijke transitie-initiatieven, (zoals GROZ van Health Holland, Health KIC, De Juiste Zorg Op De Juiste Plek), bijvoorbeeld door subsidies te verkrijgen en gezamenlijke bijeenkomsten te organiseren, en op landelijk niveau een gezamenlijke reactie te schrijven op de Discussienota Zorg voor de Toekomst van het ministerie van VWS. Dit zorgt voor een grotere beweging en een meer afgestemde inzet zowel landelijk als richting gemeenten en andere lokale initiatiefnemers. De intensivering van samenwerking tussen het Programmabureau AiG en het Institute for Positive Health (iPH) maakt dat zowel het gedachtegoed als de initiatiefnetwerken meer geïntegreerd raken. Voor partners die zich op andere ambities willen richten dan Positieve Gezondheid biedt AiG voldoende ruimte voor open innovatie. Daarnaast heeft AiG nu ook een rol als coördinator van de Nederlandse inzet op Sustainable Development Goal 3 (gezondheid en zorg).

We hebben de bevindingen samengevat in 15 hoofdpunten. Ten opzichte van de eerste fase observeren we in deze tweede fase een aantal veranderingen maar ook enkele persisterende trends over de verschillende *partnerinitiatieven binnen AiG*:

1. Geïnterviewde initiatiefnemers en partners in het veld zijn nog altijd even enthousiast en intrinsiek gemotiveerd als in de eerste fase. Hoewel enkele netwerken zijn gestopt vanwege te expliciete belangentegenstellingen tussen deelnemende organisaties of gebrek aan ondersteuning is de overall trend er één van voortgaande ontwikkeling. Daar waar weerbarstige lokale processen leiden tot onzekerheid, twijfel en zorg, ervaren partners veelal steun en aanmoediging van het

Programmabureau AiG om lessen te trekken uit de ervaringen en met de nodige aanpassingen door te gaan. Initiatieven lijken nu minder afhankelijk te worden van individuele vrijwillige kartrekkers en meer te leunen op **coalities en voorloper-organisaties in de initiatiefnetwerken**.

2. Observaties uit de eerste fase over de diversiteit van initiatieven en ontwikkelpaden ('duizend bloemen') lijken met enkele uitzonderingen nog steeds aan de orde. Omdat geïnterviewde stakeholders aangeven dat veel van de initiatiefnetwerken zich een legitieme plaats hebben verworven in het (lokale) veld, is er mede gesterkt door de tijdgeest van meer burgerinitiatief nu meer tolerantie voor deze diversiteit. Datzelfde geldt voor AiG in het landelijke speelveld, waar het besef is toegenomen dat lokaal eigenaarschap en passende vorm van cruciaal belang zijn voor het slagen van een initiatief.
3. Het improviserende karakter van hun **organische en pragmatische** werkprocessen maakt dat veel initiatieven zich bevinden tussen een vroege netwerkfase van verkenning, afstemming en vernieuwing en een overgang naar gevorderde, ondernemende netwerken. Deze drijven momenteel nog vooral op tijdelijke financiering. Structurele implementatie en impact op organisaties en werkprocessen zijn op veel plaatsen (nog) niet aan de orde.
4. De coördinatie van de verbinding tussen deze initiatieven in het overkoepelende AiG hebben we geconceptualiseerd als 'collaborative platform governance': een proactief beleidsarrangement gericht op het bouwen van een 'infrastructuur met relevante competenties en middelen voor het faciliteren van de totstandkoming, aanpassing en succes van meerdere doorlopende samenwerkingsprojecten of netwerken' (Ansell and Gash, 2017). Het platform genereert positieve feedback waardoor bestaande samenwerkingsnetwerken worden versterkt en nieuwe netwerken ontstaan. Een combinatie van een aanjagende intermediatie door netwerkadviseurs vanuit het programmabureau en losse ontwerpregels voor deelname en opbrengsten typeert het huidige AiG als een 'matchmaker netwerk'. In de eerste fase werd het Programmabureau AiG door partners en stakeholders in het veld nog gezien als een vooruitgeschoven post van het ministerie van VWS. Nu geven zij aan dat het Programmabureau AiG, en daarmee AiG als platform, een veel **neutralere, onafhankelijke uitstraling** heeft gekregen met minder tegengestelde belangen, vooringenomenheid of afbreukrisico. Waar een deel van de partners in de eerste fase de indruk had dat AiG zich ideeën en initiatieven toe-eigende heeft het Programmabureau AiG nu een duidelijkere associatie met een verbindend en ondersteunend platform met een mobiliserende en **katalyserende functie**.
5. Positieve eigenschappen die de partners aan het programmabureau AiG toedichten en waarvoor zij het raadplegen zijn de opgebouwde en zich nog steeds ontwikkelende **expertise op het gebied van netwerkvorming, netwerkmanagement**, en de koppeling aan de gevestigde instituties, evenals de sterke **communicatieve boodschap van een brede opvatting van gezondheid in samenhang met de sociale en groene omgeving van mensen**. Over de rol en bijdragen van de netwerkadviseurs van het programmabureau AiG ontvangen wij vanuit de partners in het veld positieve signalen. Met name wordt genoemd: de verwijzing naar relevante goede voorbeelden, de inzet van kennisvouchers, de aanmoediging en klankbordfunctie voor partners en de ondersteuning om lokale processen vlotter te laten verlopen.
6. In de tweede fase is de focus op het instrument van initiatieven geleidelijk vervangen door een focus op de ontwikkeling van **regionetwerken en thema-allianties**. Veel van de initiatieven zijn ondergebracht bij inmiddels 18 regionetwerken en vijf thema-allianties. De ondersteuning door het Programmabureau AiG lijkt zo, ten opzichte van de eerste fase met 309 initiatieven en 1825 partners, gelijkmatiger verdeeld. Lokale initiatiefnemers en partners uit verschillende domeinen

identificeren zich meer met hun regio dan met het landelijke AiG, en komen bijeen voor het uitwisselen van kennis, het ondernemen van gezamenlijke actie of het meer gebruik maken van elkaars producten en diensten. De regionetwerken zien AiG nog altijd als een belangrijk label om deelnemers te werven en aan zich te binden, waarmee hun partners zich kunnen profileren. Belangrijke lessen uit de opkomst, en ook de beëindiging en ‘slapende’ toestand van sommige netwerken bestaan onder meer uit de noodzaak klein te beginnen door een **concreet (voorlopig) aanbod te formuleren**; steun te verwerven en te behouden van managers, directie en bestuur; en actief aan te sluiten bij bestaande en goed lopende netwerken zoals met het bedrijfsleven en onafhankelijke publieke personen die verbindend werken.

In de tweede fase is het *programmabureau AiG* ondergebracht bij onderzoeks- en consultancybureau Sardes en zijn er veranderingen ten opzichte van de eerste fase merkbaar in de programmacoördinatie:

7. Het programmabureau AiG functioneert relatief zelfstandig binnen de hostorganisatie van Sardes. Door gebruik van de ondersteunende stafdiensten van Sardes kunnen de medewerkers van het programmabureau zich concentreren op hun hoofdtaken als netwerk- en communicatieadviseur. De directeur van Sardes is tevens lid van de programmaraad van AiG. Deze overgang is door directbetrokkenen als positief ervaren.
8. De programmaraad AiG met vooruitstrevende partners uit het veld vervult een constructieve strategisch-bestuurlijke klankbordfunctie voor het programmabureau AiG, en brengt bovendien de grotere bestuurlijke en institutionele vraagstukken vanuit het veld onder de aandacht. De programmaraad duidt het platform AiG als een **buitenboordmotor voor transities** en veranderingen in de systemen en stelsels van zorg, welzijn, onderwijs en groen. Een voorbeeld van een concrete bijdrage is het ‘Pluk’ arrangement voor een gezondheidsjaarkaart voor burgers, dat voortkomt uit een scenarioverkenning door Programmabureau en programmaraad AiG. De koppeling tussen AiG en het Institute for Positive Health (iPH) wordt na aanvankelijke vragen nu omarmd, omdat vele initiatieven rondom Positieve Gezondheid zich door de jaren heen hebben aangesloten bij AiG en dit ook landelijk tot verdere krachtenbundeling leidt.
9. Om de kleinschalige opbrengsten verder te stimuleren en versterken geven programmaraad AiG en partners van AiG aan dat zij het wenselijk vinden dat het Programmabureau AiG de ingezette koers op verbinding van en afstemming tussen de publieke en private gezondheidsprogramma’s en netwerken **verder door dient te ontwikkelen** om de versnippering in het veld tegen te gaan en ervaringen vanuit het veld eenduidig voor te leggen aan politiek en bestuur.
10. Wat betreft de rol van de *ministeries* blijkt het volgende: in de tweede fase zijn van de oorspronkelijke zes betrokken ministeries **alleen de ministeries van VWS, I&W en OCW zichtbaar betrokken** bij AiG-initiatieven. Binnen het ministerie van VWS werd nieuw preventiebeleid ingezet, met een doelverschuiving in de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024 van de zes preventiegerichte speerpunten (roken, alcohol, overgewicht, depressie, diabetes en lichamelijke beweging) naar vier gezondheidsbevorderende vraagstukken: leefomgeving, gezondheidsverschillen, prestatiedruk en mentale gezondheid bij jongeren en vitaal ouder worden. Dit biedt **meer kansen voor verbinding**, coördinatie en integratie van verschillende sectoren, organisaties en burgers.

11. In de Kamerbrief van november 2016 heeft het ministerie van VWS een aantal toezeggingen gedaan over zijn rol bij AiG. De aandacht van het ministerie van VWS is sinds 2017 vooral uitgegaan naar de opzet van de Nationale en Lokale Preventie Akkoorden en later de COVID-19 crisis. Hoewel contacten met het Programmabureau AiG doorliepen, is in interviews aangegeven dat deze afstand heeft geleid tot **minder directe contacten en signalen tussen het ministerie en de partners van AiG**. Hierdoor werden innovaties, vernieuwingen en belemmerende factoren vanuit regelgeving en financieringskaders slechts beperkt via AiG door het ministerie opgemerkt.
12. Een voorbeeld waar het ministerie opvolging heeft gegeven aan onze aanbeveling in 2016 om beleid te maken op onderbelichte thema's in de vorige fase van AiG is de **'gezonde groene leefomgeving'**. Hoewel niet precies is vast te stellen wat de rol van AiG hierin is geweest, is dit thema mede door interacties met AiG in de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024 als één van de vier prioritaire vraagstukken benoemd, en is in 2021 een gezamenlijk programma van de ministeries van VWS en LNV aangekondigd.
13. Ten slotte is op basis van de behoefte bij AiG-partners aan kleinschalige financiering via een **voucherregeling** opgezet, waarmee de regionetwerken naar hun tevredenheid een ervaren 'voorloper' in het programma tijdelijk hebben kunnen laten meedenken over de koers en ontwikkeling van hun initiatief.

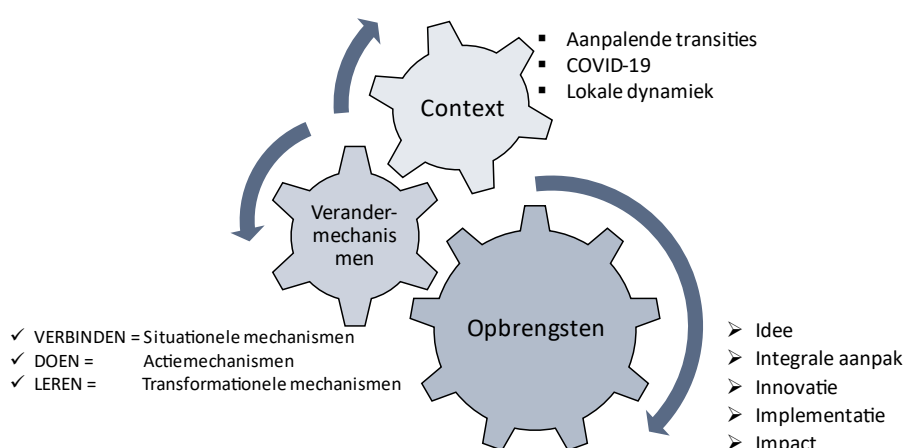
Na deze observaties op het niveau van de verschillende betrokkenen en uitvoerders is er ook een duidelijk overstijgend beeld zichtbaar over de katalyserende rol en bijdrage van AiG aan een *samenleving* in transitie.

14. In de tweede fase roept een deel van de partners van AiG en de programmaraad AiG steeds duidelijker om een **fundamentele verandering in de structuur, cultuur, financiering** van maatschappelijke organisaties. Om gezondheidswinst mogelijk te maken wordt door preventie, zorg en ondersteuningsorganisaties een meer integrale aanpak met soms bewezen efficiencywinst toegepast. Steeds meer breiden initiatieven zich uit naar aanpalende en medegezondheidsbeïnvloedende terreinen als leefomgeving, onderwijs, voeding en arbeid. Echter, de verkokering van verantwoordelijkheden en financiering worden door partners van AiG te vaak als belemmering ervaren. Het maakt hen afhankelijk van de Rijksoverheid en andere systeemverantwoordelijke actoren om hun sociale innovaties succesvol te kunnen omzetten in structurele verandering en daarmee blijvende gezondheidsimpact te kunnen maken.
15. Deze roep om een transitie in onderliggende systemen sluit aan bij onze observaties in het veld die bij het soms verwarrende karakter van transities horen: het organische karakter van verkennende netwerkprocessen en de vele gelijktijdige maar elkaar niet altijd versterkende programma's en bewegingen. Tegelijkertijd **speelt AiG zich af 'naast' de strikte verhoudingen** tussen organisaties die functies en belangen vertegenwoordigen **binnen de bestaande subsystemen** van zorg, welzijn, onderwijs of ruimtelijke ordening. Behalve de maatschappelijke beweging op inhoud moeten ook de structuren, regels en verhoudingen tussen partners onderling, en tussen partners en bestaande subsystemen opnieuw vorm krijgen. De beweging 'van government naar governance' betekent in het gezondheidsbeleid een zoektocht naar passende combinaties van enerzijds strakke koppelingen van verantwoordelijkheden om publieke waarden te waarborgen (zoals in regelgeving en publiek dienstenaanbod), en anderzijds lossere koppelingen in netwerken om de systeemwereld flexibel, innovatief, adaptief en responsief te **verbinden met de leefwereld van burgers** (zoals in AiG).

3.1.2 Ontwikkeling Gezondheid Transformatiemodel

Sinds 2018 constateren we dat veel van de wat meer gevestigde initiatief- en regionetwerken de maatschappelijke beweging, innoveren, borgen en verduurzamen steeds meer beschouwen als een **samenhangend veranderproces** naar een transformatie van de reguliere werkpraktijken en organisatie. De onderzoeksvraag naar beweging en borging wordt een vraag naar verandermechanismen. Uitgaande van een 'realist evaluation' heeft de confrontatie van de observaties uit de casestudies met de literatuur geleid tot de formulering van een praktijkmodel voor hoe de transformatie op dit moment vorm krijgt in een samenspel tussen context, verandermechanismen en (tussen)opbrengsten.

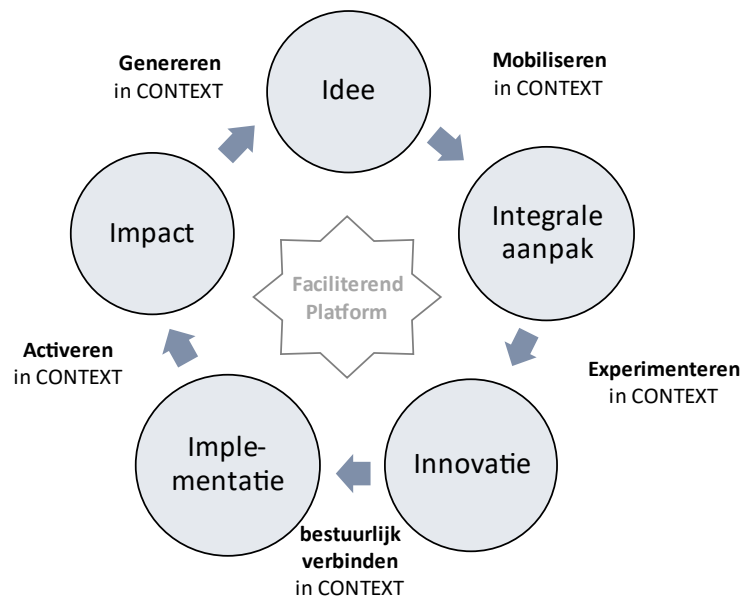
Ten eerste volgen we voor de uitkomsten het 'small wins framework' van Weick (1995) waarin kleinschalige, voorlopige opbrengsten in kaart worden gebracht die cumulatief over langere tijd zullen bijdragen aan daadwerkelijke impact op gezondheid, gedrag of omgevingsdeterminanten van gezondheid. Deze worden geoperationaliseerd in een cyclus van *idee naar impact, via intersectorale aanpak, innovatie, en implementatie*, en terug met feedback loops. De katalyserende processen tussen deze opbrengsten passen bij de sociale verandermechanismen van Hedström & Ylikoski 2010: situationele, actie-formerende en transformationele mechanismen. Deze mechanismen zijn herkenbaar in de drie hoofdstrategieën van AiG: resp. *verbinden, doen en leren*. Deze verandermechanismen spelen op twee niveaus: de initiatiefnetwerken zelf, en het landelijke programmabureau Alles is gezondheid. Het programmabureau biedt 'stuwing aan de stuwende mechanismen' in de netwerken en initiatieven aangesloten bij AiG (wat je zou kunnen opvatten als een vorm van 'meta-governance'). Hoe de drie componenten uit dit praktijkmodel cyclisch met elkaar (kunnen) samenhangen is gevisualiseerd in onderstaand model.



Figuur 1. Context – Mechanismen - Outcome model van initiatieven binnen Alles is Gezondheid

De opbrengsten, verandermechanismen en context zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Als initiatiefnemers en het programmabureau actief inspelen op positieve voorwaarden, zoals reeds

bestaande netwerken, of ingrijpen op knelpunten in de context, zoals een belemmerende organisatie of systeemcultuur, worden gaandeweg de condities gerealiseerd die grotere impact mogelijk maken. Zo ontstaat een cyclisch proces waarbij tussenopbrengsten weer input geven aan de vervolgfase, en waarbij een steeds hogere orde verandering van primaire, operationele processen, via organisatieverandering naar systeemverandering geleidelijk minder onmogelijk wordt gemaakt. Deze verandering wordt in kaart gebracht als onderdeel van de operationalisering van implementatie.



Figuur 2. Gezondheid Transformatiemodel (Transformative Health Governance model)

De verschillende opbrengsten, als nadere detaillering van een van de drie componenten, kunnen worden gezien als een tijdelijke stolling van het proces in de vijf i's, zoals geïllustreerd in bijgaande figuur. Voorbeelden uit de kwalitatieve cases zijn:

- Idee: Positieve Gezondheid, een verrijkte schooldag op basisscholen, blue zone/bloeizone, gezond rondkomen; deze ideeën zijn zelf ontwikkeld of geadopteerd en bewerkt in de eigen setting;
- Integrale aanpak: afspraken m.b.t. gebieds- en omgevingsgerichte samenwerking en afstemming tussen verschillende sectoren en informele initiatieven, netwerken en/of ervaringsdeskundigen;
- Innovatie: gesprekstools Positieve Gezondheid, implementatie eHealth apps, leefstijlchecks;
- Implementatie: vitaliteitsprogramma op maat op basis van individuele leefstijlchecks in het reguliere onderwijs, toets van gemeentebestuur aan ervaringsdeskundigen en uitvoerende professionals, vroegsignalering en snelle respons door korte lijnen tussen formele instanties en informele initiatieven in de wijk, financiering, meer tijd voor de patiënt voor huisartsen, screening van Collegevoorstellen op gezondheidsrelevantie;
- Impact: meer groente- en fruitconsumptie; grotere bewustwording van samenhang tussen gezondheid, leefstijl en leefomgeving; sociaal isolement doorbroken door deelname krimp dorpen en moeilijk bereikbare groepen aan initiatieven.

Een toetssteen voor het identificeren van verandermechanismen in relatie tot de opbrengsten en de context, is ‘counterfactual reasoning’, waarbij de tussenopbrengsten er zonder deze samenhangende mechanismen niet waren geweest. Voorbeelden van diverse verandermechanismen, die we in de cases zijn tegengekomen, zijn:

Situationele mechanismen (‘verbinden’):

- Zonder agenda de gemeenschap ingaan om vertrouwen (terug) te winnen, en vervolgens koppelen van bewonersinitiatieven en ervaringsdeskundigen aan professionals in wijken of dorpen, ambtenaren en bestuurders van organisaties en gemeente;
- Publiek campagne voeren op sociale media platforms of een mobiele huiskamer organiseren in wijken en dorpen voor het mobiliseren van moeilijk bereikbare groepen;
- Interactie, lobby of coalitievorming voor het koppelen van bestaande initiatieven aan het Lokale Preventie Akkoord, Regiodeals of gefinancierde programma’s, waardoor de kans op blijvende impact groter wordt.

Actieformerende mechanismen (‘doen’):

- Aanmoedigen, praktisch ondersteunen en communiceren van bewonersinitiatieven met een blik op het creëren van zelfvertrouwen, vaardigheden en vervolgininitiatieven;
- Opzetten van een infrastructuur voor het faciliteren en ondersteunen van bewonersinitiatieven, zoals een periodiek wijkcommunicatieoverleg, spreekuren op locatie;
- Creëren van organisatievoorwaarden zoals IT en HR vóórdat een experiment van start gaat zodat de implementatie soepeler zal kunnen verlopen.

Transformationele mechanismen (‘leren’):

- Dagelijkse reflexieve uitwisseling over wat werkt en wat anders kan;
- Diagnostische monitoring van individuele hulpverleningscases om collectieve lessen te trekken voor organisatie- en ketenprocedures en verantwoordelijkheden beter op elkaar te laten aansluiten;
- Toetsen en helpen aanpassen van ideeën, plannen, beleid, bij nabije en externe belanghebbenden om de organisatie en implementatie te vergemakkelijken.

Met het Gezondheid Transformatiemodel wordt recht gedaan aan het complexe en dynamische karakter van langdurige veranderprocessen om de voortijdige conclusie te voorkomen dat ‘er geen impact’ is en het initiatief dus ‘niet effectief’ zou zijn. Tegelijkertijd levert de evaluatie inzicht in de vervolgstappen op die nodig zijn om van innovatie en implementatie in organisaties naar systeemtransformatie te komen. Tegelijkertijd verlopen de processen in werkelijkheid vaak weerbarstiger en lopen fasen niet lineair en soepel in elkaar over. Dit model biedt vooral een hulpmiddel om onderscheid te maken tussen processen en kleinschalige opbrengsten, d.w.z. (tussen)uitkomsten. Omdat uit de cases blijkt dat er telkens weer knelpunten, belemmeringen, stagnaties of impasses overwonnen moeten worden om verder te komen richting een gezonde samenleving, geeft dit Gezondheid Transformatiemodel houvast bij het ontwerp en bijstelling van de strategie, en/of de monitoring en evaluatie van een initiatiefnetwerk.

Tijdens de dialoogbijeenkomsten hebben we de voortgang van het onderzoek gepresenteerd om daarna te inventariseren of de (voorlopige) bevindingen herkenbaar waren, of er belangrijke inzichten ontbreken, waar behoefte was aan aanvullende onderzoeksvragen, of het Gezondheid Transformatie

model aansloot bij de praktijkervaringen, en hoe dit model aangepast en verspreid kon worden om partners te ondersteunen bij de strategiebepaling, monitoring en evaluatie van hun initiatieven. De bevindingen werden positief ontvangen met uitnodigingen om het Gezondheid Transformatie model ook in de regio te komen toelichten. Diverse suggesties voor verdere verbetering van deelnemers bestaan onder andere uit:

- Meer aandacht voor de zachte en minder grijpbare kanten van coördinatie die achter de verandermechanismen schuilgaan, zoals het belang van 'zand in de radartjes' en 'smeerolie';
- Meer aandacht voor stagnatie, impasse of conflict, waarbij het tot het standaard repertoire van netwerkadviseurs en coördinatoren lijkt te horen om bij tijd en wijlen aan te kondigen de stekker uit een initiatief te gaan trekken, om zodoende de basis van hernieuwd draagvlak te onderzoeken, dan wel daadwerkelijk te stoppen.
- Factor tijd zichtbaar maken, evenals de wens voor tijdelijkheid van de netwerken.

Deze suggesties worden meegenomen in een wetenschappelijk artikel dat hierover in de maak is.

3.1.3 Resultaten survey uitgaande van het Gezondheid Transformatiemodel

Om inzicht te verkrijgen in hoe de relatie tussen de maatschappelijke beweging AiG en de impact op o.a. gezondheid geoperationaliseerd kan worden en welke inzichten dit oplevert over de werkzame mechanismen en de samenhang met uitkomsten, is een survey afgenomen onder initiatiefnemers, partners en meer zijdelings betrokken deelnemers van AiG. Op basis van het Gezondheid Transformatiemodel zijn verandermechanismen, context en opbrengsten uitgevraagd, evenals het gebruik en de doorwerking van diensten van het programmabureau AiG.

De survey is toegevoegd als extra deelonderzoek. De survey opzet heeft op 15 maart 2022 ethische goedkeuring verkregen van de UM-FHML-REC, onder nummer FHML-REC/2022/042. Het met behulp van de case studies ontwikkelde Gezondheid Transformatie model is geoperationaliseerd in 33 vragen over netwerkenmerken, verandermechanismen, opbrengsten, context en afsluitende open vragen. Operationalisering van bovengenoemde factoren uit het model vond plaats door literatuurstudie naar indicatoren en twee rondes van de pre-test van de vragenlijst bij twee sleutelpersonen. Respondenten zijn geworven in samenwerking met het programmabureau AiG, en hebben de vragenlijst online in Qualtrics ingevuld. Een steekproef van 103 vragenlijsten is gecontroleerd en geanalyseerd m.b.v. beschrijvende technieken, Chikwadraattoetsen en lineaire regressie in een Structural Equation Modelling (SEM) framework.

De steekproef bestaat uit mensen die in verschillende mate in contact zijn geweest met AiG, variërend van weinig, zoals abonnees van de Nieuwsbrief of bezoekers van het jaarcongres, tot heel veel, zoals coördinatoren van regionetwerken binnen AiG. In de analyse zijn 103 vragenlijsten geïncludeerd op een geschatte populatie van 450 gebruikers van AiG, wat de respons brengt op 23%. Hierin zijn twee subgroepen te onderscheiden, namelijk respondenten die verbonden zijn aan een AiG-initiatiefnetwerk (50%, niet te verwarren met een AiG regionetwerk), en zij die niet verbonden zijn aan een AiG-initiatiefnetwerk maar wel zijdelings betrokken zijn via bijeenkomsten en het jaarcongres, de Nieuwsbrief of andere communicatiemiddelen (45%) De resterende 5% geeft aan niet verbonden te zijn met AiG. De resultaten laten zich als volgt samenvatten:

1. Zoals te verwachten is, blijkt de verbondenheid met een AiG-initiatiefnetwerk in vergelijking met respondenten die niet bij een AiG initiatiefnetwerk aangesloten zijn, significant gerelateerd is aan het gebruik van diensten van het programmabureau, en aan de

doorwerking van dit gebruik in de aanpak van de AiG-initiatiefnetwerken. Respondenten verbonden aan een initiatiefnetwerk maken gemiddeld gebruik van ruim 4 diensten van het programmabureau tegenover gemiddeld minder dan 2 diensten door respondenten die niet verbonden zijn. Zo bezoekt 65% van de met een initiatiefnetwerk verbonden respondenten bijeenkomsten en het jaarcongres, tegen 41% van de van de respondenten die niet verbonden zijn aan een initiatiefnetwerk. Ongeveer de helft van de respondenten die deel uitmaken van een initiatiefnetwerk maakt gebruik van de regionetwerken, thema-allianties, communicatiemediën, en 1sociaaldomein.nl, tegen één vijfde van de respondenten uit de andere subgroep. Van de netwerkadviseurs maakt de helft van de respondenten verbonden aan een initiatiefnetwerk gebruik tegenover 13% van de andere subgroep. Bij ruim 70% van de respondenten verbonden aan een initiatiefnetwerk werken deze diensten door in het eigen netwerk, tegen 25% van de overige subgroep.

2. Een vervolgvraag is of de verbondenheid aan een initiatiefnetwerk ook samenhangt met de **opbrengsten**. De verbondenheid aan een initiatiefnetwerk is significant gerelateerd aan een **grotere bewustwording** van de brede benadering van gezondheid onder netwerkpartners. Ruim driekwart van de respondenten verbonden aan een initiatiefnetwerk werkt met de benadering van Positieve Gezondheid en heeft verschillende combinaties gemaakt met de omgeving en andere hieronder genoemde benaderingen, tegen 57% van de andere subgroep die ook veel minder combinaties heeft gemaakt. De bewustwording bij doelgroep(en, zoals burgers) verschilt ook significant, maar dan in het voordeel van respondenten en netwerken die niet bij AiG aangesloten zijn. Wellicht betreft het hier meer burgerinitiatieven dan organisatie-initiatieven. Verbondenheid aan een initiatiefnetwerk hangt ook significant samen met de aanwezigheid van een zelf ontwikkelde **innovatie** (vooral een nieuwe methode of werkwijze), evenals aan de **adoptie** van een elders ontwikkelde innovatie. Volgens een ruime meerderheid van de respondenten dragen hun netwerken en initiatieven op basis van zelfrapportage bij aan de intersectorale aanpak en implementatie in organisaties. 80% van de respondenten geeft aan dat hun initiatief **impact** heeft op kennis, motivatie, vaardigheden en gedrag van de doelgroep. Intersectorale aanpak, implementatie en impact verschillen niet significant tussen respondenten verbonden aan een AiG initiatiefnetwerk en zij die die verbinding niet hebben. Bij **implementatie** gaat het vooral om het ontstaan van een gemeenschappelijke visie en missie, doelen, en verantwoordelijkheden; genoemd worden in het strategische en communicatiebeleid van organisaties, het vrijmaken van budget en middelen; verandering van operationele werkprocessen, en de verandering van gemeentelijk beleid. Er is volgens meer dan de helft van de respondenten nog weinig sprake van systeemverandering (aanpassing reguliere financiering, of verandering van landelijk beleid).
3. De volgende vraag is dan of de verbondenheid met een AiG-netwerk samenhang vertoont met de **verandermechanismen** in de netwerken en initiatieven. Geen van de verandermechanismen verschilt significant tussen respondenten verbonden aan een AiG initiatiefnetwerk en zij die daar niet aan verbonden zijn. Alle verandermechanismen (mobiliseren van andere organisaties en sectoren voor een intersectorale aanpak, experimenteren, bestuurlijk verbinden, activeren van uitvoering van een innovatie door de doelgroep, en genereren van nieuwe ideeën op basis van ervaringen en lessen) worden door ongeveer twee derde van alle respondenten toegepast.

4. Van de **contextfactoren** geven het aantal samenwerkingen met externe programma's, akkoorden of initiatieven; en het COVID-19 beleid een licht significant verschil tussen de twee subgroepen. Respondenten verbonden aan een AiG-netwerk werken gemiddeld met 5 tot 6 externe partijen samen tegen gemiddeld 3,3 door de andere subgroep, dit geldt voor alle genoemde externe programma's. Van de groep verbonden aan een AiG-initiatiefnetwerk ervaart 61% de invloed van COVID-19 beleid op de voortgang als (zeer) negatief, versus 39% van de andere subgroep. Ruim twee derde van alle respondenten ervaart politieke en bestuurlijk steun vanuit de partnerorganisaties. Meer dan de helft is voor de omslag naar een integrale aanpak (heel) erg afhankelijk van reguliere financiering.
5. Waar maakt deelname aan AiG nu het verschil? Behalve de samenhang van AiG-initiatiefnetwerken met een grotere bewustwording onder partners, en met innovatie en adoptie, hebben we ook **indicaties dat het gebruik en de doorwerking** van diensten van het programmabureau **bijdraagt aan** zowel het verandermechanisme '**mobiliseren**' als aan **implementatie**. Voor implementatie laat een lineaire regressie zien dat een samengestelde variabele – bestaande uit gebruik van netwerkadviseurs, regionetwerken, thema-allianties, communicatie/social media, bijeenkomsten/congres en doorwerking van AiG in eigen netwerk – significant bijdraagt aan verandering van de dagelijks uitgevoerde werkzaamheden binnen verbonden partnerorganisaties van respondenten. Een tweede regressie laat eveneens een significant effect zien op de adoptie van innovaties. Aanvullende regressies zullen nog worden uitgevoerd voor de samenhang tussen verandermechanismen, contextuele factoren en opbrengsten.

Deze survey is voor zover bekend het eerste onderzoek dat indicaties voor een kwantitatieve onderbouwing vindt voor enkele van de werkzame mechanismen van AiG en de samenhang met uitkomsten. De resultaten moeten om de volgende redenen met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De respons op de vragenlijst is vrij laag (23%), wat te verwachten is bij een onderzoekspopulatie die niet scherp is af te bakenen. Binnen de steekproef verwachten wij een ondervertegenwoordiging van mensen die betrokken zijn bij een initiatief of netwerk dat een stagnerend verloop heeft of is stopgezet. De antwoorden zijn gebaseerd op zelfrapportage wat een mogelijk overschatting kan opleveren op basis van sociale wenselijkheid. Meerdere respondenten met een sleutelrol hebben echter in dialoogsessies aangegeven de vragen juist conservatief te hebben beantwoord, wat kan leiden tot een onderschatting van effecten. Vanwege de eenmalige meting is causaliteit alleen op grond van theoretische assumpties te onderbouwen. Vanwege de soms relatief lage aantallen zijn missende variabelen niet vervangen door het gemiddelde om vertekening te beperken. De afwezigheid van significante waarden hoeft mede hierom niet te betekenen dat er geen relatie is. Dit zou vervolgonderzoek met grotere aantallen moeten uitwijzen. Wat betreft de kwaliteit (psychometrische eigenschappen) van de vragenlijst is een groot aantal items bruikbaar gebleken voor vervolgonderzoek.

Concluderend worden ten eerste de verandermechanismen door twee-derde van de respondenten (heel) vaak ingezet, wat bij meer dan de helft bijdraagt aan de opbrengsten. Vanuit de context ervaart twee-derde van de respondenten hierbij politieke en bestuurlijke steun vanuit partnerorganisaties, maar ondervindt meer dan de helft last van de reguliere financiering en het COVID-19 beleid voor de voortgang van hun initiatief. Ten tweede is de verbondenheid aan een AiG-initiatiefnetwerk significant gerelateerd aan een grotere bewustwording van de brede benadering van gezondheid onder netwerkpartners; de aanwezigheid van een zelf ontwikkelde innovatie, en de adoptie van een elders

ontwikkelde innovatie. Ten derde dragen het gebruik en de doorwerking van diensten van het AiG-programmabureau in een lineaire regressie met SEM significant bij aan het verandermechanisme 'mobiliseren', en met de (tussen)opbrengst implementatie. De vijf verandermechanismen hangen onderling zeer significant samen. De relevantie van het Gezondheid Transformatiemodel wordt hiermee op onderdelen onderbouwd; vervolgonderzoek met een hogere N is echter nodig om het volledige model te kunnen toetsen.

3.2 Onderzoeksvraag 2 Verkennende uitkomstenevaluatie

In deze paragraaf beantwoorden we de volgende onderzoeksvraag.

Hoe kan de relatie tussen de maatschappelijke beweging en gezondheid worden geoperationaliseerd en onderzocht, en welke inzichten levert dit op over de mate waarin de beweging een bijdrage levert aan de programmadoelen?

Belangrijk in de opdracht voor deelonderzoek C was de zoektocht naar een methode waarmee gezondheidseffecten van sociale determinanten, waartoe de gezondheidsopbrengsten van maatschappelijke initiatieven zoals AiG kunnen worden gerekend, op een waardevolle manier onderzocht kunnen worden. Achtereenvolgens gaan we in op de verschillende onderdelen die tot een aanpak hebben geleid voor de kwantitatieve modellering.

3.2.1 Scoping review

Er zijn meerdere manieren waarop men dit zou kunnen aanpakken, bleek ook uit een binnen dit project uitgevoerde scoping review (Reumers et al., 2021) die we hebben uitgevoerd om verschillende kwantificeringsmethodieken die worden gebruikt in het wetenschappelijke veld in kaart te brengen. Uit deze scoping review komt naar voren dat er gebruik wordt gemaakt van uiteenlopende methoden om gezondheidseffecten van maatschappelijke initiatieven te kwantificeren, maar dat veel van deze methoden ook overeenkomsten vertonen. Ook blijkt hieruit dat er relatief weinig gebruikgemaakt wordt van zowel kwalitatieve en kwantitatieve methoden samen, ondanks dat dit wel vaak wordt aangehaald als een goede werkwijze. Hetzelfde geldt voor het schatten van ongelijkheden in gezondheidseffecten.

Er is door de verscheidenheid van initiatieven binnen AiG geen zinvolle gezondheidseffectschatting te maken van het geheel van alle initiatieven samen. Om toch iets te kunnen zeggen op het niveau van AiG, is de survey uitgevoerd (zie de vorige sectie van dit rapport); deze valt deels in deelonderzoek A en deels in deelonderzoek C.

3.2.2 Opzet Health Impact Assessment

Verder is getracht verbanden tussen relevante factoren binnen één thema te modelleren om gezondheidseffecten op het niveau van afzonderlijke initiatieven te kunnen schatten. Dit is op het niveau van het individu gedaan, omdat de effecten op dit niveau plaatsvinden en op groepsniveau modelleren hierdoor onacceptabele bias zou geven (Piantadosi et al., 1988; Sedgwick, 2015). In dit onderzoek is ervoor gekozen om een nieuwe onderzoeksaanpak op te stellen, waarvan de verschillende onderdelen bestaan uit reeds bestaande methoden. De keuze voor deze aanpak was een geleidelijke en werd gemaakt op basis van wat op verschillende momenten als de meest betrouwbare

weg werd beschouwd. Deze aanpak is praktisch toegepast op de relatie tussen armoede en gezondheid.

3.2.3 Group Model Building

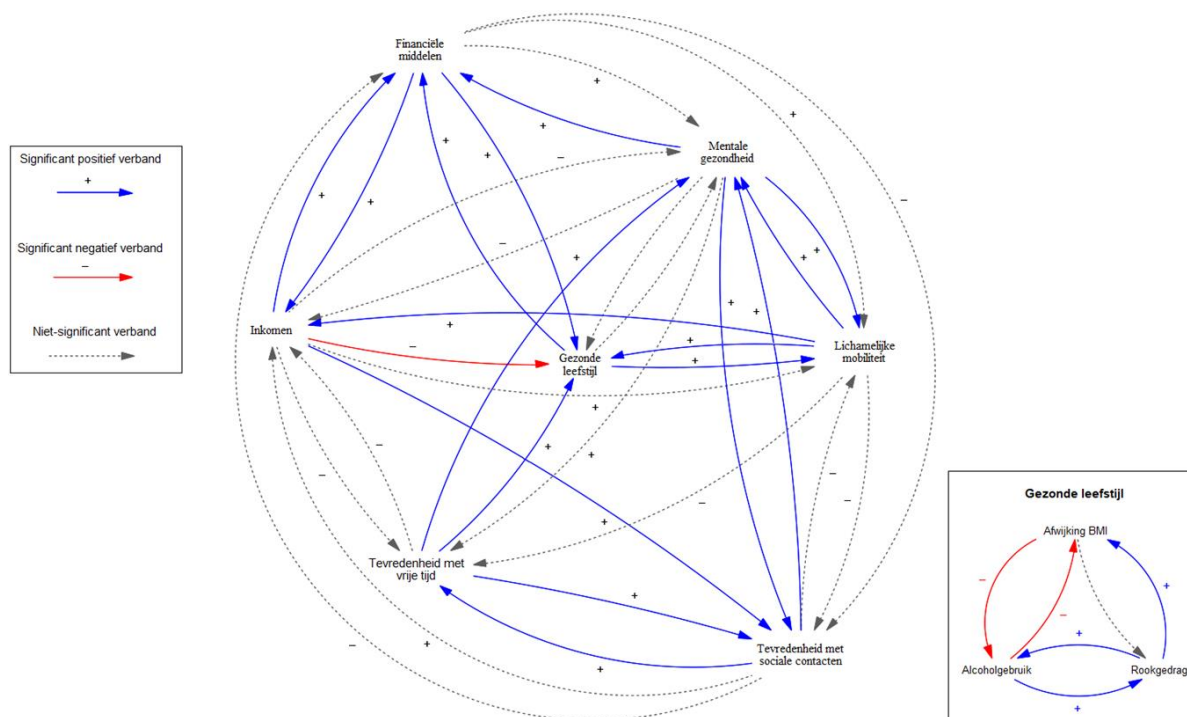
Het eerste gedeelte van de aanpak bestaat uit kwalitatief stakeholderonderzoek. Dit is gedaan vanuit de visie dat een groep bestaande uit stakeholders met kennis over de praktische realiteit rondom een onderwerp een goede inschatting zal kunnen maken van welke zaken belangrijk zijn rondom een specifiek probleem en hoe deze naar verwachting met elkaar samenhangen. Dit is voor onderzoekers een goede, niet-arbitraire manier om belangrijke variabelen te identificeren in de context van grote complexiteit die doorgaans met maatschappelijke initiatieven gepaard gaat. Voor het opstellen van een conceptueel model is gebruikgemaakt van de kwalitatieve, participatieve modelleringsmethode Group Model Building (GMB) (Vennix, 1999), waarin samen met stakeholders vanuit de lokale context naar een probleem gekeken wordt. Hierbij wordt een kwalitatief systeem-dynamisch model opgesteld, een zogeheten causal loop diagram (CLD). Dit is gedaan in het licht van de casus over armoede en gezondheid, met stakeholders binnen de gemeente Utrecht. Deze setting is gekozen omdat er in Utrecht veel activiteiten plaatsvinden op dit onderwerp en de gemeente Utrecht deel uitmaakt van de Alliantie Kinderarmoede, die onder de paraplu van AiG is opgezet. De uiteindelijke bevindingen lijken geschikt om breder toegepast te worden. Hiertoe is ook een validatieslag toegepast met wetenschappelijke literatuur en een wetenschappelijke expertbijeenkomst. Door een conceptueel model op te stellen met deze methode kan niet alleen naar proximale (directe) determinanten, maar ook naar distale (meer indirecte) determinanten worden gekeken. Zie Reumers et al. (2022) voor een uitgebreidere beschrijving van de toepassing van de methode en de uitkomsten van de modelleringssessies met stakeholders.

3.2.4 Stappen in de ontwikkeling van een kwantitatief model

De tweede stap is het kwantificeren van het kwalitatieve stakeholdermodel en om hiermee uitspraken te kunnen doen over a) of de door de stakeholders verwachte relaties ondersteund worden door data en b) wat voor indirecte en feedbackeffecten initiatieven die ingrijpen op variabelen in het model, zullen hebben. Met andere woorden: als een initiatief een effect heeft op bijvoorbeeld het inkomen of de sociale contacten van een doelgroep, wat voor effect heeft dit dan vervolgens op hun gezondheid? Dergelijke vragen worden, zoals uit de scoping review bleek, veelal beantwoord door gebruik te maken van lineaire regressiecoëfficiënten, relatieve risico's, of overgangsprobabiliteiten, die in de kern alle drie dezelfde logica volgen. Zo kan dit ook gedaan worden met een CLD, ook al zijn de relaties veel complexer (bestaande uit meer variabelen en relaties hiertussen – voor elke pijl moet een coëfficiënt beschikbaar zijn) dan doorgaans wordt gekwantificeerd. Er bleek echter moeilijkheid te zitten in het verkrijgen van betrouwbare coëfficiënten, die gebruikt worden om de sterkte van de effecten in te schatten.

Om zo goed mogelijke coëfficiënten te kunnen verkrijgen, is een methodologische weg ingeslagen die naar ons weten nog niet eerder op deze manier samen met systeem-dynamica is gebruikt. Om alle pijlen uit een CLD te kunnen voorzien van een kwantitatieve schatting, moet – vanwege de cirkelstructuren in het model – namelijk rekening gehouden worden met alle andere variabelen in het model. Dit betekent dat het model als één geheel gekwantificeerd dient te worden. Indien dit niet gedaan wordt, lijken effecten veel groter te zijn dan ze in werkelijkheid zijn, omdat ze meerdere keren meegeteld worden. Ook is het nodig om de relaties longitudinaal te modelleren, wat betekent dat dit

voor dezelfde individuen over meerdere opeenvolgende tijdstippen moet worden gedaan. Dit alles bleek mogelijk te zijn met *structural equation*-modellen (Orth et al., 2021). Ook in deze insteek zijn de nodige onzekerheden en assumpties aanwezig, maar het geeft de mogelijkheid om verwachtingen op een systematische manier te toetsen. Dit maakt het mogelijk om de complexiteit die inherent is aan de effecten van sociale determinanten, ook op een zinvolle manier cijfermatig te beschouwen. De bovenstaande aanpak is door ons toegepast op – een noodzakelijkerwijs versimpelde versie van – de CLD over armoede en gezondheid dat in de GMB-sessies door de stakeholders was opgesteld. Dit versimpelde model is nog altijd omvangrijk: het bestaat uit negen volledig longitudinale variabelen, drie controlevariabelen en 50 ‘Granger-causale’ (Seth, 2007) pijlen (pijlen vanuit controlevariabelen niet meegeteld), waarbij elk van de 50 pijlen tevens een versimpeling is van vier afzonderlijke pijlen. Om dit te kunnen doen, is gebruikgemaakt van een gekoppelde dataset (N=4389) bestaande uit data van het CBS (CBS, 2022) en een grootschalige longitudinale jaarlijkse enquête (LISS) (CentERdata, 2022). Zie Figuur ‘Kwalitatieve weergave in CLD-vorm van uitkomsten van het gekwantificeerde model omtrent armoede en gezondheid’, op de laatste pagina van dit eindverslag. De gekleurde pijlen in dit model zijn statistisch significant gebleken. Een plusteken bij een pijl geeft aan dat de relatie positief is.



Figuur 3. Kwalitatieve weergave in CLD-vorm van uitkomsten van het gekwantificeerde model omtrent armoede en gezondheid. ‘Gezonde leefstijl’ bestaat uit drie variabelen (zie rechts onderin), maar is vereenvoudigd weergegeven in het grote model omwille van de leesbaarheid. Als controlevariabelen zijn leeftijd, geslacht en migratieachtergrond tevens meegenomen.

Dit betekent: als X (de voorspeller, de oorzaak waaruit de pijl vertrekt) in jaar 1 hoger wordt, zal Y (de uitkomst, waar de pijl heen leidt) in jaar 2 hierdoor ook iets hoger worden; indien X in jaar 1 lager wordt, zal Y in jaar 2 tevens kleiner worden. Ze bewegen dus in dezelfde richting. Een minteken bij een pijl geeft het tegengestelde aan: als X in jaar 1 hoger wordt, wordt Y in jaar 2 lager; als X in jaar 1 lager

wordt, wordt Y in jaar 2 hoger. Dit werkt uiteraard alleen zo onder de aanname dat alle andere effecten gelijk blijven (ceteris paribus); het kan immers bijvoorbeeld zo zijn dat een stijging in X (jaar 1) de waarde van Y (jaar 2) inderdaad iets hoger maakt, maar effecten van andere variabelen toch Y (jaar 2) dusdanig doen afnemen dat Y per saldo vermindert. De methodologie achter dit model en de resultaten die eruit voortkomen, zijn in twee papers beschreven die in de zomer van 2023 bij een wetenschappelijke journal worden ingediend. Hierin wordt tevens ingegaan op de mogelijkheid tot projecties van (gezondheids)effecten van initiatieven met behulp van een dergelijk model en op het schatten van ongelijkheden in gezondheid(seffecten) met behulp van het model.

3.2.5 Conclusies met betrekking tot het kwantitatieve modelleerproces

Op basis van dit onderzoek kan een aantal lessen geformuleerd worden ten aanzien van het modelleerproces. Zo zijn het soort casus en het soort conclusies die getrokken worden uit een kwantitatieve gezondheidseffectschatting zeer bepalend. Een casus waarbij effecten op groepsniveau geacht kunnen worden plaats te vinden, zouden verantwoord op groepsniveau gemodelleerd kunnen worden. Dit is veel eenvoudiger in de modellering, waarbij de data en methodologie veel minder veeleisend is, dan wanneer effecten op individueel niveau gebruikt moeten worden. Het opstellen van een complex conceptueel model – zoals wij met GMB hebben uitgevoerd – kan dan vrij laagdrempelig worden ingevuld met data op groepsniveau, om tot aanvaardbare projecties te kunnen komen. Voor een snel schattingsproces, is het dan ook aan te raden om vóór het opstellen van de kwalitatieve modellering, te onderzoeken of de gezondheidseffecten in de casus op groepsniveau kunnen worden beschouwd.

In veel gevallen vinden mechanismen echter duidelijk plaats op individueel niveau en dan is grote, longitudinale data op microniveau nodig. Beschikbaarheid van geschikte data is zodoende een belangrijke vereiste om het soort onderzoek zoals hierboven beschreven, uit te kunnen voeren. Daarnaast moet alle data die er gebruikt wordt dan in één databestand (of in meerdere koppelbare datasets) staan, omdat het nodig is om de variabelen mee te nemen in één model, om onacceptabele bias te voorkomen.

Het opstellen van een kwantitatief model met negen elkaar over-en-weer beïnvloedende variabelen is uiteindelijk mogelijk gebleken in dit onderzoek. De SEM-methoden die hiervoor nodig zijn, stellen echter wel de nodig eisen qua kennis en tijd van de uitvoerende onderzoekers. De resulterende modellen leveren coëfficiënten op die gebruikt kunnen worden om verwachte effecten van allerlei verschillende initiatieven op het desbetreffende thema kwantitatief te kunnen schatten. Dit model is breed toepasbaar op allerlei initiatieven, zolang ze maar een direct effect hebben op een variabele in het model. Eveneens is de methodologische aanpak die hier staat beschreven in het algemeen zeer breed toepasbaar en deze kan hierdoor ook voor allerlei andere determinanten en onderwerpen (ook buiten het gezondheidsveld) gebruikt worden.

4. Conclusies en aanbevelingen

4.1 De ontwikkeling en positie van het platform Alles is Gezondheid

Samengevat komen we tot de volgende conclusie. Door de **erkenning en mobilisatie** van nieuwe deelnemers aan lokale sociale innovaties, de bekrachtiging en verbinding met regionale en landelijke programma's en netwerken, en de daarmee beschikbaar gekomen unieke kennis over

domeinoverstijgende gezondheidsinnovatienetwerken zijn de partners en het Programmabureau AiG erin geslaagd voor het platform AiG een legitieme plaats te verwerven in het regionale en landelijke krachtenveld.

4.2 Het Gezondheid Transformatiemodel

Het Gezondheid Transformatiemodel geeft weer hoe de coördinatoren van initiatiefnetwerken aangesloten bij AiG inspelen op de kenmerken in hun directe omgeving, waardoor hun initiatief verbonden raakt met burgers en bestuurders (situatieve verandermechanismen), waardoor zij passende activiteiten ontwikkelen (actiemechanismen) en daaruit lering trekken voor vervolgstappen (transformationele mechanismen). In een doorgaande cyclus overwinnen zij onzekerheden, tegenslagen, of conflicten, en creëren zij voorwaarden voor integrale actie, innovatie, implementatie, impact en het genereren van nieuwe ideeën. Naarmate deze ideeën, innovaties en goede praktijken de kans krijgen om als feedback terug te vloeien naar de achterliggende beleids- en organisatiestructuren kan dit in de toekomst leiden tot systeem en organisatie transformaties. Het model is een hulpmiddel om onderscheid te maken tussen processen en kleinschalige opbrengsten, d.w.z. (tussen)uitkomsten. Omdat uit de cases blijkt dat er telkens weer knelpunten, belemmeringen, stagnaties of impasses overwonnen moeten worden om verder te komen richting een gezonde samenleving, geeft dit Gezondheid Transformatiemodel houvast bij het ontwerp en bijstelling van de strategie, en/of de monitoring en evaluatie van een initiatiefnetwerk. Zie bijlage H voor een publieksvriendelijke praatplaat waarin dit model is vertaald naar de metafoor van een natuurlijk ecosysteem, waarin het werken aan een gezond evenwicht tussen de elementen geen eindpunt kent.

4.3 Naar systeemtransformatie?

Voor structurele implementatie en blijvende gezondheidsimpact is echter **overheidsinzet nodig** om onderliggende systemen flexibeler met elkaar te laten communiceren en partners de nieuwe manieren van werken te kunnen laten borgen. Waar AiG in de eerste fase als katalysator heeft gefungeerd voor sociale innovaties kan het in een eventuele volgende fase als katalysator fungeren voor een transformatie van onderliggende systemen van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag naar mens en maatschappij, met bijzondere aandacht voor de relatie tussen leefstijl en leefomgeving.

In het eindrapport van de evaluatie van de eerste fase schreven wij, dat ‘het minstens 5-10 jaar duurt alvorens partners binnen hun initiatiefnetwerk solide relaties hebben ontwikkeld, de maatschappelijke beweging merkbaar is en onomkeerbaar *en de regelgevende en andere institutionele voorwaarden daarop zijn afgestemd.*’ Nu, vijf jaar later, constateren we dat, hoewel AiG een legitieme positie heeft verkregen in het landelijke speelveld van gezondheid en preventie, deze aanbeveling nog onverminderd geldt. Er komt lokaal en regionaal een veranderproces op gang binnen en tussen partnerorganisaties, maar organisatorische, regelgevende en institutionele voorwaarden zijn nog beperkt gerealiseerd, waardoor ook gevorderde netwerken afhankelijk blijven van tijdelijke financiering. Deze organisatorische voorwaarden zijn onlosmakelijk verbonden met de macrosysteemvoorwaarden, waarbinnen de laatste jaren kleine stappen worden gezet om sectoroverstijgende samenwerking en regionalisering te stimuleren (zoals het wetsvoorstel Domeinoverstijgende samenwerking en het Integraal Zorg Akkoord). De komende jaren moet duidelijk worden wat op macroniveau nodig is om de integrale aanpak van gezondheid op regionaal en lokaal niveau tot norm te maken.

4.4 Aanbevelingen

We beschrijven achtereenvolgens enkele aanbevelingen voor de partnerinitiatieven, de regionetwerken, het Programmabureau, de Programmaraad en Transitieraad i.o., en overheden.

4.4.1 Partners en initiatiefnemers

De case studies en interviews met regionetwerken hebben veel inspiratie geleverd voor de uitbreiding van het handelingsrepertoire om een sociale beweging te starten, in gang te houden, soms ook te beëindigen, en een overstap te maken naar sociale transformatie.

- **Innovatie:** De jongere generatie initiatiefnemers laat zien hoe social media benut kunnen worden om in contact te komen met moeilijk bereikbare groepen, en hen interactief mee te laten bepalen hoe initiatieven kunnen aansluiten op hun belevingswereld zodat de participatie toeneemt. Daar waar initiatieven nog vooral gericht zijn op het onderhouden van een netwerk en het meekrijgen van organisaties kunnen partners AiG nog beter benutten om deze en andere nieuwe werkwijzen en strategieën aan hun werk te koppelen zodat de **directe impact bij burgers en bewoners** toeneemt.
- **Implementatie door infrastructuur:** Diverse case studies zijn voorbij het in de eerste fase dominante, op korte termijn uitvoeren van losse activiteiten voor een doelgroep, door het koppelen van die activiteiten aan het creëren van **infrastructurele voorwaarden in organisaties, beleid, en financiering**. Ook deze ervaringen kunnen door vroege, zich nieuw aansluitende initiatieven beter benut worden.

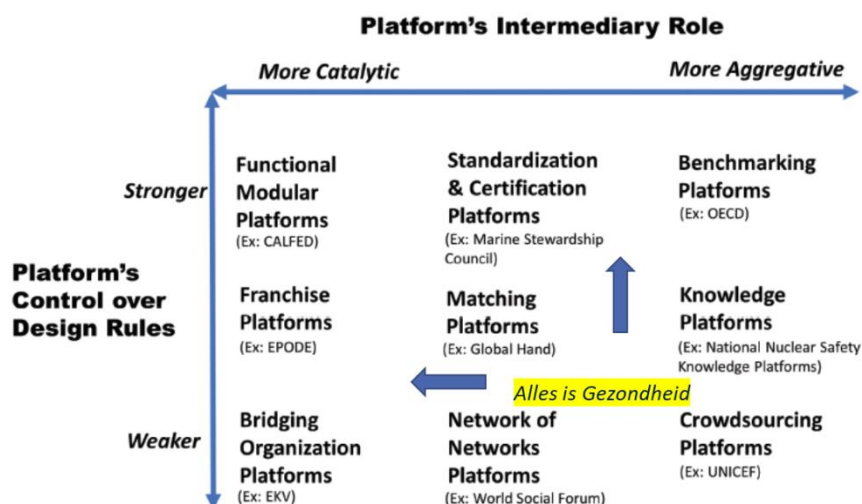
4.4.2 Regionetwerken

1. De regionetwerken zijn van grote betekenis voor de regionale en lokale initiatieven, die zich vaak meer met hun regio dan met AiG identificeren. Desondanks kunnen de regionetwerken AiG nog meer benutten door met de landelijke interne en externe krachtenbundeling van AiG coalities te vormen op specifieke thema's of problemen die het regionale niveau ontstijgen. Daarmee kunnen zij de inzet versterken voor een gerichte en professionele **lobby** naar publieke, semi-publieke en private financiers en fondsen, en beleidsverantwoordelijke overheden op landelijk, provinciaal en gemeentelijk niveau.
2. De regionetwerken kennen een grote diversiteit aan omvang, aanpak, ontwikkelingsfase, focus en succes. Hoewel de condities voor succesvolle invloed en verandering grotendeels regionaal bepaald zijn, kunnen de regionetwerken meer aan elkaar hebben door in kleinere, thematische clusters de krachten te bundelen. Bijvoorbeeld clusters op Positieve Gezondheid, op burgerinitiatief, op product en dienstinnovatie. Dit is niet per sé een taak voor het programmabureau maar iets dat door **zelforganisatie** door de regionetwerken beter zal aansluiten op de regionale behoeften.
3. Zowel de partners als de regionetwerken kunnen het in dit onderzoek ontwikkelde **Gezondheid Transformatiemodel** voor de governance van hun netwerk inzetten om periodiek de evaluatie en strategiebepaling of verantwoording naar externe financiers te helpen onderbouwen. Met name het onderscheid tussen verandermechanismen en (tussen)opbrengsten kan behulpzaam zijn bij het maken van geïnformeerde keuzes.

4.4.3 Programmabureau: governance van AiG

- Volgens de typologie van 'collaborative platform governance' (Ansell & Gash, 2017) is het platform AiG in de afgelopen periode verschoven van een in oorsprong 'network of networks' naar een

combinatie van 'knowledge' en 'matching' platform (zie figuur 3). Voor de (nabije) toekomst kan met de nieuwe programmaraad worden verkend in welke richting het platform AiG zich verder zou willen en kunnen ontwikkelen, en welke rechtsvorm, bestaansvoorzieningen, ontwerpregels en vormen van ondersteuning daarbij passen. Daarbij kunnen keuze-alternatieven in **scenario's** inhoudelijk worden getoetst aan externe ontwikkelingen op de middellange termijn, en procesmatig aan de initiatiefnemers en partners. Een voorbeeld van een dergelijke scenariostudie hebben wij in 2016 uitgevoerd voor het regionetwerk CIC West Brabant. De methodiek en resultaten zijn vrij beschikbaar.



Figuur 4. Typologie van collaborative governance platforms (Ansell & Gash, 2017)

- De regionetwerken zouden door het programmabureau nog meer benut kunnen worden als **infrastructuur voor dataverzameling en feedback** over wat de transformatie in de praktijk behelst, en signalen over belemmeringen die om een buiten- of bovenregionale interventie vragen. De functie van AiG om het ministerie van VWS en andere relevante ministeries te informeren stond de afgelopen periode mede door de COVID-19 uitbraak onder zware druk, maar kan nu met hernieuwde energie opgepakt worden.

4.4.4 Programmaraad en Transitieraad i.o.

- De programmaraad AiG is recent in (deels) nieuwe samenstelling van start gegaan (de transitieraad i.o.). Mocht de rijkssubsidie voor AiG in 2024 ten einde komen dan ligt er een grote uitdaging om de bestaansgrond voor AiG zeker te stellen. De programmaraad kan, afhankelijk van haar taakopvatting, het programmabureau steunen om met passende expertise de **keuze-alternatieven** te verhelderen, toetsen en selecteren.
- De transitieraad i.o. kan zich dan meer inhoudelijk richten op het adviseren van het programmabureau over de **koppeling van de brede gezondheidsbenadering aan andere landelijke transitiebewegingen** die ook regionaal en lokaal vertakt zijn, zoals voedselproductie, klimaat en energie. Daarmee kan een coalitievorming en lobby zich versterken en, mede in het licht van de voorspelde economische recessie lokaal tot een bredere impact leiden door het beperken van sociaaleconomische (gezondheids)verschillen.

4.4.5 Overheden: Ministerie VWS en gemeenten

- Bij het ontbreken van een regionale autoriteit voor gezondheid zijn in het huidige bestel gemeenten aan zet om vanuit bestaande bovengemeentelijke netwerken en bovengemeentelijke regelingen tot een passende infrastructuur te komen voor de coördinatie van gezondheid. Onze case studies laten zien dat dit in sommige grote gemeenten wordt omarmd maar de fragmentatie door de enorme dichtheid van programma's, netwerken en initiatieven (nog) niet wordt doorbroken. Landelijk beleid moet deze **versnippering aanpakken**, zoals met de recente SPUK regeling voor preventie, welzijn en sportsubsidies. In kleinere kernen en vooral in plattelandsgebieden met zwaardere problematiek bieden de AiG-netwerken een aanspreekpunt voor bewoners en toegang tot lopende en nieuwe initiatieven. Deze ontsluiting kan door veel meer gemeenten benut worden om **achterstanden te bestrijden en lokaal sociaal ondernemerschap** te stimuleren.
- In de Kamerbrief van 4 november 2016 benoemde de toenmalige minister van VWS een regierol, coördinatierol en verantwoordingsrol voor het ministerie. De 'rol [van het ministerie] bij het vinden van oplossingen voor knelpunten in wet- en regelgeving en [het] daarover in gesprek gaan met partners' is mede door de COVID-19 uitbraak, maar ook door de beleidsnadruk op de Preventieakkoorden, is ondanks enige afstemming met AiG, niet uit de verf gekomen. Dit behoeft hernieuwde aandacht. Een 'collaborative governance' en een 'whole of society' aanpak is alleen effectief als de Rijksoverheid via verschillende relevante ministeries deze signalen benut voor aanscherping van beleid en beleidsinstrumenten, dan wel voor een andere, constructieve respons in interactie met de initiatiefnemers. Diverse case studies in dit onderzoek laten zien dat overheidsingrijpen onverminderd nodig is om de regionetwerken, die in het gat zijn gesprongen van een ontbrekende regionale autoriteit voor gezondheid, te kunnen laten voortbestaan. Met de regionetwerken wordt geborgd dat de **effectieve afstemming** tussen verschillende beleidssectoren evenals met informele initiatieven en netwerken in wijken en dorpen en innovatieve (sociale) ondernemers leidt tot een groter bereik en impact op bewoners. Vervolgens kan overheidsingrijpen op de middellange termijn ook het verandervermogen van organisaties ondersteunen door onderliggende systemen flexibeler met elkaar te laten communiceren.
- **Ten slotte, AiG als governance:** naar een beleidsfeedbackmechanisme. Voorgaande maakt enkele keuzes zichtbaar op het niveau van de positionering van het Programmabureau AiG als instrument in het gezondheidsbeleid en op het niveau van coördinatie binnen het Platform AiG. We schetsen hier enkele globale keuze-opties. Het is aan de politiek en het bestuur om hierin afwegingen te maken. Positionering AiG in gezondheidsbeleid: op de coördinatieschalen publiek of privaat, centraal of decentraal en aanbod- of vraaggericht sturen kan AiG als instrument in het gezondheidsbeleid explicieter gepositioneerd worden als liaison tussen deze uitersten. Door zijn als 'neutraal' en 'onafhankelijk' ervaren rol, infrastructuur van externe relaties en netwerken en de erkenning in het veld van politiek-strategische expertise kan het programmabureau AiG en daaraan gekoppeld de programmaraad AiG een **vertrouwenwekkende schakelpositie** bieden, die innovaties en ervaringen in het veld en in de samenleving als input doorspeelt voor interdepartementaal en sectoraal macrobeleid. Onderstaand perspectief biedt inzicht in de potentiële meerwaarde van een dergelijke schakelfunctie.

Perspectief: Naar een 'new public health governance'?

De samenhang van het gezondheidsbeleid met andere beleidsdomeinen in een onzekere, veranderende samenleving vraagt van bestuurders een passende coördinatiestijl, en een bereidheid om gevestigde beleidstaal, werkwijzen en structuren te voeden met inzichten uit de samenleving.

- Het gaat hierbij niet langer alleen om ontwerp van beleid, maar ook om 'ontwerpen als beleid'. Het voorschrijven aan de uitvoering van taken met een doel-middelen rationaliteit wordt hierbij vervangen door een co-productief proces met de uitvoering. Hierdoor wordt de afstand tussen ontwerp, uitvoering en burger verminderd.
- Door gevestigde gesprekspartners voor beleid uit de wetenschap, middenveld en uitvoering aan te vullen met actieve burgers en innovatoren van buitenaf worden nieuwe ideeën ingebracht, die de wetenschappelijke onderbouwing van beleid aanvullen met andersoortige inzichten. Deze kunnen mogelijk tegenwicht bieden aan belangen- of domeinstrijd. Bovendien worden, soms technisch-bureaucratische, uitvoeringsorganisaties directer gekoppeld aan politieke en publieke waarden, opgaven en prioriteiten.
- Door praktische uitvoeringsnetwerken cyclisch te koppelen aan interdepartementale beleidsontwerpnetwerken wordt meer en sneller zicht verkregen op voorwaarden voor implementatie en uitvoering; wordt de implementatiebereidheid in het veld bevorderd; en wordt het mogelijk om sneller te anticiperen of reageren op relevante veranderingen in de omgeving.

Het **co-productieve proces** zoals geschetst in bovenstaand kader wordt in de evaluatie van AiG bij een deel van de initiatiefnetwerken aangetroffen en kan nog verder worden uitgebouwd en versterkt. Onder de noemer van een 'new public health governance' biedt AiG als schakelpunt tussen verschillende sectoren, en tussen beleid en uitvoering, een goede voedingsbodem om bij te dragen aan de versterking van het preventiebeleid en gezondheidsbevordering en deze veel dichterbij de leefwereld van burgers te brengen. AiG biedt dan een kanalenstelsel waarlangs beleidsmakers signalen over wat werkt in de uitvoeringspraktijk en wat niet, sneller kunnen verwerken in beleidsaanpassingen, terwijl bewoners en andere groepen mensen door AiG worden gestimuleerd om zelf vorm te geven aan hun directe, gezonde omgeving.

Literatuurreferenties per deelstudie

Kwalitatieve procesevaluatie

- Addy NA et al. (2014). Whole-of-Society Approach for Public Health Policymaking: A Case Study of Polycentric Governance from Quebec, Canada. *Ann N Y Acad Sci.*, 1331: 216–229.
- Aligica PD, Tarko V. Polycentricity: From Polanyi to Ostrom, and Beyond. *Governance*. 2012;25(2):237–62.
- Amri M, Chatur A, O'Campo P. An umbrella review of intersectoral and multisectoral approaches to health policy. *Soc Sci Med*. 2022 Dec 1;315.
- Andersson Elffers Felix (2013). Borging van de Publieke Gezondheid En de Positie van de GGD [Public Health and GGD Position]. Utrecht, Andersson Elffers Felix (<https://repub.eur.nl/pub/10813>, last accessed 28 January 2017).
- Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice. *J. Public Adm. Res. Theory* 2007;18:543.
- Ansell C, Gash A. Collaborative platforms as a governance strategy. *J. Public Adm. Res. Theory* 2018;28:16–32.
- Bekker M, Putters K (2003). Sturing van Lokaal Gezondheidsbeleid: De Verknoping van Gescheiden Netwerken. In Bekkers V et al. eds., *Handboek Voor de Sociale Sector*, 9–10 (<https://repub.eur.nl/pub/10813>, last accessed 27 January 2017).
- Bekker M et al. (2010). Linking Research and Policy in Dutch Healthcare: Infrastructure, Innovations and Impacts. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 6(2):237–253. doi:10.1332/174426410X502464.
- Brandsen T, Pape U (2015). The Netherlands: The Paradox of Government–Nonprofit Partnerships. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 26(6):2267–2282. doi:10.1007/s11266-015-9646-3.
- Bryden A et al. (2013). Voluntary Agreements between Government and Business – a Scoping Review of the Literature with Specific Reference to the Public Health Responsibility Deal. *Health Policy*, 110(2–3):186–197.
- Carroll AB (1991). The Pyramid of Corporate Social Responsibility: Toward the Moral Management of Organizational Stakeholders. *Business Horizons*, 34(4):39–48. doi:10.1016/0007-6813(91)90005-G.
- Christensen T, Laegreid P. The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. *Public Adm Rev* [Internet]. 2007;67(6):1059–66. Available from: <http://www.jstor.org/stable/4624667>
- Department of Health. The Public Health Responsibility Deal. [Internet]. London, 2011. Available from: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20180201175857>
- Dubé L et al. (2014). From Policy Coherence to 21st Century Convergence: A Whole-of-Society Paradigm of Human and Economic Development. *Ann N Y Acad Sci.*, 1331:201–215.
- Durand MA, Petticrew M, Goulding L, et al. An evaluation of the Public Health Responsibility Deal: informants' experiences and views of the development, implementation and achievements of a initiatief-based, public-private partnership to improve population health in England. *Health Policy* 2015;119:1506–14.
- George AL, Bennett A. Case Studies and Theory Development in the Social Sciences. [Internet]. Cambridge : MIT Press, 2005. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/94e9/eec015c650880356853533c4dc9b2dac42bb.pdf>
- Glandon D, Mondal S, Okeyo I, Zaidi S, Khan MS, Dar O, et al. Methodological gaps and opportunities for studying multisectoral collaboration for health in low- and middle-income countries. In: *Health Policy and Planning*. Oxford University Press; 2019. p. 117–17.
- Greer SL, Bekker MPM, Azzopardi-Muscat N, McKee M. Political analysis in public health: Middle-range concepts to make sense of the politics of health. Vol. 28, *European Journal of Public Health*. Oxford University Press; 2018. p. 3–6.

-
- Hall PA. Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policy Making in Britain. . *Comp Polit.* 1993;25:275–96.
 - Hedström P, Ylikoski P. Causal mechanisms in the social sciences. *Annu Rev Sociol.* 2010;36:49–67.
 - Helderma JK (2007). Bringing the Market Back In? Institutional Complementarity and Hierarchy in Dutch Housing and Health Care [PhD thesis]. Rotterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam.
 - Hemerijck AC (1992). The historical contingencies of Dutch corporatism. PhD dissertation, Oxford, Oxford, University (Balliol College).
 - Huber M et al. (2011). How Should We Define Health? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343:d4163. doi:10.1136/bmj.d4163.
 - Kickbusch I, Gleicher D. Governance for Health in the 21st Century. WHO. Copenhagen, 2012.
 - Kruiter J, Schilder J, van Teunenbroek M. Annual monitor report All about Health. . . 2017. Utrecht: Sardes, 2018.
 - Levi-Faur D. From “Big government” to “Big governance”? In: Levi-Faur D, editor. *The Oxford Handbook of Governance*. Oxford: Oxford University Press, 2012; 3–18.
 - Lijphart A. Consociational democracy. *World Polit.* 1969;21:207–25.
 - Mackenbach JP (2003). Sociale geneeskunde en ‘public health’: historische kanttekeningen bij de Nederlandse situatie. *TSG*, 91(3):450–458.
 - March J, Olsen J. *Rediscovering Institutions the Organizational Basis of Politics*. New York: The Free Press, 1989.
 - Mayntz R, Scharpf JW. *Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung*. Frankfurt: Campus Verlag, 1995.
 - Mil et al. (2013). Externe Audit Green Deal Aanpak. The Hague, National Government of the Netherlands.
 - Miller W. *The Comparative Method*. Berkeley: University of California, 1987;7:454.
 - Ministry of Economic Affairs, Agriculture & Innovation (2012). Voortgangsrapportage Green Deals 2012. The Hague, Ministry of Economic Affairs, Agriculture & Innovation, letter from the Minister.
 - Ministry of Health, Welfare and Sport et al. (2013). Het Nationale Preventie Programma “Alles Is Gezondheid” 2014–2016. Kamerstuk 2013D40425. Den Haag, Tweede Kamer der Staten-Generaal.
 - Ministry of Health, Welfare and Sport (2016). Letter from the MoH to Parliament, 3 November 2016, on the Extension of the National Prevention Programme ‘All about Health...’. The Hague: Tweede Kamer der Staten-Generaal (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/11/03/kamerbriefover-vervolg-nationaal-programma-preventie-en-alles-is-gezondheid>)
 - MVO Nederland (2013). Geïntegreerd Jaarverslag 2012. Utrecht, MVO Nederland.
 - National Institute for Public Health and the Environment (2017). Voortgangsmonitoring [Progress Monitoring]. In National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Drie Jaar “Alles is Gezondheid”, Amersfoort.
 - Ortenzi F, Marten R, Valentine NB, Kwamie A, Rasanathan K. Whole of government and whole of society approaches: call for further research to improve population health and health equity. Vol. 7, *BMJ Global Health*. BMJ Publishing Group; 2022.
 - Osborne SP. The new public governance? *Public Manage. Rev.* 2006;8:377–87.
 - Osborne S. Introduction: the (new) public governance: a suitable case for treatment? In: Osborne SP, editor. *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. London/New York: Routledge, 2010; 1–16.
 - Ostrom E. A behavioral approach to the rational choice theory of collective action: presidential address. *Am Polit Sci Rev* 1998;92:1–22.
 - Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation*. Pawson R, Tilley N, editors. London: Sage; 1997.
 - Petticrew M et al. (2013). The Public Health Responsibility Deal: How Should Such a Complex Public Health Policy Be Evaluated? *J Pub Health*, 35(4): 495–501.

- Programme Office All About Health. Annual Report All About Health 2017. [Internet]. Amersfoort, 2018. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/jaarverslagen/2018/03/01/jaarverslag-alles-is-gezondheid-2017>
- Rhodes RAW. Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability. Philadelphia: Open University Press, 1997.
- Sabel CF (1993). Learning by Monitoring. The Institutions of Economic Development. New York, Columbia University School of Law, Working paper 102.
- Termeer CJAM, Metze TAP. More than peanuts: Transformation towards a circular economy through a small-wins governance framework. J Clean Prod. 2019 Dec 10;240.
- Termeer CJAM, Dewulf A. A small wins framework to overcome the evaluation paradox of governing wicked problems. Policy Soc. 2019 Apr 3;38(2):298–314.
- Termeer CJAM, Dewulf A, Biesbroek GR. Transformational change: governance interventions for climate change adaptation from a continuous change perspective. Vol. 60, Journal of Environmental Planning and Management. Routledge; 2017. p. 558–76.
- Thelen K. Historical institutionalism in comparative politics. Annu. Rev. Polit. Sci. 1999; Vol. 2(1):369–404.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2012). Motie van de Leden Dijkstra En Bruins Slot. 33400 XVI 69. Vergaderjaar 2012–2013. Adoption of the budget of the Ministry of Health, Welfare and Sport (XVI) for the year 2013]. The Hague.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2014). Lijst van Vragen En Antwoorden Bij Het Nationaal Preventie Programma. Kamerstuk 2014D01858. The Hague.
- UK Parliament, House of Lords, Grand Committee. Health: Public Health Responsibility Deal. Vol. 746. Question for Short Debate, 2013. UK Parliament: Hansard, 2013. Available from: <https://hansard.parliament.uk/Lords/2013-06-27/debates/13062764000170/HealthPublicHealthResponsibilityDeal>
- Weick KE. Small wins: Redefining the scale of social problems. American Psychologist. 1984;39(1).
- WHO and Government of South Australia. Adelaide Statement on Health in All Policies. [Internet]. 2010. Available from: http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final

Scoping review Kwantitatieve Health Impact Assessment

- Arksey, H., O'Malley, L., 2005. Scoping studies: towards a methodological framework. Int. J. Soc. Res. Methodol. 8 (1), 19–32.
- Bakker, B.F., Van Rooijen, J., Van Toor, L., 2014. The system of social statistical datasets of statistics Netherlands: an integral approach to the production of register-based social statistics. Stat. J. IAOS 30 (4), 411–424.
- Bhatia, R., Seto, E., 2011. Quantitative estimation in health impact assessment: opportunities and challenges. Environ. Impact Assess. Rev. 31 (3), 301–309.
- Bhatia, R., Farhang, L., Heller, J., Lee, M., Orenstein, M., Richardson, M., Wernham, A., 2014. Minimum Elements and Practice Standards for Health Impact Assessment. North American HIA Practice Standards Working Group, San Francisco.
- Birley, M., 2013. Health Impact Assessment: Principles and Practice: Routledge. Bobbitt-Cooke, M., 2005. Energizing community health improvement: the promise of microgrants. Prev. Chronic Dis. 2 (Spec No).
- Bryden, A., Petticrew, M., Mays, N., Eastmure, E., Knai, C., 2013. Voluntary agreements between government and business—a scoping review of the literature with specific reference to the public health responsibility deal. Health Policy 110 (2–3), 186–197.
- Case, G., Bertolli, T., Bodington, J., Choy, T., Nero, A., 1977. Health Effects and Related Standards for Fossil-Fuel and Geothermal Power Plants.
- Dahlgren, G., Whitehead, M., 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Institute for future studies, Stockholm.

-
- Fehr, R., Mekel, O.C.L., Hurley, J.F., Mackenbach, J.P., 2016. Health impact assessment - a survey on quantifying tools. *Environ. Impact Assess. Rev.* 57, 178–186. <https://doi.org/10.1016/j.eiar.2016.01.001>.
 - Greer, S.L., Wismar, M., Kosinska, M., 2017. What is civil society and what can it do for health? *Civil Soc. Health* 1.
 - Hamilton, L., Manne, A., 1978. Health and economic costs of alternative energy sources. *IAEA Bull.* 20 (4), 44–58.
 - Harrison, R.L., 2010. Introduction to Monte Carlo Simulation (Paper presented at the AIP conference proceedings).
 - Harris-Roxas, B., Harris, E., 2011. Differing forms, differing purposes: a typology of health impact assessment. *Environ. Impact Assess. Rev.* 31 (4), 396–403.
 - Homer, J.B., Hirsch, G.B., 2006. System dynamics modeling for public health: background and opportunities. *Am. J. Public Health* 96 (3), 452–458.
 - International Association for Impact Assessment, 2020. Health Impact Assessment. Retrieved 5 September 2020 from. <https://www.iaia.org/wiki-details.php?ID=14>.
 - Kemm, J., 2006. Health Impact Assessment and Health in all Policies. *Health in All Policies: Prospects and Potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, pp. 189–208.
 - Kemm, J., 2013. *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. Oxford University Press, Oxford.
 - Levac, D., Colquhoun, H., O'Brien, K.K., 2010. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement. Sci.* 5 (1), 69.
 - Lhachimi, S.K., Nusselder, W.J., Boshuizen, H.C., Mackenbach, J.P., 2010. Standard tool for quantification in health impact assessment: a review. *Am. J. Prev. Med.* 38 (1), 78–84.
 - Lorgelly, P.K., Lawson, K.D., Fenwick, E.A., Briggs, A.H., 2010. Outcome measurement in economic evaluations of public health interventions: a role for the capability approach? *Int. J. Environ. Res. Public Health* 7 (5), 2274–2289.
 - M361, 2020. 'A Propos. Retrieved 24 September 2020 from. <https://m361.ca/a-propos/>.
 - Manuel, D., Ho, T., Harper, S., Anderson, G., Lynch, J., Rosella, L., 2014. Modelling preventive effectiveness to estimate the equity tipping point: at what coverage can individual preventive interventions reduce socioeconomic disparities in diabetes risk? *Chronic Dis. Injuries Canada* 34 (2–3).
 - Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann. Intern. Med.* 151 (4), 264–269.
 - O'Connell, E., Hurley, F., 2009. A review of the strengths and weaknesses of quantitative methods used in health impact assessment. *Public Health* 123 (4), 306–310. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.02.008>.
 - O'Mullane, M., Harris-Roxas, B., 2015. Health impact assessment. *J. Environ. Assess. Policy Manag.* 17 (01), 1550005.
 - Parry, J.M., Kemm, J.R., 2005. Criteria for use in the evaluation of health impact assessments. *Public Health* 119 (12), 1122–1129.
 - Peters, M.D., Godfrey, C.M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., Soares, C.B., 2015. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int. J. Evidence-Based Healthc.* 13 (3), 141–146.
 - Rose, G., 2001. Sick individuals and sick populations. *Int. J. Epidemiol.* 30 (3), 427–432. <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427>.
 - Rosen, J., O'Neill, M., Hutson, M., 2018. The important role of government in comprehensive community initiatives: a case study analysis of the building healthy communities initiative. *J. Plan. Educ. Res.* 0739456X18814296.
 - Rouwette, E.A., Vennix, J.A., 2006. System dynamics and organizational interventions. *Syst. Res. Behav. Sci.* 23 (4), 451–466.
 - Scott-Samuel, A., 1998. Health impact assessment—theory into practice. *J. Epidemiol. Community Health* 52 (11), 704.

- Statistics Canada, 2020. National Population Health Survey. Retrieved 27 september 2020 from. <https://www.statcan.gc.ca/eng/survey/household/3225>.
- Sterman, J.D., 2001. System dynamics modeling: tools for learning in a complex world. Calif. Manag. Rev. 43 (4), 8–25.
- Tolver, A., 2016. An Introduction to Markov Chains. University of Copenhagen. US Census Bureau, 2020. Population. Retrieved 27 September 2020 from. <https://www.census.gov/topics/population.html>.
- Veerman, J.L., 2007. Quantitative Health Impact Assessment: An Exploration of Methods and Validity. University Medical Center Rotterdam, Erasmus MC.
- Veerman, J.L., Barendregt, J., Mackenbach, J.P., 2005. Quantitative health impact assessment: current practice and future directions. J. Epidemiol. Community Health 59 (5), 361–370.
- Veerman, J.L., Sacks, G., Antonopoulos, N., Martin, J., 2016. The impact of a tax on sugar-sweetened beverages on health and health care costs: a modelling study. PLoS One 11 (4), e0151460.
- Wilkinson, R.G., Marmot, M., 2003. Social Determinants of Health: The Solid Facts. World Health Organization.
- World Health Organization, 1999. Health Impact Assessment. Main Concepts and Suggested Approach.[Gothenburg consensus paper]. WHO European Centre for Health Policy.
- World Health Organization and the Government of South Australia, 2010. The Adelaide Statement on Health in all Policies: Moving towards a Shared Governance for Health and Well-Being. Oxford University Press

Group Model Building voor kwalitatief model armoede, schulden en gezondheid

- Ratcliff KS. The social determinants of health: looking upstream: John Wiley & Sons; 2017.
- Hood CM, Gennuso KP, Swain GR, Catlin BB. County health rankings: relationships between determinant factors and health outcomes. Am J Prev Med. 2016;50(2):129–35.
- World Health Organization. Social determinants of health. <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>. Accessed 12 Jul 2021.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe: Institute for Futures Studies; 1991.
- Spencer N. The social determinants of child health. Paediatr Child Health. 2018;28(3):138–43.
- Fink DS, Keyes KM, Cerdá M. Social determinants of population health: a systems sciences approach. Curr Epidemiol Rep. 2016;3(1):98–105.
- Rittel HW, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. Policy Sci. 1973;4(2):155–69.
- Head BW. Wicked problems in public policy. Public Policy. 2008;3(2):101–18.
- Apostolopoulos Y, Lemke MK, Barry AE, Lich KH. Moving alcohol prevention research forward—part II: new directions grounded in community-based system dynamics modeling. Addiction. 2018;113(2):363–71.
- Lich KH, Urban JB, Frerichs L, Dave G. Extending systems thinking in planning and evaluation using group concept mapping and system dynamics to tackle complex problems. Eval Program Plan. 2017;60:254–64.
- Macmillan A, Connor J, Witten K, Kearns R, Rees D, Woodward A. The societal costs and benefits of commuter bicycling: simulating the effects of specific policies using system dynamics modeling. Environ Health Perspect. 2014;122(4):335–44.
- 13. Mahamoud A, Roche B, Homer J. Modelling the social determinants of health and simulating short-term and long-term intervention impacts for the city of Toronto, Canada. Soc Sci Med. 2013;93:247–55.
- 14. McClure RJ, Adiazola-Steil C, Mulvihill C, Fitzharris M, Salmon P, Bonnington CP, et al. Simulating the dynamic effect of land use and transport policies on the health of populations. Am J Public Health. 2015;105(5):S223–S9.
- 15. Urwannachotima N, Hanvoravongchai P, Ansah JP, Prasertsom P, Koh VRY. Impact of sugar-sweetened beverage tax on dental caries: a simulation analysis. BMC Oral Health. 2020;20(1):1–12.
- 16. Luijben G, den Hertog F, van der Lucht F. Armoede, chronische stress en gezondheid in de gemeente Den Haag: Een verkenning op basis van group model building: RIVM; 2019.

-
- 17. Siokou C, Morgan R, Shiell A. Group model building: a participatory approach to understanding and acting on systems. *Public Health Res Pract.* 2014;25(1):e2511404.
 - 18. Forrester JW. Policies, decisions and information sources for modeling. *Eur J Oper Res.* 1992;59(1):42–63.
 - 19. Vennix JA. Group model building. Chichester: John Wiley & Sons; 1996.
 - 20. Vennix JA. Group model-building: tackling messy problems. *Syst Dyn Rev.* 1999;15(4):379–401.
 - 21. Ritsatakis A, Barnes R, Douglas M, Scott-Samuel A. Health impact assessment: an approach to promote intersectoral policies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Bakker M, Mackenbach JP, editors. *Reducing Inequalities in Health: Routledge*; 2003. p. 309–21.
 - 22. Kannan VD, Veazie PJ. Predictors of avoiding medical care and reasons for avoidance behavior. *Med Care.* 2014;52:336–45.
 - 23. Aue K, Roosen J, Jensen HH. Poverty dynamics in Germany: evidence on the relationship between persistent poverty and health behavior. *Soc Sci Med.* 2016;153:62–70.
 - 24. Mullie P, Clarys P, Hulens M, Vansant G. Dietary patterns and socioeconomic position. *Eur J Clin Nutr.* 2010;64(3):231–8.
 - 25. Krueger PM, Chang VW. Being poor and coping with stress: health behaviors and the risk of death. *Am J Public Health.* 2008;98(5):889–96.
 - 26. Mackenbach JP, Kunst AE. Evidence for strategies to reduce socioeconomic inequalities in health in Europe. In: Figueras J, McKee M, editors. *Health Systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health Systems: McGraw-Hill Education (UK)*; 2011. p. 153–74.
 - 27. Meyer BD, Mok WK. Disability, earnings, income and consumption. *J Public Econ.* 2019;171:51–69.
 - 28. Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, Van Doorslaer E. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health Econ.* 2008;17(12):1393–412.
 - 29. Ammons L. Demographic profile of health-care coverage in America in 1993. *J Natl Med Assoc.* 1997;89(11):737.
 - 30. Gemeente Utrecht. Utrecht in Cijfers: Bevolking. <https://utrecht.incijfers.nl/dashboard/dashboard2020/bevolking>. Accessed 24 Jun 2021.
 - 31. Gemeente Utrecht. Utrecht in Cijfers: Werk & inkomen. https://utrecht.incijfers.nl/jive?cat_open=werk%20%2Den%20%2Dinkomen. Accessed 6 Sep 2021.
 - 32. Rijksoverheid. Uitkeringsbedragen per 1 januari 2018. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2017/12/15/uitkeringsbedragen-per-1-januari-2018>. Accessed 10 Sep 2021.
 - 33. Rijksoverheid. Wat is het sociaal minimum en wat als mijn uitkering lager is? <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ww-uitkering/vraag-en-antwoord/wat-is-het-sociaal-minimum-en-wat-als-mijn-uitkering-lager-is-dan-dat-minimum>. Accessed 10 Sep 2021.
 - 34. Gemeente Utrecht. Utrecht Monitor: Armoede & schuldhulpverlening Utrecht. <https://www.utrechtmonitor.nl/economie-inkomen/werkinkomen/armoede-schuldhulpverlening>. Accessed 6 Jul 2021.
 - 35. Gemeente Utrecht, afdeling Onderzoek. Armoedemonitor 2017. <https://www.utrecht.nl/besturen-en-organisatie/publicaties/onderzoek-en-cijfers/onderzoek-over-utrecht/armoedemonitor>. Accessed 6 Jul 2021.
 - 36. Westhof F, De Ruig L, Kerckhaert A. Huishoudens in de rode cijfers 2015: Over schulden van Nederlandse huishoudens en preventiemogelijkheden. Zoetermeer: Panteia; 2015.
 - 37. Ventana Systems. Vensim Software. <https://www.vensim.com/vensimsoftware>. Accessed 17 May 2022.
 - 38. Luna-Reyes LF, Martinez-Moyano IJ, Pardo TA, Cresswell AM, Andersen DF, Richardson GP. Anatomy of a group model-building intervention: building dynamic theory from case study research. *Syst Dyn Rev.* 2006;22(4):291–320.
 - 39. Knol AB, Slottje P, van der Sluijs JP, Lebret E. The use of expert elicitation in environmental health impact assessment: a seven step procedure. *Environ Health.* 2010;9(1):1–16.

- 40. Drentea P. Age, debt and anxiety. *J Health Soc Behav.* 2000;41:437–50. 41. Beer C, Schürz M. Characteristics of household debt in Austria. *Monet Policy Econ.* 2007;2:58–79.
- 42. Schetter CD, Dolbier C. Resilience in the context of chronic stress and health in adults. *Soc Personal Psychol Compass.* 2011;5(9):634–52.
- 43. Franklin TB, Saab BJ, Mansuy IM. Neural mechanisms of stress resilience and vulnerability. *Neuron.* 2012;75(5):747–61.
- 44. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy: McGraw-hill education (UK); 2012.
- 45. Meadows DH. Leverage points: places to intervene in a system. 1999. [https:// donel lamea dows. org/ archi ves/ lever age-points-places-to-intervene-in-a-system](https://donelameadows.org/archives/leverage-points-places-to-intervene-in-a-system). Accessed 8 Mar 2022.
- 46. Durie R, Wyatt K. Connecting communities and complexity: a case study in creating the conditions for transformational change. *Crit Public Health.* 2013;23(2):174–87.
- 47. Barrotta P, Montuschi E. Expertise, relevance and types of knowledge. *Soc Epistemol.* 2018;32(6):387–96.
- 48. Denzin NK. The research act: a theoretical introduction to sociological methods: Routledge; 2017.
- 49. Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J, Diamond I, Gilmore I, Ham C, Meacher M, Mulgan G. Fair society, Healthy Lives: The Marmot Review. 2010. [https:// www. insti tuteo fheal thequ ity.org/ resou rces-repor ts/ fair-socie ty-healt hy-lives-the-marmot-review](https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review). Accessed on 7 Oct 2021.
- 50. Kelly M, Morgan A, Bonnefoy J, Butt J, Bergman V, Mackenbach J. The social determinants of health: developing an evidence base for political action: Final Report to World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health; 2007.
- 51. Schattschneider E. The Semisovereign people. New York: Rinehart; 1960. 52. Hall PA. Governing the economy: the politics of state intervention in Britain and France: Oxford University Press; 1986.
- 53. Krieger N. Health equity and the fallacy of treating causes of population health as if they sum to 100%. *Am J Public Health.* 2017;107(4):541–9.
- 54. Martens MP, Haase RF. Advanced applications of structural equation modeling in counseling psychology research. *Counsel Psychol.* 2006;34(6):878–911.
- 55. Orth U, Clark DA, Donnellan MB, Robins RW. Testing prospective effects in longitudinal research: comparing seven competing cross-lagged models. *J Pers Soc Psychol.* 2021;120(4):1013.
- 56. Box GE. Robustness in the strategy of scientific model building. In: Launer RL, Wilkinson GN, editors. Robustness in statistics: Academic Press (NY); 1979. p. 201–36.

Kwantitatieve modellering

- Antonakis J, Bendahan S, Jacquart P, Lalive R. Causality and endogeneity: Problems and solutions. The Oxford handbook of leadership and organizations 2014, 1:93-117.
- CBS. (2022). *Catalogus microdata*. Geraadpleegd op 5 juli 2022. URL: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/maatwerk-en-microdata/microdata-zelf-onderzoek-doen/catalogus-microdata>.
- Centerdata. (2022). *LISS panel*. Geraadpleegd op 5 juli 2022. URL: <https://www.centerdata.nl/en/liss-panel>.
- Orth, U., Clark, D. A., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2021). Testing prospective effects in longitudinal research: Comparing seven competing cross-lagged models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 120(4), 1013.
- Piantadosi, S., Byar, D. P., & Green, S. B. (1988). The ecological fallacy. *American journal of epidemiology*, 127(5), 893-904.
- Sedgwick, P. (2015). Understanding the ecological fallacy. *BMJ*, 351.
- Seth, A. (2007). Granger causality. *Scholarpedia*, 2(7), 1667. Geraadpleegd op 7 juli 2022. URL: http://var.scholarpedia.org/article/Granger_causality.
- Vennix, J. A. (1999). Group model-building: tackling messy problems. *System Dynamics Review: The Journal of the System Dynamics Society*, 15(4), 379-401.

-
- Williams MN, Grajales CAG, Kurkiewicz D. Assumptions of multiple regression: Correcting two misconceptions. *Practical Assessment, Research, and Evaluation* 2013, 18(1):11.
 - World Health Organization. Social determinants of health. <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>. Accessed 10 Jan 2023.
 - Ratcliff KS. *The social determinants of health: Looking upstream*: John Wiley & Sons; 2017.
 - Hood CM, Gennuso KP, Swain GR, Catlin BB. County health rankings: relationships between determinant factors and health outcomes. *American journal of preventive medicine* 2016, 50(2):129-135.
 - Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J, Diamond I, Gilmore I, Ham C, Meacher M et al. *Fair Society, Healthy Lives*. In: *Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. 2010.
 - Pearl J, Mackenzie D. *The Book of Why: The New Science of Cause and Effect*: Basic books; 2018.
 - Popper K. *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*: Routledge; 1962.
 - Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. 1991.
 - Rittel HW, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy sciences* 1973, 4(2):155-169.
 - Antonakis J, Bendahan S, Jacquart P, Lalive R. *Causality and endogeneity: Problems and solutions*. The Oxford handbook of leadership and organizations 2014, 1:93-117.
 - Williams MN, Grajales CAG, Kurkiewicz D. Assumptions of multiple regression: Correcting two misconceptions. *Practical Assessment, Research, and Evaluation* 2013, 18(1):11.
 - Martens MP, Haase RF. Advanced applications of structural equation modeling in counseling psychology research. *The Counseling Psychologist* 2006, 34(6):878-911.
 - Uleman JF, Melis RJ, Quax R, van der Zee EA, Thijssen D, Dresler M, van de Rest O, van der Velpen IF, Adams HH, Schmand B. Mapping the multicausality of Alzheimer's disease through group model building. *GeroScience* 2021, 43(2):829-843.
 - Singh GK, Daus GP, Allender M, Ramey CT, Martin EK, Perry C, Andrew A, Vedamuthu IP. Social determinants of health in the United States: addressing major health inequality trends for the nation, 1935-2016. *International Journal of MCH and AIDS* 2017, 6(2):139.
 - Collins SD. *Economic status and health: A review and study of the relevant morbidity and mortality data*. 1924.
 - Reumers LM, Bekker MP, Jansen MW, Hilderink HB, Helderma J-K, Ruwaard D. Quantitative health impact assessment methodology for societal initiatives: A scoping review. *Environmental Impact Assessment Review* 2021, 86:106509.
 - Centerdata. LISS panel. <https://www.centerdata.nl/en/liss-panel>. Accessed 12 Dec 2022.
 - Centerdata. About the panel. <https://www.lissdata.nl/about-panel>. Accessed 12 Dec 2022.
 - CBS. Bevolkingsstatistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/onzediensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksbeschrijvingen/bevolkingsstatistiek>. Accessed 14 Dec 2022.
 - Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, Ware JE, Barsky AJ, Weinstein MC. Performance of a Five-Item Mental Health Screening Test. *Medical Care* 1991, 29(2):169-176.
 - Kline RB. *Beyond significance testing: statistics reform in the behavioral sciences*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2013.
 - Mackinnon S, Curtis R, O'Connor R. A Tutorial in longitudinal measurement invariance and cross-lagged panel models Using lavaan. *Meta-Psychology* 2022, 6.
 - Rand corporation. 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36). https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html. Accessed 9 Nov 2022.
 - CBS. Inhatab: Inkomen van huishoudens. <https://www.cbs.nl/nl-nl/onzediensten/maatwerk-en-microdata/microdata-zelf-onderzoek-doen/microdatabestanden/inhatab-inkomen-van-huishoudens>. Accessed 3 Dec 2022.

- Orth U, Clark DA, Donnellan MB, Robins RW. Testing prospective effects in longitudinal research: Comparing seven competing cross-lagged models. *Journal of Personality and Social Psychology* 2021, 120(4):1013.
- Enders CK, Bandalos DL. The relative performance of full information maximum likelihood estimation for missing data in structural equation models. *Structural equation modeling* 2001, 8(3):430-457.
- Rosseel, Y. lavaan tutorial. <https://lavaan.ugent.be/tutorial/cat.html>. Accessed 20 Apr 2023.
- Seth A. Granger causality. *Scholarpedia* 2007, 2(7):1667.

Internationale vergelijking whole of society programma's

- Addy, N., Poirier, A., Blouin, C., Drager, N., & Dubé, L. (2014). Whole-of-society approach for public health policymaking: a case study of polycentric governance from Quebec, Canada. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1331, 216-29.
- Bobbitt-Cooke M. (2005). Energizing community health improvement: the promise of microgrants. *Preventing Chronic Disease*, 2. Geraadpleegd via https://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/nov/05_0064.htm
- De Leeuw, E., Tsouros, A.D., Dyakova, M. & Green, G. (2014). Healthy cities. Promoting health and equity – evidence for local policy and practice. Summary evaluation of Phase V of the WHO European
- Hartwig, K. A., Bobbitt-Cooke, M., Zaharek, M. M., Nappi, S., Wykoff, R. F. & Katz, D. L. (2006). The Value of Microgrants for Community-based Health Promotion. *Journal of Public Health Management and Practice*, 12(1), 90–96.
- Healthy Cities Network. WHO Regional Office for Europe. Geraadpleegd via <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/healthy-cities.-promoting-health-and-equity-evidence-for-local-policy-and-practice.-summary-evaluation-of-phase-v-of-the-who-european-healthy-cities-network>
- De Leeuw, E., Kickbusch, I., Palmer, N. & Spanswick, L. (2015). European Healthy Cities come to terms with health network governance. *Health Promotion International*, 30, 32–44.
- Ito, J., Pastor, M., Lin, M., & Lopez, M. (2018). A Pivot to Power: Lessons from The California Endowment's Building Healthy Communities about Place, Health, and Philanthropy. Los Angeles: USC Program for Environmental and Regional Equity. Geraadpleegd via <https://mayhlin.com/pubs/a-pivot-to-power-lessons-from-the-california-endowments-building-healthy-communities-about-place-health-and-philanthropy/>
- Johnson, H. H., Bobbitt-Cooke, M., Schwarz, M., & White, D. (2006). Creative partnerships for community health improvement: a qualitative evaluation of the Healthy Carolinians Community Micro-Grant Project. *Health promotion practice*, 7(2), 162-169.
- Lipp, A., Winters, T. & de Leeuw, E. (2012). Evaluation of Partnership Working in Cities in Phase IV of the WHO Healthy Cities Network. *Journal of Urban Health*, 90 (Suppl 1), 37-51.
- Prevention Institute. (2015). Community Safety: A Building Block for Healthy Communities. Geraadpleegd op 14-12-2019, via <https://www.calendow.org/places/>
- The California Endowment. (2016). A new power grid: Building Healthy Communities at year 5. Geraadpleegd via <https://www.calendow.org/places/>
- The California Endowment. (z.d.). Building Healthy Communities. Geraadpleegd op 12-11-2019, via <https://www.calendow.org/building-healthy-communities/#cm-modal>
- World Health Organisation. (z.d.). Types of Healthy Settings: Healthy Cities. Geraadpleegd op 16-11-2019, via https://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/
- WHO Regional Office for Europe. (2019). Implementation framework for Phase VII (2019–2024) of the WHO European Healthy Cities Network: goals, requirements and strategic approaches. Geraadpleegd via <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/key-publications>
- WHO Regional Office for Europe. (2018). Copenhagen Consensus of Mayors. Healthier and happier cities for all. Geraadpleegd op 16-11-2019, via <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and->

[health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/policy/copenhagen-consensus-of-mayors.-healthier-and-happier-cities-for-all-2018](http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/policy/copenhagen-consensus-of-mayors.-healthier-and-happier-cities-for-all-2018)

- WHO Regional Office for Europe. (z.d.). WHO European Healthy Cities Network. Geraadpleegd op 16-11-2019, via <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network>

Wetenschappelijke evaluatie indicatoren

- Bolam, B., Mclean, C., Pennington, A., & Gillies, P. (2006). Using new media to build social capital for health: a qualitative process evaluation study of participation in the CityNet project. *Journal of health psychology*, 11(2), 297-308.
- Cheadle, A., Hsu, C., Schwartz, P. M., Pearson, D., Greenwald, H. P., Beery, W. L., ... & Casey, M. C. (2008). Involving local health departments in community health partnerships: evaluation results from the partnership for the public's health initiative. *Journal of Urban Health*, 85(2), 162-177.
- Donaldson, S. I., & Gooler, L. E. (2003). Theory-driven evaluation in action: Lessons from a \$20 million statewide work and health initiative. *Evaluation and Program Planning*, 26(4), 355-366.
- Fawcett, S. B., Paine-Andrews, A., Francisco, V. T., Schultz, J., Richter, K. P., Berkley-Patton, J., ... & Williams, E. L. (2001). Evaluating community initiatives for health and development. WHO Regional Publications European Series, 241-270.
- Henderson, F., Steiner, A., Mazzei, M., & Docherty, C. (2019). Social enterprises' impact on older people's health and wellbeing: exploring Scottish experiences. *Health Promotion International*, 1-11.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annual review of public health*, 19(1), 173-202.
- Johnson, H. H., Bobbitt-Cooke, M., Schwarz, M., & White, D. (2006). Creative partnerships for community health improvement: a qualitative evaluation of the Healthy Carolinians Community Micro-Grant Project. *Health promotion practice*, 7(2), 162-169.
- Kegler, M. C., Twiss, J. M., & Look, V. (2000). Assessing community change at multiple levels: the genesis of an evaluation framework for the California Healthy Cities Project. *Health Education & Behavior*, 27(6), 760-779.
- Koelen, M. A., Vaandrager, L., & Wagemakers, A. (2012). The healthy alliances (HALL) framework: prerequisites for success. *Family practice*, 29(suppl_1), 132-138.
- Lantz, P. M., Viruell-Fuentes, E., Israel, B. A., Softley, D., & Guzman, R. (2001). Can communities and academia work together on public health research? Evaluation results from a community-based participatory research partnership in Detroit. *Journal of Urban Health*, 78(3), 495-507.
- Poland, B. D. (1996). Knowledge development and evaluation in, of and for Healthy Community initiatives. Part I: guiding principles. *Health Promotion International*, 11(3), 237-247.
- Rice, M., & Franceschini, M. C. (2007). Lessons learned from the application of a participatory evaluation methodology to healthy municipalities, cities and communities initiatives in selected countries of the Americas. *Promotion & education*, 14(2), 68-73.

Evaluatiemethoden en indicatoren uit de grijze Nederlandstalige literatuur

- Aalbers, T. (z.d.). Verspreiding en borging van een gegamificeerde online leefstijl interventie door de Gelderse Betaald Voetbal Organisaties. Geraadpleegd van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gezondheidsbescherming/programmas/project-detail/preventieprogramma-5/verspreiding-en-borging-van-een-gegamificeerde-online-leefstijl-interventie-door-de-gelderse-betaald/>
- Bakker, I., Renders, C., Seidell, J., & Schuit, J., (2017). Twelve years Zwolle Healthy City; explaining and strengthening the keys to success in policy and practice with focus on target group participation.

- Beek, A.J., van der. (z.d.). Duurzame inzetbaarheid in de bouw. Geraadpleegd van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gezondheidsbescherming/programmas/project-detail/preventieprogramma-5/duurzame-inzetbaarheid-in-de-bouw/>
- Bitter, N., Leemrijse, C., & Korevaar, J. (2019). Samenwerking tussen zorg-en welzijnsprofessionals binnen Krachtige basiszorg: Ervaringen uit Overvecht.
- Borys, J. M., Le Bodo, Y., Jebb, S. A., Seidell, J. C., Summerbell, C., Richard, D., ... & Raffin, S. (2012). EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development. *Obesity reviews*, 13(4), 299-315.
- Bückmann, E., Dorscheidt, E., Hes, M. (2017). Maatschappelijke kosten-batenanalyse beschut werk. Objectieve informatie over de meerwaarde van beschut werk.
- Dijkstra, S.C. (z.d.). Voedselwijs? Geraadpleegd van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gezondheidsbescherming/programmas/project-detail/preventieprogramma-5/voedselwijs/>
- Drewes, H. W., Heijink, R., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2014). Landelijke monitor populatiemanagement: Deel 1: beschrijving proeftuinen.
- Drewes, H. W., Heijink, R., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2015). Samen werken aan duurzame zorg: Landelijke monitor proeftuinen.
- Drewes, H. W., van Vooren, N. J. E., Steenkamer, B., Kemper, P. F., & Hendriks, R. J. (2018). Regio's in beweging naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem: Landelijke Monitor Proeftuinen—reflectie op 5 jaar proeftuinen.
- GGD Hollands Midden. (2017). Evaluatierapport pilot Welzijn op recept. Mors en Stevenshof.
- GGD Hollands Midden. (2017). Evaluatierapport pilot Welzijn op recept. Zoeterwoude.
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health*, 89(9), 1322-1327.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Heijink, R., Drewes, H. W., Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2014). Landelijke monitor populatiemanagement: Deel 2: ontwerprapport.
- Ketelaar, P., & Ploeg, M. (2019). Social Return on Investment Analyse Zelfzorg Ondersteund! Update 2018.
- Kroeze, W., Rongen, F., Eykelenboom, M., Heideman, W., Bolleers, C., Govers, E., & Steenhuis, I. (2018). A Process Evaluation of a Multi-Component Intervention in Dutch Dietetic Treatment to Improve Portion Control Behavior and Decrease Body Mass Index in Overweight and Obese Patients. *Nutrients*, 10(11), 1717.
- Kruithof, K., Suurmond, J., & Harting, J. (2017). Sociaal Werk en Gezondheid Kwalitatief Onderzoek Naar Netwerkinderventies Voor Kwetsbare Groepen.
- Leemrijse, C., Bakker, D. D., & Schoenmakers, T. (2016). Overvecht Gezond! Theoretische onderbouwing van de integrale aanpak 'krachtige basiszorg' in de Utrechtse wijk Overvecht.
- Lenthe, F.J., van. (z.d.). De kracht van sportevenementen. Geraadpleegd van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gezondheidsbescherming/programmas/project-detail/preventieprogramma-5/de-kracht-van-sportevenementen/>
- Martens, M., & Daalder, N. (2019). Voel je goed! Eindrapportage van een effect-en procesevaluatie.
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health*, 13(1), 658.
- Ouwens, M., Hulscher, M., Akkermans, R., Hermens, R., Grol, R., & Wollersheim, H. (2008). The Team Climate Inventory: application in hospital teams and methodological considerations. *Qual Saf Health Care*, 17(4), 275-280.
- Pawson, R. (2013). The Science of Evaluation: a Realist Manifesto. Londen: SAGE Publications Ltd.
- Raat, H., & Grieken, A. van. (z.d.) Evaluatie van de rol van de jeugdarts bij "M@ZL op het MBO", een interventie voor een integrale aanpak van ziekteverzuim op het MBO. Geraadpleegd van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gezondheidsbescherming/programmas/project->

[detail/preventieprogramma-5/evaluatie-van-de-rol-van-de-jeugdarts-bij-mzl-op-het-mbo-een-interventie-voor-een-integrale-aanp/](#)

- Renders, C.M. (z.d.). Alles is Gezondheid - in de schoolkantine. Implementatie en evaluatie van de Richtlijnen Gezondere Kantines op scholen. Geraadpleegd van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/gezondheidsbescherming/programmas/project-detail/preventieprogramma-5/alles-is-gezondheid-in-de-schoolkantineimplementatie-en-evaluatie-van-de-richtlijnen-gezondere/>
- Steen, M. van der, Scherpenisse, J., & M. van Twist (2015). Sedimentatie in sturing. Systeem brengen in netwerkend werken door meervoudig organiseren. Den Haag: NSOB.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13.
- Vegt, A.L. van der & Eck. P. van. (2018). Evaluatie Ouders & Onderwijs.
- Velderman, M. K., & Pannebakker, F. D. (2014). Dappere Dino's: interventieprogramma voor kinderen van 6-8 jaar van gescheiden ouders: Eindrapportage evaluatie Dappere Dino's versie 2.0.

Bijlage A. Publicaties

(Er zijn nog enkele publicaties in voorbereiding.)

1. Reumers, L., Bekker, M., Hilderink, H., Jansen, M., Helderma, J.K., Ruwaard, D. Qualitative modelling of social determinants of health using group model building: the case of debt, poverty, and health. *Int J Equity Health* 21, 72 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01676-7>.
2. Reumers, L. Quantifying SDOH using qualitative inputs and structural equation modeling. Poster EPH conference 2022.
3. Reumers L., Bekker MPM, Hilderink H, Jansen M, Helderma JK, & D. Ruwaard (2021). Quantitative Health Impact Assessment Methodology for Societal Initiatives: A Scoping Review. *Environmental Impact Assessment Review*. <https://doi.org/10.1016/j.eiar.2020.106509>
4. Schreurs F., MPM Bekker, JK Helderma, M Jansen, D Ruwaard (2019). Transformative governance for public health: A scoping review. *Eur J Pub Health* 29 Suppl 4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.706>.
5. Reumers LM, MPM Bekker, MWJ Jansen, HBM Hilderink, D Ruwaard (2019). Quantitative Health Impact Assessment Methodology for Societal Initiatives: A Scoping Review. *Eur J Pub Health* 29 Suppl 4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.301>
6. Bekker MPM, Nicholas Mays, Jan Kees Helderma, Mark Petticrew, Maria W.J. Jansen, Cecile Knai, Dirk Ruwaard (2018). Comparative institutional analysis for public health: governing voluntary collaborative agreements for public health in England and the Netherlands. *Eur J Pub Health* 28(3) Suppl, pp. 19-25. <https://doi-org.ezproxy.library.wur.nl/10.1093/eurpub/cky158>
7. Voorlopige hoofdpunten studie. Bijlage bij de brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal Vergaderjaar 2016-2017: 32 793 nr. 245. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/11/03/kamerbrief-over-vervolg-nationaal-programma-preventie-en-alles-is-gezondheid>
8. Gezonde netwerken in het Nationaal Programma Preventie, Alles is Gezondheid ... Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2016. 94 (4), 128-130. doi: 10.1007/s12508-016-0050-1. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12508-016-0050-1>
9. The conditions and contributions of 'Whole of Society' governance in the Dutch 'All about Health...' programme. Chp 10 in Greer et al (eds.). 2017. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/349526/Civil-society-web-back-cover-updated.pdf?ua=1
- 10.
11. Normatieve Toekomstverkenning Care Innovation Centre West-Brabant. (external report 2017). Maastricht: Maastricht University. <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/169124/169124pub.pdf?sequence=1>
12. Lessons from the Netherlands: Whole of Society governance in the 'All about Health...' program. *European Journal of Public Health*, Volume 27, Issue suppl_3, 1 November 2017, ckx187.579, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx187.579>.
13. Bekker, M.P.M., Greer, S.L., Wismar, M., Kosinska, M., (2017). Civil Society governance for health: lessons from network coordination for stronger health impacts. *Eur J Pub Health* Vol 27. https://academic.oup.com/eurpub/article/27/suppl_3/ckx187.574/4556540
14. Bekker, M.P.M., Helderma, J.K., Lecluijze, I., Jansen, M. & Ruwaard, D. (2016). Whole of Society governance: impressions from the Dutch National Prevention Program All about Health. EPH

-
- conference workshop Working with Society. European Journal of Public Health Vol. 26 Suppl.1.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw173.055>
15. Bekker M. (2016). Mobilising local knowledge through voluntary network governance. Abstract 3rd Fuse conference Newcastle: Evidence to impact in Public Health.
<http://www.fuse.ac.uk/media/sites/researchwebsites/fuse/Parallel%20Session%20I.pdf>
 16. Bekker, M.P.M. & Knai, C. (2015). Round table: Evaluating “Whole of Society” programs in public health. EPH 2015 Workshop European Journal of Public Health Vol. 25 Suppl.3.
https://eupha.org/repository/sections/phpp/Accepted_EPH_2015_Milan_workshop_Evaluating_WoS_programs_in_public_health.pdf
 17. Bekker, M.P.M., Helderma, J.K., Lecluijze, I., Jansen, M. & Ruwaard, D. (2015). The Dutch National Prevention Program ‘Everything is Health’: evaluating governance as a precondition to health impact. EPH 2015 workshop Evaluating Whole of Society approaches in public health. European Journal of Public Health Vol. 25 Suppl.3.
https://academic.oup.com/eurpub/article/25/suppl_3/ckv168.010/2577992
 18. Bekker M. (2015). Experimentalist public health governance : engaging new publics of health? Paper for workshop Puzzling Publics in 21st Century Public Health. Workshop at the Interpretive Policy Analysis conference Lille.
https://ipa2015.sciencesconf.org/conference/ipa2015/pages/P44_Bekker_et_al_Experimentalist_governance_in_NPP_20150701.pdf

Bijlage B. Kwalitatieve evaluatie Indicatoren

A. De 'kwalitatieve procesindicatoren' in het voorgaande onderzoek door UM en RU komen voort uit de bestuurskundige en beleidssociologische literatuur over adaptieve netwerken, governance van publiek-private partnerschappen, experimentele sturing en de rol van de overheid, aangevuld met empirische observaties in 'Alles is Gezondheid'. De indicatoren bestaan uit:

1. Mate en ontwikkelingsfase van lokale netwerkvorming over de domeinen heen:
 - aantal partners;
 - uit meer dan twee verschillende domeinen;
 - type en intensiteit van activiteiten en communicatie,
 - groei van verkennende naar ondernemende netwerken;
 - follow up en spin off
2. Mate en benutting van kennisuitwisseling tussen die domeinen:
 - genereert het nieuwe ideeën,
 - nieuwe kennis en
 - feedback voor verbetering
 - aanpassing, herziening of vervanging van activiteiten of partners
3. Ervaren verandering in bewustwording van de eigen invloed op gezondheid en preventie in de verschillende domeinen
4. Ervaren functioneren van de samenwerking binnen initiatieven:
 - mate van intrinsieke motivatie van partners,
 - groei van probleemoplossend vermogen,
 - gezamenlijke identiteit en gedeelde impliciete spelregels
5. Ervaren kwaliteit van coördinatie en netwerkmanagement op niveau van de initiatief, het regionetwerk, het Programmabureau, en de Rijksoverheid:
 - mate van ervaren tijd en ruimte voor ideeënvorming, netwerkvorming en innovatie,
 - vertrouwen (kwaliteit van relatiebeheer, terugkoppeling, 'proces hygiëne' (=betrouwbaar nakomen van afspraken) en conflictmanagement)
 - wederkerigheid (recht doen aan belangen, ambities, probleemoplossing)
6. Ontwikkeling in doelen, werkwijzen, omvang (leer- en adaptatiecyclus):
 - passende schaalgrootte,
 - actiegerichtheid,
 - direct contact met doelgroepen burgers
 - feedbackmechanismen,
 - transparante aanpassing en verbetering,

-
- opschaling ervaren belemmeringen naar verantwoordelijk instantie
7. Ervaren relatie tussen initiatieven, en wenselijke rol Rijksoverheid:
- zie ook onder 5. Daarnaast:
 - ambassadeursrol,
 - gelijkwaardigheid onder overheid en partners,
 - interdepartementale afstemming,
 - opvolging signalen door institutionele aanpassingen in procedures, structuren en regels
8. Ervaren return on investment:
- Investeren (materieel en immaterieel) en
 - opbrengsten (= eerder wederkerigheid dan doelmatigheid)
9. Borging: Ideeën en ervaringen in het veld over hoe blijvende verandering en effecten te realiseren;
- procesvoorwaarden tijd en ruimte, vertrouwen, wederkerigheid
 - procesmatig blijven toetsen voor draagvlakbehoud;
 - inspireren en kennis delen i.p.v. opschalen (=opleggen)
 - netwerkbelangen blijven toetsing aan publieke waarden en belangen (inclusie)
10. Verantwoording:
- combinatie en samenhang tussen kwantitatieve indicatoren en kwalitatieve gevalsbeschrijvingen en ervaringen;
 - horizontale verantwoording aan gelijkwaardige partners en publiek;
 - formatieve evaluatie gericht op aanpassing en verbetering
 - procesactiviteiten zoals reflectieve werkbezoeken, dialoogtafels, ervaringsleren (zelf laten doen of ondergaan)

Indicators found in researching internal documentation (Bouwens, 2019)

- | | |
|---|--|
| 1. Coherentie | 13. Community behoeftenonderzoek |
| 2. Databeschikbaarheid en toegang | 14. Facilitering, ondersteuning, coordinatie |
| 3. Toegang voor publiek | 15. Strategische planning |
| 4. adaptiviteit | 16. Probleemoplossing |
| 5. nut voor financiers | 17. Conflictbeheersing |
| 6. nut voor gemeenten, overheden | 18. Coalitievorming |
| 7. nut voor organisaties | 19. Empowerment en betrokkenheid |
| 8. nut voor burgers | 20. Burgerparticipatie |
| 9. Validiteit en betrouwbaarheid van aanpak | 21. Nieuwe beleid en programma's |
| 10. Bevorderende, belemmerende factoren | 22. Institutionaliseren, borging |
| 11. Activiteiten | 23. Nieuwe partnerschappen |
| 12. Voortgang van interventies | 24. Maatwerkindicatoren met situatiegebonden stakeholders. |

Bijlage C. Generieke topiclijsten semigestructureerde interviews

Case studies

1. Ontwerp inhoud gezondheidsinitiatief en concrete activiteiten
2. Strategieën en instrumenten om integrale actie te realiseren
3. Spelregels van het netwerk (verwachtingen, (ongeschreven) regels, criteria of vereisten)
4. Samenwerking, kennisdeling, coördinatie, kwaliteit van de relaties
5. Experimenteren en innoveren, improviseren en intuïtie
6. Implementatie
7. Bevorderende factoren, waar krijgt u energie van? Knelpunten, hoe gaat u daarmee om?
8. Opbrengsten en (tussen)uitkomsten.
9. Cruciale en doorslaggevende momenten en argumenten om zorgen, twijfels of onzekerheden bij partners weg te nemen voor de voortgang van het initiatief.
10. Monitoring en evaluatie: hoe en wat levert feedback op?
11. Rol en relatie met Alles is Gezondheid.
12. Voorwaarden voor structurele verankering in waardeoriëntatie ('belief system'), organisaties, beleid en bestuur (= transformatie).

Landelijke krachtenveldanalyse

Interne interviewronde

1. We hebben veel interesse in de ontwikkeling van jouw activiteiten, doelen, werkwijze(n) sinds je aan Alles is Gezondheid verbonden bent, en welke bijdragen dit zichtbaar oplevert op lokaal/regionaal niveau maar ook landelijk. Wat helpt en waar loop je tegenaan bij de uitvoering van jouw werk? Verandert dit door de jaren heen?
 - Welke overeenkomsten en verschillen zie je met de voorgaande fase (mits van toepassing). Welke consequenties heeft de herpositionering van het Programmabureau volgens jou gehad voor de prioriteiten, positie, relaties, en activiteiten van de direct betrokken Programmabureau en partners in het veld, met de verantwoordingsrol die het Ministerie van VWS behoudt ten aanzien van de Tweede kamer, en met de nieuwe rol en positie van de Programmaraad, en van Sardes als subsidieontvangende 'host' van het Programmabureau?
 - Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaar je door de nieuwe governance structuur, en hoe wordt hieruit lering getrokken voor de ontwikkeling van een duurzame structuur voor Alles is gezondheid nadat de huidige subsidietermijn met het ministerie van VWS in 2021 afloopt?
 - Hoe ontwikkelt Alles is Gezondheid zich in het landelijke speelveld in verhouding tot andere actoren en initiatieven, zoals de Preventieakkoorden?
 - Waar zie je coalities ontstaan, waar lukt dat minder, en hoe komt dat?
2. Wat helpt jouw partners in het veld, waar lopen zij tegenaan, en wat kun je daarin betekenen voor hen?

-
- Hoe afhankelijk zijn partners in het veld van elkaar om gemeenschappelijke ambities te realiseren of problemen op te lossen?
 - Hoeveel ruimte is er in het veld voor sociale vernieuwing, en verandert die ruimte?
 - In hoeverre en hoe ligt daarin ook een relatie met, of relevantie voor actoren die verantwoordelijk zijn voor regelgeving en systeemaanpassing?
3. Het is onzeker of AIG in de huidige vorm kan doorgaan na 2021. Wat vormde de aanloop naar de scenario's, en wat is de gedachte erachter?

Wat zijn eigenschappen van AIG die je wilt behouden, die in een nieuwe organisatievorm niet verloren mogen gaan? (kind- badwater)

- Wat moet in de toekomst anders dan nu?
- Wat win je, wat kun je behouden, en wat verlies je van het huidige AIG?
- Wat zijn inhoudelijke voorwaarden? Wat zijn procesvoorwaarden?
- Welke combinaties met andere organisatievormen zijn mogelijk?

Externe interviewronde

1. Uw betrokkenheid bij, en/of uw beeldvorming over Alles is Gezondheid.
2. Overeenkomsten en verschillen tussen Alles is Gezondheid en uw organisatie en activiteiten.
3. Ervaren voor- en nadelen van Alles is Gezondheid in strategische interacties/samenwerking.
4. Wat is uw ervaring of indruk van Alles is Gezondheid met betrekking tot:
 - De maatschappelijke 'licence to operate';
 - De unieke hulpbronnen; (ten opzichte van bijvoorbeeld iPH of andere particuliere programma's zoals bijv. Gezonde Generatie (SGF) en Gezonde Toekomst Dichterbij (Fonds NUTS Ohra);
 - De strategische invloedssfeer om regels, routines en systemen aan te kunnen passen;
 - Coalitievorming met andere organisaties of bewegingen; en
 - De kracht of de beperking van de verschillende schaalnivo's binnen Alles is Gezondheid?
5. De Nationale Preventie Akkoorden als speerpunt van het ministerie van VWS en hoe deze zich verhouden tot uw speelveld, activiteiten en de rol van Alles is Gezondheid.
6. Positionering en meerwaarde t.o.v. de publieke gezondheidssector die deels in AIG participeert maar zich deels of soms ook hiervan distantieert.
7. De kritische buitenwacht die het belang van de publieke gezondheid behartigt (Volksvertegenwoordiging, GGD GHOR Nederland, Federatie voor Gezondheid, ANWB, grote patiëntenverenigingen, andere initiatieven of bewegingen die zich landelijk manifesteren).
8. De toekomst: wat is uw eigen perspectief op de toekomst, waar werkt u met uw organisatie of beweging naartoe? Enige ideeën over een toekomstige vorm voor Alles is gezondheid? Waar kunnen organisaties en bewegingen elkaar verder versterken, en/of welke belemmeringen moeten eerst uit de weg worden geruimd?

Bijlage D. Informed consent formulier

Toestemmingsformulier interviews Evaluatie Alles is Gezondheid 2018-2022

Mede naar aanleiding van een onafhankelijke bestuurlijk-organisatorische evaluatie van de eerste periode 2014-2017 is het programma 'Alles is Gezondheid' verlengd met vijf jaar tot en met 2021. De vervolgevaluatie heeft de vorm van een actiegerichte, lerende evaluatie op basis van twee onderzoeksvragen:

1. Hoe kunnen de partners (inclusief overheid), de Programmaraad en het Programmabureau van 'Alles is Gezondheid...' de activiteiten en opbrengsten uit de initiatieven borgen en verduurzamen, en tegelijkertijd de voortgang van de maatschappelijke beweging en sociale innovaties ten behoeve van de gezondheid bevorderen?
2. Hoe kan de relatie tussen de maatschappelijke beweging en gezondheid worden geoperationaliseerd en onderzocht, en welke inzichten levert dit op over de mate waarin de beweging een bijdrage levert aan de programmadoelen?

De eerste vraag wordt geadresseerd met behulp van een procesevaluatie, de tweede vraag met een uitkomstenevaluatie. Tussentijds worden voorlopige inzichten en opbrengsten uit het onderzoek in dialoog- en feedbackbijeenkomsten gedeeld met partners van 'Alles is Gezondheid...'. Het project loopt van april 2018 t/m april 2022.

De informatie die in de interviews naar voren komt wordt vertrouwelijk behandeld. Van het gesprek wordt een audio-opname gemaakt voor de transcriptie van een letterlijke weergave van het gesprek. Dit transcript zal door de onderzoekers worden gebruikt om de onderzoeksvragen die worden gesteld te beantwoorden. De resultaten zullen worden geanonimiseerd in presentaties en publicaties.

Het beheer van de data is belegd bij de Universiteit Maastricht. De informatie wordt voor een periode van 10 jaar bewaard. In de bijlage van deze brief vindt u een toestemmingsformulier. Het toestemmingsformulier zal voorafgaand aan het interview ter ondertekening aan u worden voorgelegd.

Toestemming

Door tekening van dit document geeft u aan dat:

- u de informatie in dit document hebt gelezen,
- u bent geattendeerd op het feit dat u de gelegenheid hebt om vragen te stellen over dit onderzoek, en geeft u toestemming voor:
- deelname aan het onderzoek;
- het verzamelen van informatie (audio-opnames, vragenlijsten) in het kader van het onderzoek Evaluatie 'Alles is Gezondheid...' en het bewaren van deze informatie voor de duur van 10 jaar en;
- het gebruik van deze informatie in publicaties en presentaties waarbij de informatie is geanonimiseerd.

Deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Deelnemers hebben het recht zich zonder consequenties terug te trekken.

Vragen

Mocht u vragen hebben over dit onderzoek of wilt u aanvullende informatie, dan kunt u zich richten tot Floor Schreurs, onderzoeker, of Marleen Bekker, projectleider (emailadressen).

Hieronder kunt u aangeven indien u de rapportage van het onderzoek wilt ontvangen.

☐ Ja, ik wil graag de resultaten ontvangen op.....(e-mail-adres)

Naam:

Datum:

Handtekening:

Bijlage E. Group Model Building handleiding September – oktober 2019 (Laurens Reumers)

Group Model Building-sessie 1
(Kinder)armoede, schulden en gezondheid

Universiteit Maastricht
Gemeente Utrecht
30 september 2019



Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

1

Context: onderzoek Alles is Gezondheid 2018-2022

1. Hoe kunnen de partners (inclusief overheid), de Programmaraad en het Programmabureau van 'Alles is Gezondheid...' de activiteiten en opbrengsten uit de pledges **borgen en verduurzamen**, en tegelijkertijd de voortgang van de maatschappelijke beweging en **sociale innovaties** ten behoeve van de gezondheid bevorderen?
2. Hoe kan de relatie tussen de maatschappelijke beweging en gezondheid worden geoperationaliseerd en onderzocht, en welke inzichten levert dit op over de mate waarin de beweging een **bijdrage levert aan de programmadoelen**?

Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

2

Context: onderzoek Alles is Gezondheid 2018-2022

Deel deel onderzoeken	Onderzoeksbepalen
Deel A Procesevaluatie	1. Literatuurstudie naar AG als 'platform governance', voor duurzame innovatie en maatwerk voor gezondheid 2. Gezamenlijk ontwikkelen Proces en outputindicatoren 3. Multiple case studie 4. Interviewen rond landelijke belanghebbenden
Deel B Actiegericht onderzoek	Feedback/journaal Themaprojecten Proces/outputindicatoren met partners Onderzoekend
Deel C Uitkomsten-evaluatie	1. Literatuurstudie naar methoden, indicatoren, modellen etc. 2. Group Model Building: systeemdynamisch model van pledge-activiteit 3. Kwantificering 4. Simulatie van scenario's en schatting robuustheid effecten

Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

3

Het onderzoek in de Gemeente Utrecht

- Doelen:
 - Goed voorbeeld van verschillende (maatschappelijke) initiatieven en indirecte, complexe causaliteit
 - Link tussen armoede, schulden en gezondheid
 - Beter begrip oorzaken en gevolgen en mogelijkheden voor ingrijpen – kennis verbetert effectiviteit
 - Onderbouwing van effecten van activiteiten

Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

4

Voorstelronde

Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

5

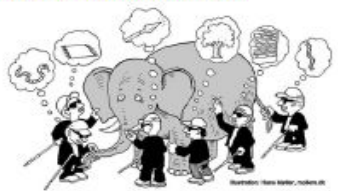
Wat is Group Model Building?

- Interactieve methode
- In een groep een model bouwen van specifieke problematiek
- Gebruik maken van ervaringen uit de praktijk
 - Verschillende perspectieven
 - Verschillende (soms impliciete) opvattingen
 - Samen weet je meer dan alleen
- Facilitator is *niet* de expert, dat zijn de deelnemers

Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

6

Wat is Group Model Building?



Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

7

Wat is Group Model Building?

- Doelen:
 - Verschillen in opvattingen expliciet maken
 - Nieuwe, bruikbare inzichten meenemen
 - Samen bouwen van een causaal model, voor:
 - Begrip over oorzaken en gevolgen
 - Simulatiemodellen

Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

8

Enkele begrippen: wat is een model?

- Versimpelde weergave van de werkelijkheid
- "Alle modellen zijn fout, maar sommige zijn nuttig" (George Box)
- Voorbeelden van modellen:

Kwaliteit van de lucht + Gezondheid van de bevolking



Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

9



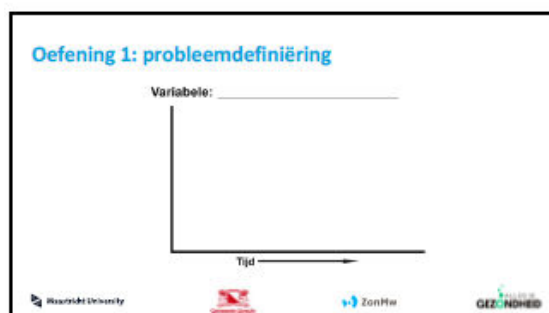
10

- ### Enkele begrippen: wat is een variabele?
- Een eigenschap, nummer of hoeveelheid die gemeten of geteld kan worden
 - Kan verschillen in een groep en/of over de tijd heen
 - Voorbeelden van variabelen:
 - Inkomen
 - Oogkleur
 - Huisbezit
- Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

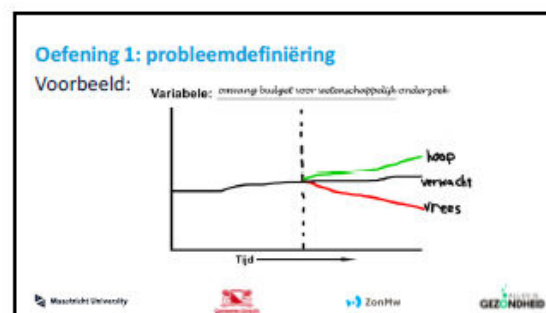
11

- ### Wat gaan we doen in onze sessies?
- Vandaag:
 - Probleemdefiniëring
 - Verkennen belangrijke invloeden
 - Volgende week (7 oktober):
 - Modelstructuur van problematiek (oorzaak-gevolgrelaties)
 - Sessie 3 (14 oktober):
 - Effectpunten initiatieven in het model
- Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

12



13



14

Oefening 2: belangrijke invloeden

Maastricht University

15

- ### Samenvatting en vooruitblik
- Vandaag:
 - Probleemdefiniëring
 - Verkennen belangrijke invloeden
 - Volgende week:
 - Relaties tussen de verschillende variabelen: *wat veroorzaakt wat?*
- Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

16

Group Model Building-sessie 2
(Kinder)armoede, schulden en gezondheid

Universiteit Maastricht
Gemeente Utrecht
7 oktober 2019



Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

1

Terugblik op sessie 1

Welke elementen staan er centraal in de problematiek rondom (kinder)armoede, schulden en gezondheid in de Gemeente Utrecht?

Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

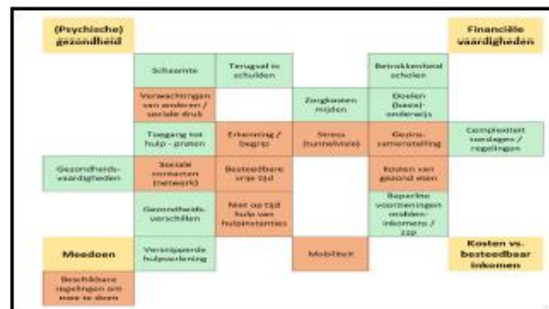
2

Terugblik op sessie 1



Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

3



4

Wat voor model gaan we bouwen?

Systeem-dynamisch model

1. Geeft een systeem weer, met elementen (= variabelen) en verbanden
1. Is dynamisch: verandert over tijd
2. Bevat uitsluitend causale verbanden

Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

5

Wat is een systeem-dynamisch model? (1)

Geeft het systeem weer:

- Systeemelementen
- Geaggregeerd (opgeteld) niveau
- Totale aantallen en gemiddelden
- Dus *niet* op individueel niveau

Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

6

Wat is een systeem-dynamisch model? (2)

Heeft een dynamisch karakter:

- De waarden van elementen veranderen over de tijd; effecten zijn niet onmiddellijk
- In een 'screenshot' zou je alle elementen kunnen zien
- Maar: situatie zou stilstaan, relaties zijn dan niet te zien
- Tijdslelement is nodig om gebeurtenissen te zien

Echter: in het model zijn alle effecten tegelijk te zien

Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

7

Wat is een systeem-dynamisch model? (2)

Heeft een dynamisch karakter:

- Stilstaand beeld: geen oorzaken zichtbaar



Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

8

Wat is een systeem-dynamisch model? (2)

Heeft een dynamisch karakter:

- Stilstaand beeld: geen oorzaken zichtbaar
- Bewegende beelden: gebeurtenissen zichtbaar, oorzaak-gevolg soms af te leiden



Maastricht University ZonMw GEZONDHEID

9

Wat is een systeem-dynamisch model? (2)
Heeft een dynamisch karakter:

Oorzaak:
tegenstander
trekt aan
staart



Gevolg:
speler ligt
op de
grond

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

10

Wat is een systeem-dynamisch model? (2)
Heeft een dynamisch karakter:

Oorzaak:
aan de staart
trekken



Gevolg:
op de grond
vallen

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

11

Wat is een systeem-dynamisch model? (3)

Bevat uitsluitend causale verbanden

- Causale verbanden = oorzaak-gevolgverbanden
- Meeste elementen zijn zowel oorzaken als gevolgen
- Geen limiet aan aantal oorzaken of gevolgen van een element
- Verbanden zijn positief of negatief

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

12

Wat is een systeem-dynamisch model? (3)



Voorbeeld: luchtkwaliteit → gezondheid

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

13

Wat is een systeem-dynamisch model? (3)



Voorbeeld: luchtkwaliteit → gezondheid

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

14

Wat is een systeem-dynamisch model? (3)



Voorbeeld: smog → gezondheid

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

15

Wat is een systeem-dynamisch model? (3)



Voorbeeld: smog → gezondheid

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

16

Voorbeeld van een systeem-dynamisch model



Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

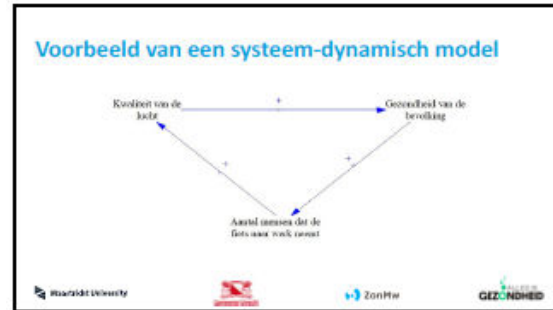
17

Voorbeeld van een systeem-dynamisch model



Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

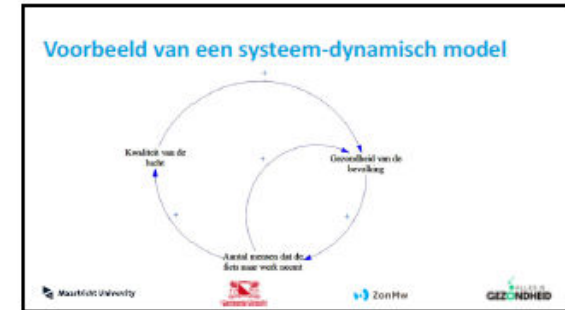
18



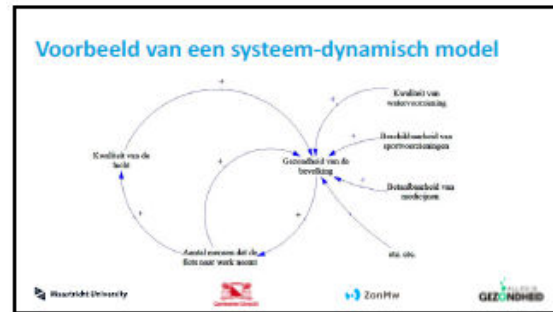
19



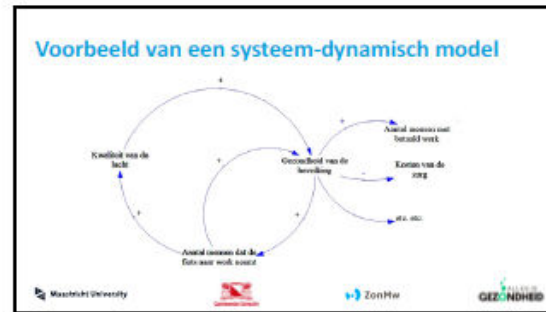
20



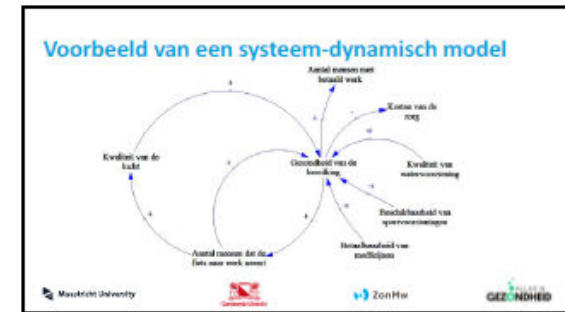
21



22



23



24

Oefening 1: invloeden en gevolgen

- Twee lijstjes per 'centraal element':

1. *Wat heeft een invloed op dit element?*
2. *Wat wordt beïnvloed door dit element?*

25

[illegible]

26

Oefening 1: invloeden en gevolgen

1. Welke elementen hebben invloed op gezondheid (waaronder psychische gezondheid)?

2. Welke elementen worden beïnvloed door gezondheid (waaronder psychische gezondheid)?

The diagram illustrates the Health Determinants Model, showing the relationship between various factors and health outcomes. It is structured as follows:

- Top Level (Yellow box):** Gezondheid (Health)
- Second Level (Green boxes):**
 - Sociale en culturele context (Social and cultural context)
 - Levenswijze (Lifestyle)
 - Geneeskunde (Medicine)
- Third Level (Orange boxes):**
 - Veranderingen van gedrag (Changes in behavior)
 - Levenswijze (Lifestyle)
 - Geneeskunde (Medicine)
- Fourth Level (Green boxes):**
 - Veranderingen van gedrag (Changes in behavior)
 - Levenswijze (Lifestyle)
 - Geneeskunde (Medicine)
- Fifth Level (Orange boxes):**
 - Veranderingen van gedrag (Changes in behavior)
 - Levenswijze (Lifestyle)
 - Geneeskunde (Medicine)
- Sixth Level (Green boxes):**
 - Veranderingen van gedrag (Changes in behavior)
 - Levenswijze (Lifestyle)
 - Geneeskunde (Medicine)
- Bottom Level (Yellow box):** Gezondheid (Health)

Arrows indicate the flow of influence from the top level (Gezondheid) down to the bottom level (Gezondheid), with the central column (Levenswijze) being the most prominent.

27

Oefening 1: invloeden en gevolgen

1a. Welke elementen hebben invloed op **kosten**?

1b. Welke elementen hebben invloed op **besteedbaar inkomen**?

2a. Welke elementen worden beïnvloed door **kosten**?

2b. Welke elementen worden beïnvloed door **besteedbaar inkomen**?

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

28

Oefening 1: invloeden en gevolgen

1. Welke elementen hebben invloed op **financiële vaardigheden**?

2. Welke elementen worden beïnvloed door **financiële vaardigheden**?

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

29

Oefening 1: invloeden en gevolgen

1. Welke elementen hebben invloed op **meedoen**?

2. Welke elementen worden beïnvloed door **meedoen**?

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

30

Oefening 2: verbinden en aanvullen model

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

31

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

32

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

33

Group Model Building-sessie 3

(Kinder)armoede, schulden en gezondheid

Universiteit Maastricht
Gemeente Utrecht
14 oktober 2019

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

1

Terugblik op sessie 2

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

2

Wat gaan we vandaag doen?

- Toevoegen preventieve systeemelementen
- Aanvullen en afronden modelstructuur
- Inventariseren initiatieven/activiteiten
- Koppelen initiatieven aan het model: *hoe kan ik dit model zelf gebruiken?*
- Afsluiting

Maastricht University ZonHw GEZONDHEID

3

Bijlage F. Poster Kwantitatief model armoede en gezondheid



Care and Public Health Research Institute (CAPHRI)

Estimating health effects of social determinants of health and societal initiatives

Laurens Reumers^A, Marleen Bekker^B, Henk Hilderink^C, Maria Jansen^{A,D}, Jan-Kees Helderma^E, Niels Hameleers^A, Dirk Ruwaard^A

- ^A Department of Health Services Research, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Maastricht University, Maastricht, The Netherlands
^B Chair group Health and Society, Center for Space, Place and Society, Wageningen University and Research, Wageningen, The Netherlands
^C National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Bilthoven, The Netherlands
^D Academic Collaborative Center for Public Health, Public Health Service South Limburg, Heerlen, The Netherlands
^E Institute for Management Research, Radboud University, Nijmegen, The Netherlands

(1) Background

Social determinants of health are influential contributors to overall health outcomes.¹ Being distal, upstream, determinants, they impact health indirectly, involving many other variables in the process. This makes it quite complex (constituting so-called 'wicked problems') and difficult to estimate those health impacts.

This research project, funded by ZonMw, has made use of participatory qualitative conceptual modelling (group model building) in conjunction with subsequent quantification using longitudinal structural equation modelling (SEM), in order to enable estimating health impacts of societal initiatives² in particular. For this purpose, a full model on interrelationships between poverty and health was quantified, demonstrating the use of this approach.

(4) Quantitative modelling

The extensive qualitative model was simplified and adapted to a model that could be quantified (Figure 1).

This model:

- Was estimated using a longitudinal SEM design. Various variants of SEM could potentially be used for this, according to the specific aim of the study. Here, a cross-lagged panel model was chosen.
- Contains 10 endogenous variables that affect each other over 5 time points.
- Provides one (Granger-)causal regression coefficient for each arrow in the model.
- Can be used to subsequently run projections of indirect and complex (health) effects from current or considered interventions.
- Uses latent variables for the constructs of mental health and physical capability.
- Also includes age, sex and migration status as control (exogenous) variables.

(2) Objective

The objective of this project was to develop, describe, and demonstrate a stepwise and broadly applicable approach that can be used to obtain quantitative estimates of health outcomes, which is done by combining qualitative system-dynamics modelling with quantitative structural equation modelling. This approach is applied to the case of poverty and health in The Netherlands, in which the entire process is demonstrated.

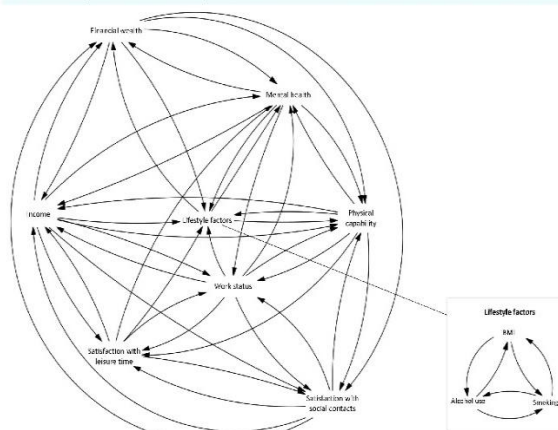


Figure 1: Structure of the adapted model that was quantified using longitudinal SEM

(3) Qualitative modelling

For the qualitative modelling, the participatory method of group model building is used, enabling a group of stakeholders (from policy and practice, who have experiential knowledge) to put their views of how the issues of poverty and health are related in a structural model, in the form of a causal loop diagram. This produces a non-arbitrary conceptual foundation of which variables to include and how they are expected to be interrelated. An extra validation check can be added by having a panel of scientific experts assess the findings and by comparing the model with current scientific literature. In the demonstration case, all of this resulted in such a model³ with:

- 39 different variables
- 71 causal arrows between those variables
- Hundreds of feedback loops, involving 29 variables

(5) Conclusions

- An approach that can be used to get hold of the complex interrelationships between social determinants of health and health outcomes was demonstrated. It produces a fully quantified model on one theme, in which all the directional arrows (as shown in Figure 1) are estimated simultaneously.
- The qualitative modelling helps to obtain a conceptual overview and understanding of the issue: which variables are deemed important and how they are expected to be related to each other?
- The quantitative side of the approach requires good longitudinal micro-level data and knowledge on the modelling process. Like with any model, it also necessitates a number of choices and assumptions that have to be made.
- With the model, for interventions that have a direct impact on one of the included (endogenous) variables, expected indirect effects on all variables in the model can be projected over time.
- A key message is that this approach can in principle be used to any relationship, no matter the complexity, provided there is sufficient data available. It is designed and well-suited to tackle wicked problems.

References

- 1 Ratcliff KS. The social determinants of health: Looking upstream. John Wiley & Sons 2017.
- 2 Reumers LM, Bekker MP, Jansen MW, Hilderink HB, Helderma JK, Ruwaard D. Quantitative health impact assessment methodology for societal initiatives: A scoping review. Environmental Impact Assessment Review 2021;86.
- 3 Reumers L, Bekker M, Hilderink H, Jansen M, Helderma JK, Ruwaard D. Qualitative modelling of social determinants of health using group model building: the case of debt, poverty, and health. International Journal for Equity in Health 2022;21(1):1-2.



Correspondence to:
Laurens Reumers

l.reumers@maastrichtuniversity.nl

Department of Health Services Research

Care and Public Health Research Institute (CAPHRI)

Maastricht University
Duboisdomein 30
P.O. Box 616
6200 MD Maastricht, The Netherlands

Bijlage G. Onderzoeksinstrument survey 2022

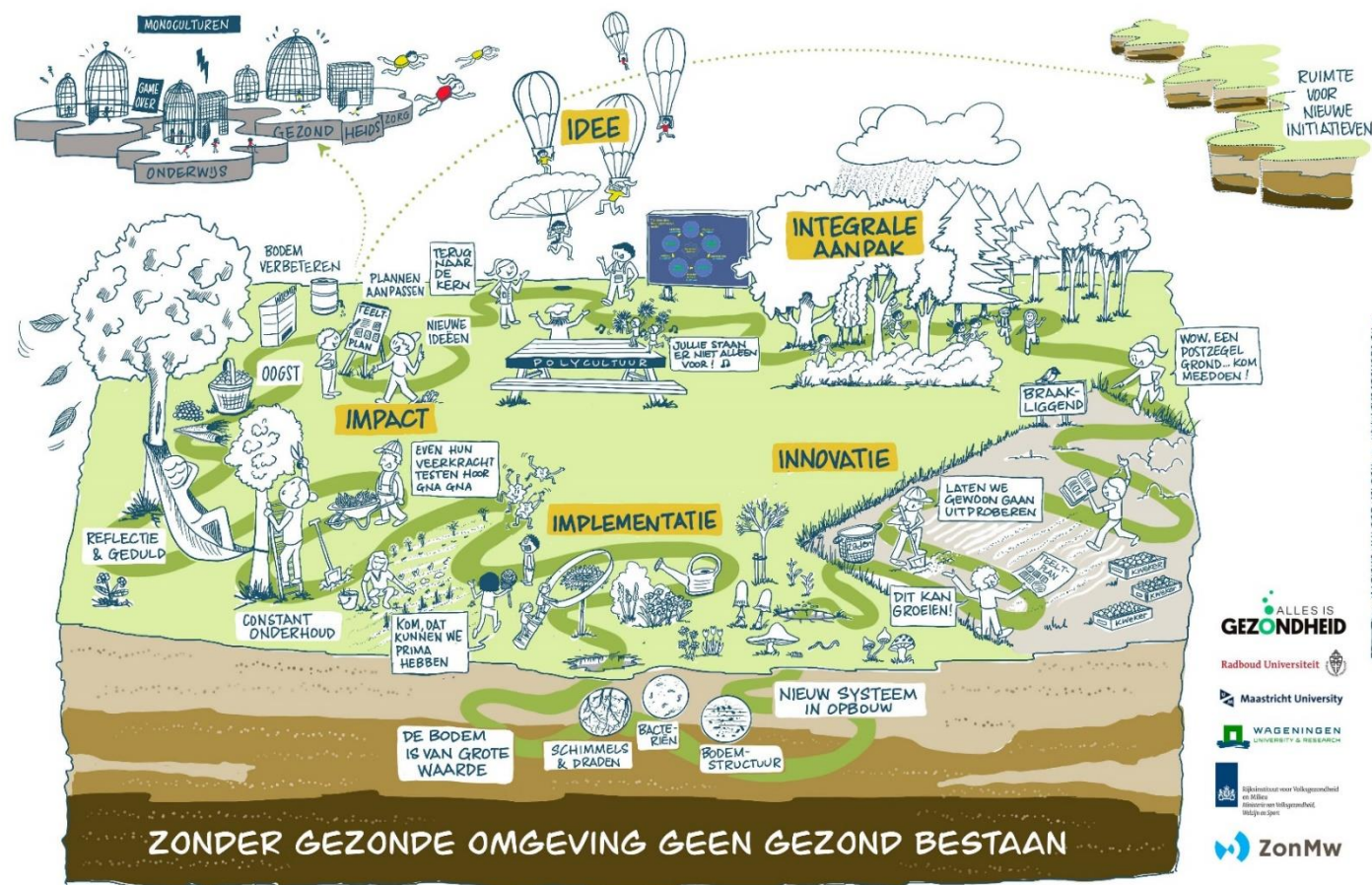
Vragenlijst		
	Vraag	Antwoord categorieën
Opening: respondent en netwerkenmerken		
1a	Op welke manier(en) bent u verbonden met Alles is Gezondheid?	☐ Via een (regio)netwerk of thema-alliantie ☐ Via initiatief of initiatief met meerdere partners ☐ Via initiatief of initiatief zonder andere partners ☐ Als bezoeker van bijeenkomsten ☐ Contact met programmabureau AIG ☐ Als nieuwsbriefabonnee ☐ Anders, namelijk: ☐ Ik heb geen verbinding met Alles is Gezondheid
1b	Maakt u deel uit van een netwerk of initiatief met meerdere partners, dat niet verbonden is met Alles is Gezondheid?	Ja/ Nee/ Weet niet.
1c	Bent u betrokken bij een initiatief of een organisatie die een verwachte of beoogde positieve invloed op gezondheid heeft?	Ja/ Nee/ Weet niet.
2	Wat voor rol heeft u binnen het netwerk waarmee u verbonden bent?	Coördinator/ Deelnemer/ Anders, namelijk.../ N.v.t.
3	In welke omgeving is uw netwerk (voornamelijk) actief?	☐ Buiten de bebouwde kom (platteland) ☐ Dorp of kleine stad ☐ Grote stad (> 100.00 inwoners) ☐ Regionaal (gebied met meerdere woonkernen) ☐ Landelijk
4	Hoe vaak heeft uw netwerk directe interactie met een of meer doelgroep(en)?	Vijfpuntschaal Nooit – heel vaak
Verandermechanismen		
5	In hoeverre maakt uw netwerk gebruik van onderstaande aanbod van ondersteuning door Alles is gezondheid? • Netwerkadvisers • Regionetwerken • Communicatie/social media • Thema-allianties • Bijeenkomsten/congres • Kennisvouchers • Make the Move award • Health innovation Schools/Transformation Community • Publieksacademie • Digitaal platform 1Sociaaldomein.nl • Anders, namelijk:	Vijfpuntschaal Nooit – heel vaak
6	In hoeverre werkt de interactie met deze ondersteuning over het geheel door in de aanpak van uw netwerk?	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.

7	In hoeverre mobiliseert uw netwerk andere organisaties en sectoren om mee te werken aan een intersectorale aanpak?	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
8	In hoeverre experimenteert uw netwerk met innovaties?	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
9	In hoeverre verbindt uw netwerk ideeën, innovaties en praktijkervaringen met bestuurders van uw partnerorganisaties om de implementatie van innovaties verder te brengen?	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
10	In hoeverre ervaart uw netwerk bestuurlijke steun vanuit de partnerorganisaties voor de beoogde verandering(en)? (context)	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
11	In hoeverre ondersteunt uw netwerk het actieve gebruik van uw innovatie(s) door uw doelgroep(en)? (activering)	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
12	In hoeverre genereert uw netwerk weer nieuwe ideeën op basis van de ervaringen en lessen die tot nu toe zijn opgedaan?	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
Opbrengsten: verspreiding Idee		
13	Wat staat in uw netwerk centraal in de benadering van gezondheid? Meerdere antwoorden mogelijk.	☐ Afwezigheid van ziekte en aandoeningen ☐ Leefstijl (zoals bewegen, roken, alcohol, voeding, ontspanning) ☐ 'Positieve Gezondheid' met de zes dimensies (toegelicht) ☐ Omgeving (waarin we opgroeien, wonen, werken, leven) ☐ Relatie tussen leefstijl en omgeving ☐ Volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden ☐ Anders, namelijk ☐ Weet ik niet
14	In hoeverre draagt uw netwerk bij aan bewustwording van uw benadering van gezondheid bij... • Uw netwerkpartners • Uw doelgroepen • Uw stakeholders	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
Opbrengst: intersectorale samenwerking		
15	In hoeverre draagt uw netwerk bij aan intersectorale samenwerking door uw netwerkpartners?	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
Opbrengst innovatie		
16	Is er binnen uw netwerk sprake van een zelf ontwikkelde... ...nieuwe activiteit? (bv. kookclub, escape room) ...nieuw product? (bv. gezondheidsapp, hulpmiddel) ...nieuwe dienst? (bv. schoollunch; Natuur op Recept) ...nieuwe methode of werkwijze? (bv. ketenaanpak, burgerparticipatie) ...nieuw instrument? (bv. gesprekshandleiding)	Ja/ Nee/ Weet niet.
Opbrengst implementatie		
17	Is er binnen uw netwerk sprake van de adoptie van een elders ontwikkelde... ...nieuwe activiteit? (bv. kookclub, escape room) ...nieuw product? (bv. gezondheidsapp, hulpmiddel) ...nieuwe dienst? (bv. schoollunch; Natuur op Recept) ...nieuwe methode of werkwijze? (bv. ketenaanpak, burgerparticipatie) ...nieuw instrument? (bv. gesprekshandleiding)	Ja/ Nee/ Weet niet.
18	In hoeverre heeft uw netwerk bij de aangesloten netwerkpartners bijgedragen aan het ontstaan van gemeenschappelijke... ...visie en missie? ...doelen? ...verantwoordelijkheden?	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.

19	In hoeverre draagt uw netwerk bij aan verandering van de dagelijks uitgevoerde werkzaamheden binnen verbonden partnerorganisaties? Denk bij de dagelijks uitgevoerde werkzaamheden aan bijvoorbeeld het leveren van zorg, onderwijs of bevorderen van welzijn.	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
Opbrengst borging		
20	Wordt uw netwerk binnen (een van) uw partnerorganisaties expliciet genoemd in... ...het strategische beleid? ...het kwaliteitsbeleid? ...het communicatiebeleid? ...de verantwoordingscyclus? ...P&O/HR-beleid?	Ja/ Nee/ Weet niet/ n.v.t.
21	Maken de partnerorganisaties in uw netwerk budget en/of mensuren vrij voor het ontwikkelen en/of uitvoeren van activiteiten in het kader van uw netwerk?	Ja/ Nee/ Weet niet/ n.v.t.
22	In hoeverre zijn de partnerorganisaties in uw netwerk afhankelijk van hun reguliere financiering voor de omslag naar een integrale aanpak?	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
Opbrengst systeemverandering		
23	In hoeverre draagt uw netwerk bij aan verandering van de reguliere financiering van de dagelijks uitgevoerde werkzaamheden? bij uw partnerorganisaties? Denk bij deze financiering bijvoorbeeld aan zorgfinanciering uit de Zorgverzekeringswet, onderwijsfinanciering, of financiering van natuur of groenbeheer.	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
24	In hoeverre draagt uw netwerk bij aan verandering van... ...gemeentelijk beleid? ...provinciaal beleid? ...landelijk beleid?	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
Opbrengst: impact		
25	Verzamelt u, of heeft u toegang tot, data over de gezondheid van de doelgroep(en) die direct of indirect bereikt worden door activiteiten in uw netwerk? (implementatie)	o Ja, data verzameld binnen het netwerk/initiatief o Ja, we hebben toegang tot data van externe partijen o Nee
26	In hoeverre hebben de activiteiten van uw netwerk invloed op uw doelgroep(en) voor wat betreft... ...de kennis van gezond gedrag? ...de motivatie voor gezond gedrag? ...de vaardigheden voor gezond gedrag? ...gedragsverandering?	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
Context		
27	In hoeverre zijn onderstaande typering van organisatiecultuur van toepassing op de partnerorganisatie die volgens u de meeste invloed heeft op de voortgang van uw netwerk? Rangschik de antwoorden van 'meest van toepassing' (1) naar 'minst van toepassing' (4). Lees eerst alle antwoorden voordat u een keuze maakt.	a). Deze organisatie is te typeren als: _____ Een persoonlijke organisatie. Het is net een grote familie. Mensen delen persoonlijke ervaringen met elkaar. _____ Een dynamische organisatie met veel nieuwe activiteiten. Mensen zijn bereid om risico's te nemen. _____ Een formele gestructureerde organisatie. Bureaucratische procedures bepalen over het algemeen wat mensen doen. _____ Een productiegerichte organisatie. Het belangrijkste doel is om het werk af te krijgen, mensen zijn niet persoonlijk betrokken. b). Het management van deze organisatie... _____ ...is hartelijk en zorgzaam. Ze stimuleert de ontwikkeling van medewerkers en treden op als coach/mentor.

		_____ ...staat open voor veranderingen. Ze stimuleert de medewerkers om innovatief te zijn en risico's te nemen. _____ ...benadrukt de regels. Ze verwacht van medewerkers dat zij de vastgestelde regels naleven en het beleid uitvoeren. _____ ...is meer coach en coördinator. Ze ondersteunt de medewerkers om de doelen te behalen.
28	Is er sprake van actieve samenwerking tussen uw netwerk en onderstaande gezondheidsnetwerken of initiatieven in uw werkgebied? • GezondIn (GIDS) • Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG) • Gezonde School • Kansrijke Start • Programma Sociaal Domein • Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) • GROZ (Health Holland) • Health KIC (Noaber Foundation) • SamenBeter (• Zorgcoöperaties • Bestaande burgerinitiatieven • Lokale preventieakkoorden • Anders, namelijk:	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
29	Wat voor invloed heeft het COVID-19-beleid tot nu toe gehad op de voortgang van uw netwerk?	Vijfpuntschaal heel negatief – heel positief.
30	Toelichting vraag 29	Open
31	In hoeverre ervaart uw netwerk politieke steun vanuit het openbaar bestuur? Hiermee wordt steun vanuit de gemeente, provincie, waterschap, Rijk of uitvoerende agentschappen bedoeld.	Vijfpuntschaal Heel weinig – heel veel.
Afsluiting		
32	Zijn er voor de voortgang van uw netwerk en/of Alles is Gezondheid nog factoren van invloed die niet in bovenstaande vragen aan bod zijn gekomen? Zo ja, welke?	Open
33	Heeft u nog andere opmerkingen of aanvullingen?	Open
	Einde	
Definities Bij het invullen van de vragenlijst zijn de respondenten geïnstrueerd over de volgende definities: In de rest van deze vragenlijst hebben we het vaak over " <u>uw netwerk</u> ", waarmee we het netwerk bedoelen waarmee u verbonden bent. Onder een netwerk verstaan we ook een thema-alliantie, initiatief of initiatief, waarbij meerdere partners betrokken zijn. Als u betrokken bent bij meerdere netwerken, vul de vragen dan in voor het netwerk waar u het meest intensief bij betrokken bent en dat een verbinding heeft met Alles is Gezondheid. Onder <u>doelgroep(en)</u> verstaan wij die groep(en) 'eindgebruikers' van wie u de gezondheid direct of indirect wilt helpen bevorderen, zoals wijkbewoners, verzekerden, patiënten, leerlingen, klanten, medewerkers, mensen met een chronische ziekte, etc. Onder een <u>intersectorale aanpak</u> verstaan wij afstemming, coördinatie of samenwerking tussen meerdere partijen uit verschillende sectoren/domeinen, zoals de zorg, welzijn, onderwijs of het natuurbeheer. Dit wordt soms ook wel een domeinoverstijgende aanpak genoemd.		

Bijlage H. Praatplaat met toelichting op evaluatieonderzoek 8 jaar Alles is gezondheid



SAMEN WERKEN WE AAN EEN EVENWICHT

ZONDER GEZONDE OMGEVING GEEN GEZOND BESTAAN. SAMEN WERKEN WE AAN EEN EVENWICHT.

PRAATPLAAT BIJ EVALUATIEONDERZOEK VAN ACHT JAAR ALLES IS GEZONDHEID

ZONDER GEZONDE OMGEVING GEEN GEZOND BESTAAN. SAMEN WERKEN WE AAN EEN EVENWICHT. DEZE SLOGAN VAT SAMEN WAAR ALLES IS GEZONDHEID SINDS 2014 AAN WERKT IN EEN CONTINUE DOORGAANDE ONTWIKKELING VAN GEZONDHEIDSINITIATIEVEN, NETWERKEN, ALLIANTIES EN ANDERE SAMENWERKINGSVORMEN.

In case studies van diverse netwerken die zijn aangesloten bij Alles is Gezondheid hebben wij, onderzoekers van de Universiteit Maastricht, Wageningen Universiteit en Research, Radboud Universiteit en het RIVM (zie colofon), geconstateerd dat initiatiefnemers hun motivatie ontleenen aan een combinatie van: onvrede met bestaande manieren van werken, aansprekende ideeën over hoe de waarde van gezondheid beter in praktijk te brengen én een standvastige, open houding om te willen leren van opgedane ervaringen en van anderen. Vanuit deze motivatie werken initiatiefnemers aan een nieuw evenwicht tussen de systeemwereld van professionals en de leefwereld van inwoners.

Uit het onderzoek is het Gezondheid Transformatie mode ^[1] voortgekomen. Het model laat de onderlinge verbanden zien tussen de veranderacties, de context en tussenopbrengsten in de onderzochte netwerken. Vijf opbrengsten zijn tegelijkertijd ook bouwstenen die de kans op echte (maar niet meetbare) gezondheidswinst steeds groter maken. Ze versterken elkaar in een continu proces van gelijktijdige **ideevorming, integrale aanpak, innovatie, implementatie, en impact**. De context zorgt voor versnelling of vertraging van dat proces.

Het organische en pragmatische veranderproces in de netwerken laat zich goed illustreren met de elementen van een natuurlijk ecosysteem. We schetsen een tegenstelling tussen de **monocultuur** van gewassen die staan voor eenzijdige zorg, onderwijs, groenbeheer enzovoort, en de **polycultuur** die staat voor samenwerking rondom, bijvoorbeeld, een gezonde groene

leefomgeving, gezonde scholen met verrijkte schooldagen, bloeizones en de preventie van financiële schulden met ervaringsdeskundigen.

Als je gaat **experimenteren** met een moestuin op een stukje braakliggend terrein maak je actief gebruik van de omgeving. Je **mobiliseert en activeert** bronnen van de bodem, het weer en onderhoudsmaterieel. Schimmeldraden in de bodem leggen basale netwerken aan tussen plant en dier. Door deze netwerken raken ideeën als zaadjes **verbonden** met water en nutriënten. Tevens worden ze **bescherm**d tegen overmatige blootstelling aan zon, wind en regen. Na het **genereren** van de oogst zorgt de biodiversiteit voor natuurlijk onderhoud en ruimte voor nieuwe zaadjes. De moestuin heeft dan vooral **rust** nodig.

Het eerste seizoen is door onvoorziene omstandigheden vaak gedoemd te mislukken ^[2]. Natuurlijke barrières of vijanden kunnen de uitvoering van het teeltplan in verschillende fasen flink in de war schoppen. Het teeltplan wordt daarom op basis van ervaringen jaarlijks **bijgesteld**. Dit gebeurt aan de **picknicktafel**, de plek voor rust, reflectie, en revisie. En is de oogst gelukt, dan wordt hier het oogstfeest gehouden. Successen en tegenslagen worden hier gedeeld, een tuinders **community** ontstaat, die na verloop van tijd gaat fungeren als kweekvijver voor nieuwe initiatiefnemers.

Door de nieuwe schimmelnetwerken die zich vanuit de moestuin naar de omgeving uitspreiden kan de monocultuur

verrijkt worden en stap voor stap **transformeren** tot een permacultuur. Natuurlijke elementen en processen verbinden en integreren de verschillende monoculturen met elkaar tot een tijdelijk of duurzaam organisch geheel. Oog blijven houden voor een veranderende omgeving blijkt cruciaal voor het voortbestaan.

MEER INFORMATIE over de resultaten en aanbevelingen uit het evaluatieonderzoek is te vinden op de website van **Alles is Gezondheid**.



COLOFON: JUNI 2023

Universiteit Maastricht, Wageningen Universiteit en Research, Radboud Universiteit en het RIVM vormden het consortium voor de evaluatie van Alles is Gezondheid (ZonMw project 531005010 (2015-2017 en ZonMw project 531005012, 2018-2021). Het onderzoeksteam bestond uit: prof. dr. Dirk Ruwaard, prof. dr. Maria Jansen, Laurens Reumers MSc (UM); dr. Marleen Bekker (UM en WUR); prof. dr. Jan Kees Helderman (RU) en dr. Henk Hilderink (RIVM) met tijdelijke inbreng van dr. Inge Lecluijze, Chantal Walg MSc, Loeth Bouwens MSc, Floor Schreurs MA. Het team werd bijgestaan door adviseurs: prof. dr. em. Tom van der Grinten, prof. dr. em. Hans van Oers, prof. dr. Martijn van der Steen, Robin Bremekamp MA.

CONTACT: MARLEEN.BEKKER@WUR.NL

¹ In het Engels: Transformative Health Governance model

² Met uitzondering van echte natuurtalenten

Bijlage I. Ethische goedkeuring en datamanagement

Er is binnen de Universiteit Maastricht ethische goedkeuring (METC) aangevraagd voor de volgende deelonderzoeken:

1. Scoping review: geen ethische goedkeuring nodig. Kwalitatieve modellering: goedgekeurd onder nummer FHML-REC/2021/102.
2. Survey: goedgekeurd onder nummer FHML-REC/2022/042 .
3. Kwantitatieve modellering: aanvraag bekeken door FHML-REC, met conclusie dat er geen ethische goedkeuring nodig was.

Er is een datamanagementplan opgesteld dat is goedgekeurd door ZonMw. Alle data m.b.t. software, syntaxen, documentatie over de data, en documentatie van het onderzoeksproces, inclusief dat van alle betrokkenen, is opgeslagen in de Maastricht Data Repository. De data van de survey zijn specifiek voor dit doel verzameld en de deelnemers hebben geen toestemming gegeven voor gebruik door derden. De data van het kwantitatieve modelleringsonderzoek zijn eigendom van CBS en LISS. Voor het gebruik van deze data is een overeenkomst opgesteld. Kwalitatieve data uit interviews en bijeenkomsten kunnen niet worden gepseudonimiseerd en worden derhalve niet beschikbaar gesteld. Deze blijven wel beschikbaar ter verificatie.

