

TNO-rapport

KvL/GB 2010.039

**Determinanten van de implementatie van
interventies ter preventie van overgewicht bij jeugd
en volwassenen**

Datum	20 mei 2010
Auteur(s)	W. Otten Y.J.F.M. Jansen O.A. Blanson Henkemans T.G.W.M. Paulussen
Opdrachtgever Projectnummer	ZonMw 031.20686
Aantal pagina's Aantal bijlagen	44 (incl. bijlagen) 2

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Samenvatting

Het project CIAO is een door ZonMW gefinancierd project in het derde Preventieprogramma. CIAO staat voor Consortium Integrale Actie tegen Overgewicht. In dit onderdeel van het project CIAO (Fase 1) is een inventarisatie uitgevoerd naar zinvolle interventies en heeft betrekking op zowel 'Jeugd' als op 'Volwassenen'. In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd van een inventarisatie van de voorwaarden voor succesvolle implementatie van interventies gericht op de preventie in deze doelgroepen, uitgevoerd door TNO Kwaliteit van Leven.

Het onderzoek bestond uit een literatuurstudie en interviews met deskundigen. In 4 databases (PubMed, PsycInfo, Science Direct, Scopus) werden artikelen gezocht over empirisch onderzoek naar determinanten van succesvolle implementatie van interventies ter preventie van overgewicht bij volwassenen en jeugd. In totaal werden 233 artikelen gevonden. In verschillende stappen werden uiteindelijk 35 artikelen geïncorporeerd. Belangrijkste redenen voor exclusie waren dat het onderzoeken betrof naar de effectiviteit van de interventie, of dat het onderwerp niet aansloot. Er zijn 18 deskundigen op het terrein van implementatie van interventies van overgewicht geïnterviewd. Zij waren afkomstig van thema- en kennisinstituten, bezig met gezondheidsbevordering in bedrijven, of met de implementatie van specifieke interventies zoals Fit & Vitaal en Jump-In. De gegevens in de artikelen en interviews zijn geanalyseerd met behulp van het overzicht van determinanten van innovaties van Fleuren et al. (2010).

De literatuurstudie liet zien dat vooral de afgelopen 5 jaar onderzoek op dit gebied wordt gepubliceerd. Interventies voor de jeugd vinden plaats in scholen. Interventies voor volwassenen worden gevonden in bedrijven of in de eerste lijn gezondheidszorg in het kader van leefstijlcounseling. Implementatie is succesvoller als de interventie aangepast kan worden aan behoeften van de lokale intermediair aangaande (a) de organisatie en procedures, en (b) de lokale doelgroep. Dit wordt ondersteund als er een handleiding beschikbaar is met concrete handelingsvoorschriften en aanwijzingen hoe onderdelen aan te passen zijn aan de lokale situatie. Intermediaren zijn succesvoller als ze over meer kennis en vaardigheden beschikken, en zich ook tijdens de uitvoering gesteund weten door collega's en feedback over hun activiteiten. Interventies worden meer uitgevoerd als bedoeld als intermediaren dit als een onderdeel van hun taak zien. In de organisatie uit zich dit als gezondheidsbevordering en preventie onderdeel is van hun beleid. Tijd, geld en materiële voorzieningen zijn andere belangrijke determinanten in een organisatie. De interviews lieten zien dat organisaties met goede relaties met andere organisaties meer succes hebben bij het uitvoeren van interventies.

Veel van de gevonden determinanten kunnen beïnvloed worden wanneer (externe) deskundigen ingeschakeld worden ter ondersteuning van de invoering van een interventie. Dit dient begeleid te worden door onderzoek waarin meetinstrumenten gebruikt worden gebaseerd op een generiek model, zodat verschillende interventies geëvalueerd kunnen worden. Wanneer de studies vanuit een vergelijkbaar theoretisch raamwerk worden opgezet en de instrumenten naar een generiek niveau vertaald kunnen worden, wordt het mogelijk om de verschillende innovatiepogingen binnen en tussen betrokken sectoren met elkaar te vergelijken. Op deze vergelijkende manier kan voor dit relatief jonge onderzoeksveld meer generaliseerbare kennis ontwikkeld worden.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	2
1	Inleiding	4
1.1	Generiek model voor de implementatie van interventies.....	4
2	Methode	7
2.1	Literatuuronderzoek.....	7
2.2	Interviews deskundigen	8
3	Resultaten	11
3.1	Resultaten Literatuurstudie	11
3.2	Resultaten interviews	23
4	Conclusies en aanbevelingen	28
4.1	Conclusies.....	28
4.2	Aanbevelingen	32
4.3	Kritische kanttekeningen	34
4.4	Slot conclusie.....	35
5	Referenties	36
	Bijlage(n)	
	A Omschrijving determinanten met betrekking tot de vernieuwing uit Fleuren et al. (2010)	
	B Interviewschema deskundigen	

1 Inleiding

De afgelopen jaren is de prevalentie van overgewicht fors toegenomen. Dit kan alleen effectief worden bestreden door een integrale aanpak, waarin een juiste organisatorische infrastructuur de randvoorwaarden schept voor een continu aanbod van bewezen effectieve en aantoonbaar implementeerbare interventies (cf. EPODE, JOGG). In het CIAO project wordt gewerkt aan het beschikbaar maken van dergelijke effectieve en implementeerbare interventies voor lokaal beleid gericht op de preventie van overgewicht en obesitas.

Het project CIAO is een door ZonMW gefinancierd project in het derde Preventieprogramma. CIAO staat voor Consortium Integrale Actie tegen Overgewicht. Er wordt samengewerkt door vijf Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheidszorg. Het zijn de regio's Nijmegen, Zwolle, de stadsregio Rotterdam-Rijnmond, Noordelijk Zuid-Holland, en Limburg. Elke Academische Werkplaats is een samenwerkingsverband tussen praktijk, lokaal beleid, een gelieerde universiteit en/of universitair medisch centrum, en soms gelieerde landelijke kennisinstituten.

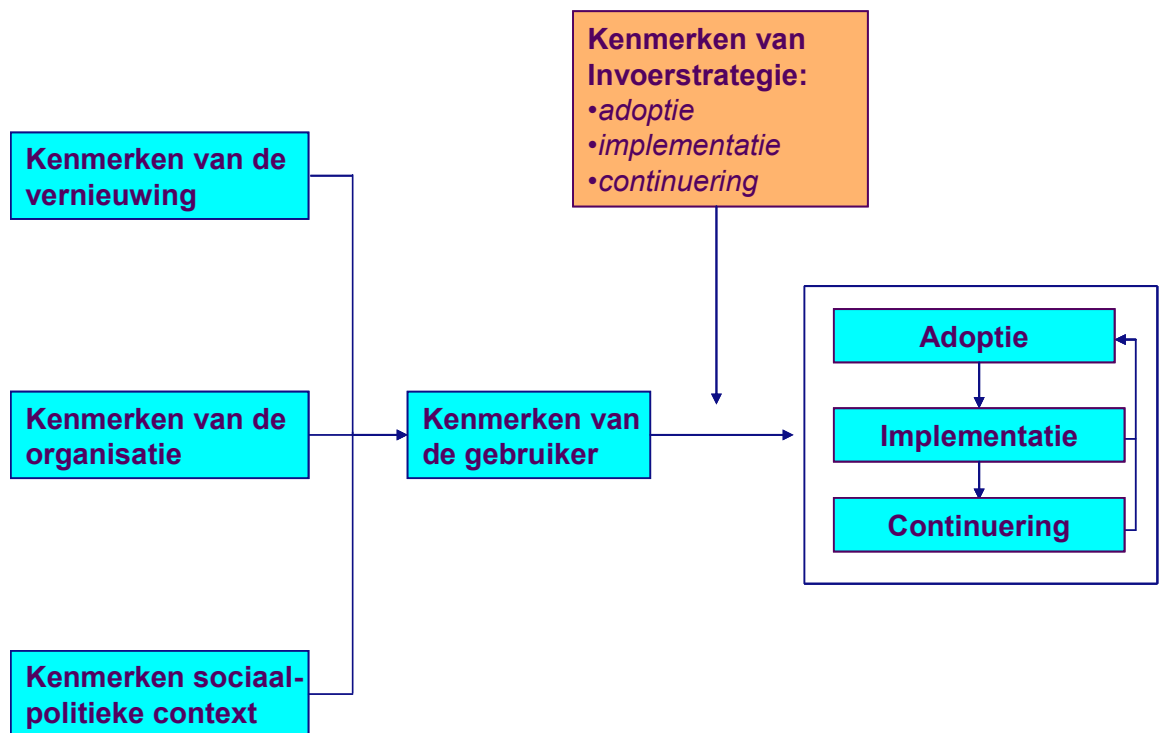
In dit onderdeel van het project CIAO (Fase 1) is een inventarisatie uitgevoerd naar zinvolle interventies en heeft betrekking op zowel 'Jeugd' als op 'Volwassenen'. Jeugd betreft de jeugd van 0-23 jaar, in het bijzonder jeugdigen van ouders met een lagere sociaal-economische positie en kinderen van ouders van allochtone afkomst. Het doel van dit onderdeel van het project CIAO is het verkrijgen van een overzicht van mogelijke interventies per leeftijdssegment. Deze interventies worden bij de mogelijke doelen rondom voeding, bewegen en opvoeding gezocht en betreffen zowel voorlichting, beleids- en omgevingsinterventies. Deze interventies zullen worden beoordeeld op een aantal criteria rondom werkzaamheid zoals effectiviteit en implementeerbaarheid. Op basis van de resultaten van Fase 1 kunnen lacunes in het aanbod en kennis over werkzaamheid van interventies gesignaleerd worden en welke vragen in de praktijk leven.

In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd van een inventarisatie van de voorwaarden voor succesvolle implementatie van interventies gericht op de preventie in deze doelgroepen, uitgevoerd door TNO Kwaliteit van Leven. Hierbij is gekeken naar factoren die een succesvolle implementatie van interventies beïnvloeden. Deze geeft inzicht in de wijze waarop op lokaal niveau een integraal overgewicht preventie programma kan worden ingebed in bestaande structuren. Hiertoe is een literatuurstudie verricht en zijn interviews gehouden met experts op het gebied van de uitvoering van interventies ter preventie van overgewicht bij jeugd en volwassenen.

1.1 Generiek model voor de implementatie van interventies

Voor de analyse van het onderzoeksmateriaal is gebruik gemaakt van het generieke model voor de invoering van vernieuwingen ontwikkeld door Fleuren et al. (2004, 2006, 2010). Dit model moet beschouwd worden als een denkmodel dat gebaseerd is op verschillende theorieën, en in het verleden meermaals succesvol in de praktijk is toegepast en uitgetest. Het model stelt het perspectief van de beoogde gebruiker van de vernieuwing centraal.

De eerste fase van het invoeringsproces is de adoptie fase waarin de beoogde gebruiker kennis neemt van de vernieuwing en besluit om al dan niet met de vernieuwing te gaan werken. Dit is een mentaal proces waarbij de beoogde gebruiker de vernieuwing zal bekijken en een positieve of negatieve intentie tot gebruik van de vernieuwing ontwikkelt. Daarna probeert de gebruiker daadwerkelijk met de vernieuwing te werken en gaat hij/zij ervaren of deze voor hem/haar in de praktijk uitvoerbaar is (implementatie). Tenslotte is het de bedoeling dat het werken met de vernieuwing onderdeel van de dagelijkse routine wordt (continuering) bij de gebruiker.



Figuur 1: Schematische weergave van het generieke model voor het invoeren van innovaties.

Figuur 1 laat zien dat het invoeringsproces cyclisch is. Slechte ervaringen met de vernieuwing in de dagelijkse praktijk kunnen er bijvoorbeeld de oorzaak van zijn dat een gebruiker terugkomt op zijn/haar eerder genomen (adoptie)beslissing om met de vernieuwing te gaan werken.

Het model gaat uit van het feit dat in elke fase van het invoeringsproces er complicaties kunnen optreden waardoor de invoering van een vernieuwing stagneert. Verschillende determinanten kunnen van invloed zijn op dit proces en zijn onder te verdelen naar kenmerken van:

1. de vernieuwing zélf, bijvoorbeeld gebruiksgemak, helderheid, voordeel of relevantie;
2. de (toekomstige) gebruiker van de vernieuwing, bijvoorbeeld kennis en vaardigheden, attitude en taakopvatting;

3. de organisatie waarin de vernieuwing wordt ingevoerd, bijvoorbeeld de besluitvormingsstructuur, de bezettingsgraad of de beschikbare tijd;
4. de sociaal-politieke omgeving, bijvoorbeeld medewerking van cliënten/patiënten/ouders/kinderen, medewerking van verwijzers of wet- en regelgeving, financiering of materiele voorzieningen.

In dit rapport gebruiken we de term ‘interventie’ i.p.v. ‘vernieuwing’. Een volledig overzicht van de determinanten staat in Bijlage A.

In dit rapport wordt dit generieke model gebruikt om na te gaan welke determinanten van invloed zijn op de succesvolle implementatie van interventies ter preventie van overgewicht bij volwassenen en jeugd. Hiertoe zijn een literatuuronderzoek en interviews met deskundigen uitgevoerd.

2 Methode

De methoden van het literatuuronderzoek (2.1) en de interviews met deskundigen (2.2) worden hieronder apart beschreven.

2.1 Literatuuronderzoek

2.1.1 *Zoekstrategie en inclusiecriteria*

De literatuur werd gezocht in vier databases: (1) PubMed, (2) PsycInfo, (3) Science Direct en (4) Scopus. Daarnaast is nog specifiek in de tijdschriften 'Implementation Science' en 'Evaluation and Program Planning' gezocht. In Tabel 1 staat een overzicht van de gebruikte zoektermen in PubMed. In de andere databases werd met vergelijkbare termen gezocht. Een artikel moest voldoen aan (a) één van de termen binnen een categorie ('OR') en (b) alledrie de categorieën (AND). De eerste categorie diende om het onderwerp overgewicht/obesitas te selecteren. De tweede categorie zocht interventies/implementatie van programma's. De termen in categorie 3 achterhaalden onderzoeken naar de wijze waarop een interventie was uitgevoerd én mogelijke determinanten daarvan. Er werd gezocht naar tijdschrift artikelen en er was geen restrictie wat betreft publicatie datum en onderzoekspopulatie. Deze zoekstrategie is in overleg met een gekwalificeerde documentalist van TNO Kwaliteit van Leven vastgesteld.

Tabel 1: Zoektermen literatuurstudie in PubMed (MESH termen).

Categorie 1	Categorie 2	Categorie 3
Obesity/prevention and control	Intervention studies	Outcome and process assessment (health care)
Life style	Health Plan Implementation	Process Assessment (health care)
Body Weight	Vrije tekst:	Program evaluation studies
Diet	Intervention(s)	Organizational change
	implementing	Organizational learning
	implemented	Organizational case studies
	implementation	Organizational policy
	lifestyle intervention(s)	Organizational culture
		Models, organizational
		Research design

De gevonden referenties werden in eerste instantie beoordeeld op basis van de titel en samenvatting. De volgende stap was het lezen van het gehele artikel. Inclusie criteria waren: (a) interventie aangaande overgewicht/obesitas, én (b) factoren die uitvoering van de interventie belemmerden of bevorderden volgens de uitvoerder van de interventie (de intermediair) én (c) empirisch onderzoek (geen meningen).

2.1.2 *Analyse van de artikelen*

De geselecteerde artikelen werden beoordeeld op een aantal aspecten. Ten eerste een beschrijving van het onderzoek: dataverzameling (interview, focusgroep, vragenlijsten), uitkomstmaat (mate van implementatie), meting determinanten van implementatie, aantal betrokken intermediairen/interventies, en onderzoeksopzet (controlegroep). Deze beschrijving leidde tot een oordeel over de kwaliteit van het onderzoek. Ten tweede een beschrijving van de interventie: doelgroep (kinderen, adolescenten, volwassenen), setting (school, bedrijf, 1^e lijn) en de focus van de interventie (voeding, beweging, zelfmanagement DM 2). Ten derde werd op basis van het model van Fleuren et al. (2004, 2010) de genoemde determinanten geordend in de categorieën: interventie, intermediair, organisatie en sociaal-politieke omgeving (zie Bijlage A). De beoordelingen van de artikelen (titel/samenvatting en gehele artikel) waren verdeeld over YJ en WO.

2.2 Interviews deskundigen

2.2.1 *Deelnemers*

Om inzicht te krijgen in de determinanten van de implementatie van interventies ter voorkoming van overgewicht/obesitas hebben wij experts op dit gebied geïnterviewd. In totaal zijn 18 mensen geïnterviewd waarbij twee sectoren aan bod kwamen (zie Tabel 2). Deze sectoren zijn school (met oog voor sport/beweging, voeding en opvoeding van de jeugd) en bedrijven (sport/beweging en voeding van volwassenen). Verder zijn er ook experts geïnterviewd die meer een algemene, beleidsmatige blik hebben.

Tabel 2. Overzicht geïnterviewde deskundigen.

#	deskundigheid	affiliatie	sector
1	Lenneke Vaandrager	Wageningen UR	algemeen
2	Christien Pietersen	GGD Gelre-IJssel	algemeen
3	Marian Sturkenboom	CGL, RIVM	algemeen
4	Maarten Stiggelbout	NIGZ	algemeen
5	Margreet Swagerman	TNO jeugdgezondheidszorg, GGD	algemeen
6	Femke Hoekstra	GGD Amsterdam	algemeen
7	Tamara Raaijmakers	Adviesbureau BaartRaaijmakers	bedrijven
8	Pieter Iedema	NISB	bedrijven
9	Maarten Jan Stam	InHealth	bedrijven
10	Robert Zwart	NISB	beweging
11	Marijn van de Meulengraaf	Sportservice midden nederland	beweging
12	Andrea Werkman	Voedingscentrum	voeding
13	Krystian Wojcik	Fit & Vitaal 2, HAN	kinderopvang
14	Paul van Opdorp	Jump-in, GGD Amsterdam	school
15	Lyne Blanchette	GGD Rotterdam-Rijnmond, Rotterdam Lekker Fit	school
16	Rick Prins	YouRAction, EUR	school
17	Goof Buys	NIGZ	school
18	Amika Singh	DOiT, VU	school

Verder is bij het opstellen van de lijst met geïnterviewden rekening gehouden met betrokkenheid bij in Nederland bekende interventies. Zo komen tijdens interviews op het vlak van interventies voor de jeugd de volgende bekende interventies of interventiemixen aan bod:

- Voeding
 - o Schoolgruiten
 - o Gezonde Schoolkantine
 - o Krachtvoer
 - o Schooldiëtist
 - o Smaakontwikkeling, smaaklessen
 - o Supershopper
 - o Superchef
- Beweging
 - o Speelnatuur in de stad
 - o BeweegTas
 - o Cool fit
- Signalering
 - o Signalering overgewicht
 - o Leerlingvolgsysteem
- Mix
 - o Topscoren: Do it!
 - o Jump-in (beweegmanagement)
 - o Lekkere Fit Rotterdam – Rijnmond
 - o Score op gezondheid
 - o Overbruggingsplan overgewicht
 - o Fit & Vitaal

Tijdens interviews op het vlak van interventies op het werk kwam enkel de interventie BRAVO aan bod. Dit staat voor meer Bewegen, niet Roken, matig gebruik van Alcohol, gezonde Voeding en voldoende Ontspanning. Ten slotte is ook aan de geïnterviewden gevraagd of zij naar andere experts in het veld konden refereren.

2.2.2 Procedure

De interviewprocedure verliep als volgt. Op basis van de bovenbeschreven punten is een inventarisatie gemaakt van mogelijke experts. Vervolgens zijn zij benaderd, geïnformeerd over de achtergrond en doel van het CIAO project en uitgenodigd voor een interview. Voorafgaand aan het interview werd hen het volgende toegestuurd: (a) achtergrond van project CIAO deelonderzoek implementatie, (b) de interviewvragen, en (c) het artikel van Fleuren et al. (2010) met een beschrijving van de verschillende determinanten van implementatie. Tijdens de interviews kwamen drie onderdelen aan bod (zie ook interviewvragen in Bijlage B):

- Interventies waarbij men betrokken is of kennis van heeft;
- Succes en faalfactoren die werden ervaren tijdens ontwikkeling en implementatie van deze interventies;
- Algemene aanbevelingen ten aanzien van ontwikkeling en implementatie van gezondheidsinterventies.

De interviews werden uitgevoerd door OBH en WO. Zeven interviews zijn face-to-face afgenomen en 11 interviews telefonisch. De interviews duurden ongeveer één uur. Tijdens de interviews zijn bandopnames en aantekeningen gemaakt. Deze zijn vervolgens samengevat in een verslag en teruggekoppeld aan de geïnterviewden. Hierbij werd om toestemming gevraagd om het verslag als bron voor de rapportage te gebruiken.

2.2.3 *Analyse*

De verslagen van de interviews zijn geanalyseerd op basis van de categorisatie van Fleuren et al. (2004, 2010; zie Bijlage A). Deze analyse leverde een overzicht van determinanten (c.q. succes- faalfactoren) per categorie. Per interview is een determinant slechts één keer gescoord, ook al vertelde de geïnterviewde er op verschillende manieren over. Er is vervolgens gekeken naar determinanten die frequent genoemd zijn en naar opvallendheden.

3 Resultaten

De resultaten van het literatuuronderzoek (3.1) en de interviews met deskundigen (3.2) worden hieronder apart beschreven.

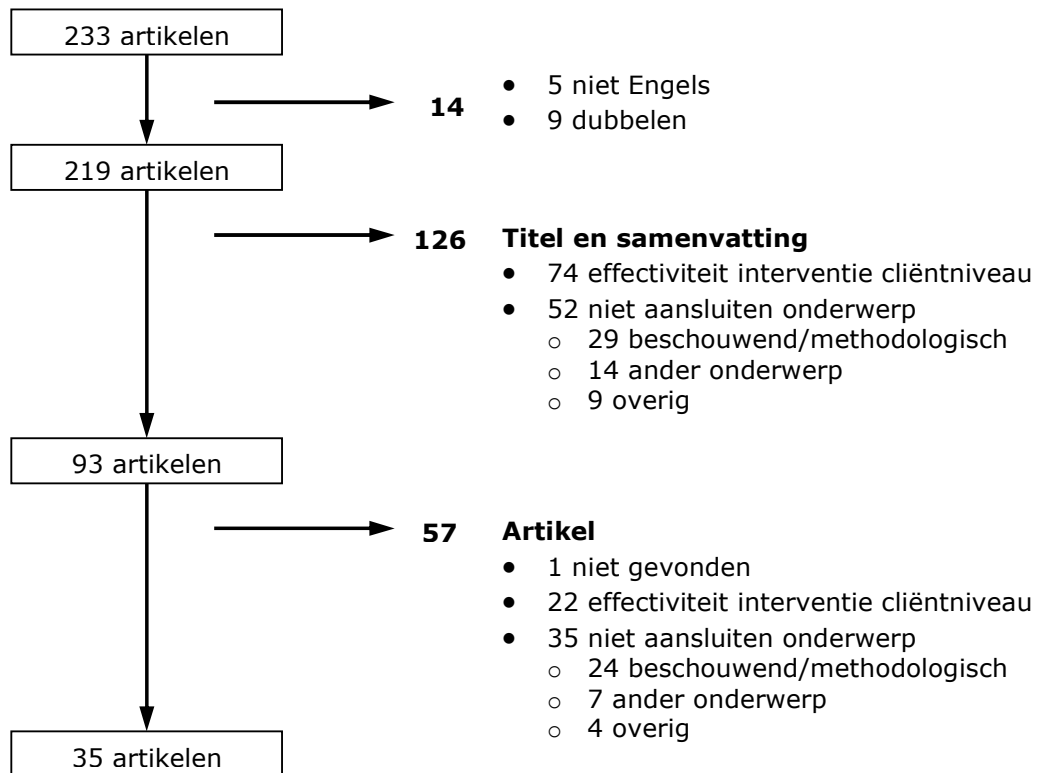
3.1 Resultaten Literatuurstudie

Eerst wordt de selectie van de geïncludeerde artikelen genoemd (3.1.1.), vervolgens worden deze beschreven (3.1.2.). Tot slot worden de determinanten van succesvolle implementatie van interventies beschreven per categorie, namelijk determinanten gerelateerd aan de interventie, de intermediair, de organisatie en de sociaal-politieke omgeving (3.1.3.).

3.1.1 *Selectie van de artikelen*

Figuur 2 toont de selectie van de artikelen. Er werden 233 artikelen gevonden, echter 5 artikelen waren niet in de Engelse taal en er bleken 9 dubbele artikelen te zijn. De titel en de samenvatting van de resterende 219 artikelen werden gelezen. Er werden 126 artikelen geëxcludeerd (57,5%). Ruim de helft (58,7%) bleek te gaan over de effecten van de interventie op cliënten of patiënten (bijvoorbeeld BMI of voedingspatroon), waarbij niets gezegd werd over de wijze van implementeren van de interventie. De overige 52 artikelen gingen over een ander onderwerp. Meestal betrof dat artikelen (n= 29) die geen empirisch onderzoek beschreven, maar beschouwingen van de auteur(s) weergaven over (onderzoek naar) overgewichtpreventie via interventies en beleid, en gezondheidsbevordering in het algemeen. Veertien artikelen gingen over een ander onderwerp, zoals kanker, lage rugpijn en onveilige sex. Bij de categorie 'overig' (n = 9) werd bijvoorbeeld de ontwikkeling van een interventie beschreven of strategieën voor translationeel onderzoek.

Van de 93 geïncludeerde artikelen kon de tekst van één artikel niet achterhaald worden (Story, 2003). Van de overige 92 artikelen bleken er 57 (62,0%) te worden geëxcludeerd. Ook nu bleek nog 39,3% van de artikelen te gaan over de effecten van interventies op cliënten en niet over factoren die de implementatie van de interventie beïnvloeden. De resterende 35 artikelen gingen over een niet aansluitend onderwerp. De meeste daarvan (n = 24) waren weer geen weergaven van empirische onderzoeken naar determinanten van de implementatie van interventies. Het betrof dan de mening van de auteur(s) over interventies ter preventie van overgewicht of beleid op dit thema. Ook artikelen over de kwaliteit van interventies en methodologische aspecten van interventie-onderzoek. Zeven artikelen gingen over interventies aangaande een ander onderwerp zoals eetstoornissen en roken. De categorie 'overig' (n= 4) omvatte bijvoorbeeld een kostenstudie, en de hervorming van de gezondheidszorg in Brazilië.



Figuur 2: Stroomschema van de selectie van artikelen.

In deze fase zijn de inclusiecriteria soms iets minder strikt gehanteerd, zodat we toch voldoende informatie over de implementatie van interventies ter voorkoming van overgewicht zouden vinden. Bijvoorbeeld, Miller (1999) gaat over hoe zorgverleners leefstijl interventies, zoals voeding en beweging, kunnen inzetten om volwassenen te leren omgaan met hun hoge bloeddruk. Een ander voorbeeld is Mongeau (2008) dat een opiniërend artikel is over de selectie van interventies ter preventie van obesitas. Deze artikelen gaven echter wel aanwijzingen voor determinanten van de implementatie van interventies.

3.1.2 Beschrijving geselecteerde artikelen

Tabel 3 geeft een overzicht van de gevonden artikelen. We zullen bij de beschrijving van de artikelen de nummering aanhouden zoals deze in Tabel 3 aan de artikelen is gegeven. Opvallend is dat de meeste artikelen van vrij recente datum zijn. Slechts drie artikelen zijn van voor 2000 (#15, #18 en #19). Vanaf 2005 tot nu is 74,3% (n= 26) van de artikelen gepubliceerd, waarbij in 2009 zelfs 10 artikelen. In Tabel 4 staat een overzicht van de tijdschriften waarin de geselecteerde artikelen stonden. Bijzonder is de grote variatie in tijdschriften: de 35 artikelen stonden in 19 verschillende tijdschriften. Artikelen kwamen vooral vaker (n = 5) uit de twee tijdschriften waarin apart gezocht was naar artikelen, namelijk 'Implementation Science' en 'Evaluation and Program Planning'. Daarnaast stonden in 'Preventive Medicine' en 'American Journal of Preventive Medicine' relatief vaker artikelen (n=4).

In Tabel 5 wordt een overzicht gegeven van de gevonden interventies. De helft van de artikelen (n= 17) had jeugd als doelgroep, waarbij de interventies allemaal op scholen werden uitgevoerd met meestal de docenten als intermediairen. Vijftien interventies waren gericht op overgewicht, waarbij één alleen op voeding (#8), vier alleen op beweging (#11, #20, ##28, #35) en 10 op voeding en beweging. Eén interventie was in het algemeen gericht op gezond gedrag, waaronder voeding (#22). Een laatste interventie was gericht op risicovol gedrag van jongeren zoals drugsgebruik, maar is opgenomen vanwege de inzichten over determinanten van implementatie.

Uit Tabel 5 blijkt ook dat 12 artikelen volwassenen als doelgroep hadden, waarvan 7 volwassen in het algemeen, en 5 artikelen hadden een meer specifieke doelgroep zoals personen met overgewicht (#14), met Diabetes Mellitus 2 (#2, #21, #24) en met hoge bloeddruk (#15). De meeste van deze interventies hadden als doel een gezonde leefstijl te bevorderen of goed management van een chronische aandoening. Meestal vonden ze plaats in de 1^e of 2^{de} lijn van de gezondheidszorg en werden ze uitgevoerd door zorgprofessionals, zoals huisartsen en verpleegkundigen. Twee interventies waren gericht op een wijkbrede aanpak (#2, #18). Daarnaast zijn 2 artikelen opgenomen gericht op moeders van pasgeborenen die gericht waren op het gezinsfunctioneren en de gezondheid van de moeder (#17, #25). Deze artikelen verschaften inzichten in determinanten van implementatie.

Tabel 3: Overzicht gevonden 35 artikelen en hun onderzoekskwaliteit.

#	1 ^e auteur	jaar	Omschrijving artikel	Meting determinanten	meting implementatie	oordeel
1	Belansky	2009	effect lokaal welzijnsbeleid	interviews 13 schoolhoofden, 9 ambtenaren lokaal beleid	nee	++
2	Feathers	2007	culturele aanpassing interventie voor Latino's en African Americans (Racial and Ethnic Approaches to Community Health)	focusgroepen trainers 10 interventies, observatie 1 bijeenkomst per interventie	opkomst trainingen, uitvoering welke onderdelen programma	±
3	Franks	2007	factoren implementatie gezondheidsprogramma's op scholen	drie beschrijvende case studies (CATCH, Planet Health, Not On Tobacco) deels op onderzoek naar deze programma's	uitvoering welke onderdelen programma / bereik gemeten	±
4	Gittelsohn	2003	implementatie en effecten van overgewicht programma Pathways	uitgezet bij 21 scholen en 3 jaar gevolgd. Kwalitatief diepte-interviews met personeel school (n=290), kwantitatief implementatie-indexen (o.a. logboekjes)	5 implementatie indexen voor uitvoeren programma in klas kantine, gym, ouderbetrokkenheid, In waargenomen blootstelling	++
5	Harting	2005	continuering van programma Hartslog, na de interventie	vragenlijsten cardiologen (n=12) en HA (n=12), informele gesprekken en notulen	Tabel welke onderdelen interventie niet gedaan zijn zoals geplanned, hoe verliep het na interventie	+
6	Heim	2005	Ontwikkeling handheld computer om op-maat leefstijl te counselen (MLIT)	beschrijvend over de implementatie en lessons learned	nee	±
7	Jacobsen	2005	ervaringen huisartsen deelname interventie screening en counseling gezonde leefstijl	1 focusgroep met 5 huisartsen	nee	±
8	Johnston	2009	beschrijving ontwikkeling en implementatie van aangepaste menu's in schoolkantine (Rock on Cafe)	uitgevoerd in 15 schooldistricten, determinanten alleen in discussie genoemd	Deelname aan lunch	±
9	Kahn	2002	review voor Community guide, waarin effectieve beweegprogramma's staan om beleid Healthy People 2010 te realiseren	onderscheid interventies a. informatie ivm kennis/attitude, b. gedrags- en sociale, c. omgeving en beleid	effectiviteit, welke doelgroepen toe-pasbaar, andere pos/neg gevolgen, kosten (economie), barrières implementatie	++
10	Kipping	2008	vertaling USA programma 'Eat well keep moving'/ Planet Health naar UK. Beschrijving pilot	interview 6 v/d 10 leraren	uitvoering welke onderdelen programma	±

#	1 ^e auteur	jaar	Omschrijving artikel	Meting determinanten	meting implementatie	oordeel
11	Kong	2009	haalbaarheidsstudie interventie in groep lopen naar school: Walking School Bus	2 WSB groepen. Focusgroep 9 ouders (vrijwilligers), interview 2 leiders WSB groepen	Frequentie van wandelen	±
12	Kottke	2006	implementatie van beweeginterventies, van onderzoek naar praktijk	editorial bij special issue 'Activity promoting interventions'	nee	++
13	Laws	2009	kwalitatief onderzoek naar implementatie leefstijl counseling 1 ^e lijn	3 praktijken, 29 voor en 30 interviews na invoering interventie met intermediairen; analyse via grounded theory	nee	++
14	McTigue	2009	controlled cohort design voor effectstudie WillLow programma.	lessons learned onderzoekers bij implementatie	nee	±
15	Miller	1999	effectstudies zelfmanagement hypertensie	review (selectie artikelen onduidelijk)	nee	-
16	Mongeau	2008	selectie interventies obesitas preventie	opinie / editorial	Nee	±
17	Mykota	2008	evaluatie implementatie Programma opvoedingsondersteuning 'Parenting plus'	diepte interviews 23 zorgverleners, kwalitatieve analyse	nee	++
18	O'Loughlin	1998	onderzoek determinanten continuering van interventies preventie van hart- en vaatziekten	telefonische interview 180 sleutelfiguren mbt 189 interventies	Mate van structurele inbedding	+
19	Orlandi	1987	mogelijkheden preventie en gezondheidsbevordering 1 ^e +2 ^e lijn	review (selectie artikelen onduidelijk)	nee	-
20	Owen	2006	wat is nodig om bewegingsinterventie wijd te verspreiden	beschouwend, SPARK/CATCH als illustraties	nee	±
21	Perrin	2006	RCT zelfmanagement HVZ en DM2 (Florida Health Literacy Study): nagaan in hoeverre programma moest worden aangepast aan eisen centra	14 interventie centra: logboekjes staf, aantekeningen staf, observaties, patient verhalen, interviews educators. Analyse via ethnographisch analyse software	nee	+
22	Piper	2007	evaluatie werving scholen voor deelname aan RCT 'Healthy for life'	ervaringen van de onderzoekers	nee	+
23	Pluye	2004	model om interventies voor gezondheidsbevordering te continueren	Review, 34 studies, gaat vooral in op organisatie-aspecten	nee	-
24	Presseau	2009	toepassing Theory of Planned Behaviour op implementatie gedrag huisartsen	12 semi-gestructureerde interviews, inhoudsanalyse huisartsen	Intentie tot gebruik (geen relatie met andere factoren gelegd)	+
25	Riley	2009	trial gemeenschapsbrede interventie: nagaan rol implementatiefunctionaris tov interventie	9 functionarissen, narratieve analyse van hun dagboek-gegevens (2 jaar)	nee	+

#	1 ^e auteur	jaar	Omschrijving artikel	Meting determinanten	meting implementatie	oordeel
26	Rogers	2009	mogelijkheden om interventies uit te voeren op school om 5-2-1-0 bericht te promoten	7 basis- en 2 middelbare scholen, vragenlijst: n=16 administrators, n= 234 docenten	nee	+
27	Sahota	2001	(effect)evaluatie van de implementatie schoolbrede interventie overgewicht,	10 basischolen, 20 docenten vragenlijst na interventie	nee	+
28	Saunders	2006	procesevaluatie rond RCT LEAP	interviews, observaties, documentonderzoek bij 12 scholen die interventie uitvoerden	uitvoering welke onderdelen programma	++
29	Scott	2008	factoren die van invloed zijn op adoptie en implementatie van Healthy Heart Kit in huisartsenpraktijk	na 2 maanden schriftelijke vragenlijst 115 huisartsen, theory planned behavior, diffusion theory	hoe vaak HHK gebruikt bij geschikte patiënten	+
30	Singh	2009	procesevaluatie implementatie RCT DOIIT in scholen	interviews/vragenlijst (?) 22 docenten van 10 interventie scholen	Bereik (aantal IIn), interventie uitgevoerd als bedoeld	+
31	Steckler	2003	mate van implementatie programma Pathways	zie ook #4. Uitgebreider verslag van de 5 indexen. Gaat vooral in op de implementatie maten, weinig over determinanten.	Bereik (aantal IIn), aantal uitgevoerde onderdelen, interventie uitgevoerd als bedoeld	+
32	Thaker	2008	implementatie-onderzoek bij RCT (effect) van programma Reconnecting Youth	10 scholen: observaties tijdens 2 bezoeken, vragenlijsten en interviews met 32 docenten en staf school/district	nee	+
33	Tsai	2009	evaluatie programma Take10!	open vragen in vragenlijst 29 docenten, interviews, observaties	nee	+
34	Wiecha	2004	implementatie onderzoek programma Planet Health (PH)	3 meetmomenten (eens per jaar); vragenlijst voor intermediairen op 6 scholen (36 < n < 50); interviews met 4-6 PH specialisten en 5-6 beheerders van de scholen	uitvoering welke onderdelen programma, aantal lessen	++
35	Wilson	2006	pilot voorafgaand aan RCT gericht op ontwikkeling en implementatie programma, procesevaluatie	checklists dagelijks ingevuld door staf, opmerkingen van staf, open vragen kwalitatieve analyse	checklists nagaan programma uitgevoerd als bedoeld	+

Tabel4. Overzicht van de tijdschriften van geselecteerde artikelen.

	tijdschrift	aantal
1	Evaluation and Program Planning	5
2	Implementation Science	5
3	American Journal of Preventive Medicine	4
4	Preventive Medicine	4
5	Diabetes Educator	2
6	Health Education Research	2
7	Annals of Family Medicine	1
8	Archives of Diseases in Childhood	1
9	BMJ	1
10	Health Promotion Practice	1
11	International Journal Public Health	1
12	Journal of Clinical Hypertension	1
13	Journal of Pediatric Psychology	1
14	Journal of Public Health Policy	1
15	Journal of School Health	1
16	Journal of School Nursing	1
17	Pediatrics	1
18	Preventing Chronic Disease	1
19	Scandinavian Journal of Public Health	1

Tot slot gingen 4 artikelen niet over een specifieke interventie, maar over beweeginterventies en gezondheidsbevordering in het algemeen (#9, #12, #16, #23). Dit betreft dan reviews of editorials, die op basis van andere onderzoeken uitspraken doen over determinanten van implementatie.

In totaal waren 23 artikelen gebaseerd op Amerikaans onderzoek. Daarnaast waren er 5 Canadese onderzoeken, 3 Engelse, 2 Nederlandse, 1 Australisch en 1 Deens onderzoek. Het soort onderzoek staat in Tabel 2 beschreven. In alle artikelen werd iets gezegd over determinanten van implementatie, want dat was onderdeel van de selectieprocedure. Echter bij 19 artikelen werd de mate van implementatie niet beschreven. In 13 artikelen betrof dit onderzoek naar de effectiviteit van een interventie, waarbij dan ook een vorm van procesevaluatie is uitgevoerd. De intermediairen zijn ondervraagd over de succes- en faalfactoren tijdens de interventie. Hierbij werd in drie artikelen deze ondervraging grondig aangepakt middels (diepte)interviews met een behoorlijk aantal intermediairen (#1, #13, #17). In 6 artikelen waarin geen implementatie maat werd vermeld was sprake van een review, editorial of case studies. Eén review (#9) is heel uitgebreid en geeft een overzicht van o.a. de effectiviteit en barrières bij implementatie van de in 2002 bekende interventies om beweging te stimuleren.

Bij 16 artikelen werd wel een maat van implementatie beschreven. Dit varieerde van uitgebreide empirische indexen naar verschillende aspecten van de interventie (#4, #31) tot meer simpele frequentie maten (#8, #11). Meestal werd nagegaan of de interventie was uitgevoerd zoals bedoeld, maar ook het bereik werd soms gemeld. In één artikel (#24) werd de intentie tot gebruik van de interventie gemeten en dit is beschouwd als implementatiemaat. Opvallend was dat de meeste artikelen geen expliciete (statistische) relatie legden tussen de mate van implementatie en de determinanten van implementatie. De standaard lijkt een RCT waar de effectiviteit van een interventie mee wordt aangetoond, waarbij (a) de intermediairen worden geïnterviewd als procesevaluatie, en separaat (b) het bereik, of de intensiteit, of uitgevoerd als bedoeld worden beschreven.

Slechts in twee onderzoeken werd een expliciete relatie gelegd tussen determinanten en de mate van implementatie. Eén artikel (#18) onderzocht welke determinanten van invloed waren op de continuering van interventies ter preventie van hart- en vaatziekten. Het andere artikel (#29) gebruikte de componenten uit de Theory of Planned Behavior om het gebruik van de Healthy Heart Kit te voorspellen. Beide interventies gingen niet direct over preventie van overgewicht.

Tabel 5. Overzicht van de interventies in de geselecteerde artikelen.

#	doelgroep	setting	intermediair	focus
1	kinderen	basisschool	Ambtenaar, schoolhoofd	Overgewichtpreventie: voeding, beweging
3	jeugd	school	docenten	Overgewichtpreventie: voeding, beweging (CATCH, Planet health)
4	jeugd (native American)	school	(gym)docenten Kantinepersoneel ouders	Overgewichtpreventie: voeding, beweging (Pathways)
8	kinderen	Basisschool	kantine personeel	Overgewicht, voeding kantine (Rock on Cafe)
10	kinderen (9-10 jaar)	basisschool	docenten	voeding, beweging, tegen sedentair gedrag
11	Kinderen	basisschool	Vrijwilligers (ouders)	Beweging (Walking School Bus)
20	jeugd	school	docenten	beweging
22	jeugd 11-14jr	middelbare school	o.a. docenten	'Healthy for Life' gezond gedrag: o.a. voeding
26	Jeugd, adolescenten	basis- en middelbare school	Docenten, bestuur/beheer	Beweging, voeding (5-2-1-0 bericht: (5 st fruit / groente, 2 uur TV, 1 uur beweging, geen suikerdranken)
27	jeugd 7-11 jr	Basisschool, gezin, wijk	Docenten, kantine-personeel, ouders	Overgewicht: voeding, beweging (APPLES)
28	meiden	middelbare school	(gym)docenten, staf	'LEAP' programma voor beweging
30	adolescenten 12-14jr	middelbare scholen, lessen gym/biologie	docenten	Overgewicht: voeding, beweging (DOIT)
31	Native American jeugd	Basisschool, ouders	docenten	Overgewicht: voeding, beweging (Pathways)
33	jeugd 2-5jr jeugd 6-11jr	Kinderopvang lagere school	docenten	'Take10!' Programma overgewichtpreventie: Beweging, voeding
34	9-13 jr jeugd	middenschool	docenten	Overgewicht: beweging, voeding (Planet Health)
35	adolescenten	Middelbare school, wijk	staf	Beweging na school in wijk, voeding (Active by Choice Today)
32	adolescenten	Middelbare school	docenten	Risicogedrag: drugs (Reconnecting Youth)
5	volwassenen	1 ^e en 2 ^e lijn zorg	Gezondheidsadviseurs	Preventie hart- en vaatziekten: voeding, beweging (Hartslag)
6	volwassenen	1 ^e lijn zorg	huisarts	Voeding, overgewicht
7	volwassenen	1 ^e lijn zorg	huisarts	Leefstijlcounseling

#	doelgroep	setting	intermediair	focus
18	volwassenen	Verschillende	Verschillende	Preventie hart- en vaatziekten
29	volwassenen	1 ^e lijnszorg	huisartsen	Preventie hart- en vaatziekten (Healthy Heart Kit)
13	volwassenen	1 ^e lijn zorg	zorgprofessionals	Leefstijlcounseling
19	volwassenen	1 ^e en 2 ^e lijn zorg	zorgprofessionals	Gezond gedrag, o.a. leefstijl
14	Volwassenen: overgewicht	1 ^e lijn zorg	zorgprofessionals	Diabetes preventie (WiLLoW): Voeding, beweging
15	Volwassenen: hoge bloeddruk	zorg	zorgprofessionals	Hoge bloeddruk: Voeding, beweging, overgewicht
2	Volwassenen: DM 2	wijk	Family Health Advocates	DM2 zelfmanagement: Voeding, beweging
21	Volwassenen: DM 2, HVZ	1e lijns zorg (community health center)	"health educators"	Leren controleren van diabetes type II hart- en vaatziekten
24	Volwassenen: DM 2	1e lijns zorg	huisartsen	Management DM: beweging, bloeddruk
17	Moeders baby's	gezin	verpleegkundige	Opvoeding, gezins functioneren
25	Moeders baby's	Gemeenschapsbrede interventie	Implementatie-functionaris	Voorkomen postnatale depressie, gezondheid moeder (PRISM)
9	Verschillende	Verschillende	Verschillende	beweging
12	algemeen	algemeen	algemeen	Beweging interventies
16	algemeen	algemeen	algemeen	overgewichtpreventie
23	algemeen	algemeen	algemeen	Gezondheidsbevordering

In Tabel 3 staat ook de uiteindelijke beoordeling van de kwaliteit van het artikel voor het doel van dit literatuur onderzoek. Een artikel kreeg een '++' beoordeling als het (a) ging over preventie van overgewicht, én (b) determinanten van implementatie, én (c) empirisch van aard was of duidelijk op empirische onderzoeken was gebaseerd. In totaal kregen 8 artikelen een '++' beoordeling. Drie keer kreeg een artikel de beoordeling '-', want dan was de methode zo onduidelijk of betrof het meer resultaten op beleidsniveau. In totaal kregen 10 artikelen een '±' beoordeling, en 14 artikelen ontvingen een '+' beoordeling.

3.1.3 *Determinanten van implementatie*

Nagegaan is in hoeverre in de artikelen empirische evidentie is gevonden voor de invloed van determinanten bij de implementatie van interventies ter preventie van overgewicht. In Tabel 6 staan de determinanten gerelateerd aan de interventie zelf die werden gevonden. Kleuren geven in deze tabel de kwaliteit van het artikel weer, de nummers duiden de artikelen aan volgens de nummering in Tabel 3. Als belangrijkste determinant kwam 'compatibility', congruentie, of adaptief vermogen naar voren. Dit werd in 13 artikelen van verschillende kwaliteit genoemd zowel bij jeugd als bij volwassenen. Het omvat dat de interventie in bestaande werkwijzen, procedures, roosters kan worden ingepast. Echter ook dat de interventie aan de specifieke doelgroep kan worden aangepast. Op deze manier kan de interventie aan de behoefte van de lokale intermediair worden aangepast. Dit betekent dat de interventie flexibel moet zijn.

Tabel 6. Determinanten gerelateerd aan de interventie uit de literatuur, waarbij de nummering is aangehouden uit Fleuren et al. (2010), zie Bijlage A.

#	omschrijving	# artikel ^a en kwaliteit			
		++	+	±	-
2/3	aansluiten/aanpassen (a) bestaande procedures en (b) bestaande doelgroep	12 13 17 34	5 18 21 31 32	3 8 10	23
10	betrekken betrokkenen bij de ontwikkeling	12 17 28	27 35	3 6 8	
5	zichtbare uitkomsten	12 17	5 29		
4	relatief voordeel voor de intermediair	13	5 29 33		
1	heldere procedures, goede planning	9 34		11	15 19
6	aantrekkelijkheid vormgeving	4		2 11	
7	Bewezen effectiviteit interventie			20	

^a nummering artikelen volgens Tabel 3

Als tweede kwam naar voren dat alle betrokkenen, zowel op niveau van intermediairen, als eindgebruikers en andere belanghebbenden in de organisatie(s) bij de ontwikkeling betrokken worden. Fleuren et al. (2010) geven al aan dat dit een “conditio sine qua non” is.

De zichtbaarheid van de uitkomsten voor de intermediair is ook relevant. Wanneer de interventie zichtbaar succesvol is werkt dit motiverend voor de intermediair zeker bij de continuering van de interventie. Ook genoemd werd het relatieve voordeel dat de interventie meebrengt voor de intermediair, bijvoorbeeld dat leerlingen rustig zijn. Belangrijk was ook dat er duidelijke uitleg moest zijn over de uitvoering van de interventie (handleiding met concrete gedragsvoorschriften) en dat de interventie aantrekkelijk/leuk/afwisselend moest zijn. Weinig werd genoemd dat de interventie bewezen effectief moet zijn.

Tabel 7. Determinanten gerelateerd aan de intermediair uit de literatuur, waarbij de nummering is aangehouden uit Fleuren et al. (2010), zie Bijlage A.^a

#	omschrijving	# artikel ^b en kwaliteit			
		++	+	±	-
16	vaardigheden	9 12 13 17 34	25 32	3 7 11 14 16	15 19
20	past bij taakopvatting	1 4 9 13	5 24 27 32 33	7 14	
17	kennis	1 9 12 13	25 32	3 11 14	19
11	sociale steun collega's	4 13 34	22 24 35		
18	eigen effectiviteit	13 17	24	11	19 15
	verwachte effectiviteit voor cliënt	13 34	30 33	7	19
21/22	verwachte medewerking/waardering cliënten	13	5 24 31		19
19	ownership/intrinsieke motivatie	4 13 34	21		
13/14	steun management	4 34		3 11	
25	ethische argumenten	13		7	
	eigen leefstijl	13			

^a Indien er geen nummer voor de determinant staat dan komt deze niet voor in het overzicht van Fleuren et al. (2010)

^b nummering artikelen volgens Tabel 3

In Tabel 7 staan de determinanten die gerelateerd zijn aan de intermediair. Opvallend is dat vaardigheden in 14 artikelen werden genoemd, kennis in 10 artikelen en eigen-effectiviteit in 6 artikelen. Dit gold voor de doelgroepen jeugd en volwassenen. De interventie wordt dus beter uitgevoerd als de intermediair over de juiste kennis en vaardigheden beschikt, en inschat dat hij in staat is de interventie uit te voeren (eigen-effectiviteit).

Opvallend is dat de tweede determinant beschrijft of de uitvoering van de interventie past bij de taakopvatting van de intermediair. Dit werd in 11 artikelen genoemd. In twee daarvan (#13, #7) werd dit zelfs als een ethisch punt genoemd. Bij jeugd betreft dit dan de vraag of gezondheidsbevordering hoort bij de academische taken van een school, terwijl bij volwassenen dit gaat over zorgverleners (huisartsen) die zich afvragen of preventie hoort bij hun medische zorgverlening. Dit laatste houdt verband met verwachte medewerking door cliënten. Deze determinant kwam vooral voor bij de doelgroep volwassenen. Het gaat om de inschatting van de zorgverlener of de patiënt die op consult komt het gepast vindt als er “opeens” over preventieve zaken gepraat wordt, zoals een gezonde leefstijl, terwijl de patiënt daar eigenlijk niet voor komt.

Tabel 8. Determinanten gerelateerd aan de organisatie uit de literatuur, waarbij de nummering is aangehouden uit Fleuren et al. (2010), zie Bijlage A.^a

#	omschrijving	# artikel ^b en kwaliteit			
		++	+	±	-
42	beschikbare tijd	4 34	24 26 27 30 31 32 33		
38/39	financiën	1 9 12 17	5 22 32	3 8 11	19 15
40	materiële voorzieningen	4 9 13 34	5 22 30 32	6 7	15
43/44	kartrekker/projectgroep	12	5 18 26 27 32 35	3 11	
41	administratieve ondersteuning / infrastructuur	4 12 34	22	3 8	
	past bij visie/beleid organisatie	1 13	18 22	3	
35	aanwezige expertise/personeel		18 22 27 30	11	
33	personeelsverloop	34	32		
29	Grote organisatie makkelijker		22 29		
	concurrentie andere gezondheidsinterventies		22		
	Relatief voordeel organisatie		22		

^a Indien er geen nummer voor de determinant staat dan komt deze niet voor in het overzicht van Fleuren et al. (2010)

^b nummering artikelen volgens Tabel 3

De sociale steun van collega's (6 artikelen) en ondersteuning van het management (4 artikelen) bevorderden het uitvoeren van de interventie zoals bedoeld. De verwachting dat de interventie effectief zal zijn voor de eindgebruikers is ook een belangrijke determinant. De intermediairen moeten wel de verwachting hebben dat de interventie nuttig zal zijn, oftewel gezondere voeding, meer beweging en een gezond gewicht zal opleveren. Ook deze wordt bij jeugd en volwassenen genoemd. Daarnaast werd in vier artikelen expliciet genoemd dat intermediairen zich betrokken moesten voelen bij de interventie. Eén artikel noemde dat de eigen leefstijl van de intermediair van invloed is,

namelijk dat een intermediair met een ongezonde leefstijl minder geneigd is een interventie uit te voeren die een gezonde leefstijl propageert.

In Tabel 8 staan de determinanten die gerelateerd zijn aan de organisatie. Ook nu blijkt dat beschikbare tijd, materiële voorzieningen en financiën de top 3 vormen van deze determinanten. Bij de materiële voorzieningen worden lesmaterialen genoemd, maar ook het gebruik van een gymzaal en computerfaciliteiten.

De aanwezigheid van een ondersteunende projectgroep of een ‘kartrekker’ (of ‘program champion’, ‘change agent’, ‘linkage system’) werd in 9 artikelen genoemd als een stimulans voor het uitvoeren van een interventie. De kartrekker neemt het voortouw, maar kan ook als vraagbaak dienen voor de intermediair tijdens de uitvoering van de interventie. Dat de organisatie voldoende administratieve ondersteuning biedt en een goede infrastructuur werd ook expliciet in 6 artikelen genoemd. De intermediair kan zich dan helemaal inzetten voor de uitvoering van de interventie. Dit gaat allemaal wat makkelijker in een grote organisatie wat in 2 artikelen werd genoemd.

In het verlengde van de taakopvatting van de intermediair werd bij de organisatie ook in 5 artikelen genoemd of de interventie past in de visie of het beleid van de organisatie. Bijvoorbeeld of gezondheidsbevordering onderdeel is van het beleid op een school of dat de school alleen academische eisen als doelstelling heeft. Tevens werd aangegeven dat er voldoende personeel met de juiste expertise aanwezig moest zijn, zoals leraren lichamelijke opvoeding. Personeelsverloop heeft dan ook een negatieve invloed op de uitvoering van de interventie.

Tot slot werd opgemerkt dat scholen erg veel gevraagd worden door verschillende instellingen om interventies uit te voeren. Er is concurrentie op de interventiemarkt. Daarbij komt dat niet alleen voor de intermediair het gebruiken van de interventie relatief voordeel moet bieden, maar ook organisaties kunnen relatief voordeel hebben van het uitvoeren van een interventie. Zij kunnen zich hierin positief onderscheiden van andere organisaties en daardoor marktvoordeel hebben. Echter, de andere kant van de medaille is dat het ook kan leiden tot marktverlies, bijvoorbeeld een Amerikaanse school die bang is leerlingen te verliezen als er veel aandacht aan onveilig vrijen wordt besteed.

Tabel 9. Determinanten gerelateerd aan de sociaal-politieke omgeving uit de literatuur, waarbij de aangehouden uit Fleuren et al. (2010), zie Bijlage A.^a

#	omschrijving	# artikel ^b en kwaliteit			
		++	+	±	-
50	wet-/regelgeving			20	
	Relatief voordeel organisatie			3 7 8 11	

^a Indien er geen nummer voor de determinant staat dan komt deze niet voor in het overzicht van Fleuren et al. (2010)

^b nummering artikelen volgens Tabel 3

Tabel 9 geeft de determinanten weer die horen bij de sociaal-politieke context. Hier werd weinig over gevonden in de artikelen. Wel werd in vier artikelen genoemd dat de interventie moet passen in de politiek-sociale agenda. Bijvoorbeeld dat leefstijl steeds hoger op deze agenda staat en dat de gezondheidszorg daar dus aan moet bijdragen (#7) of dat goede voeding een hoger doel is dan het belang van elke individuele school (#8). Over de vier categorieën heen werd 177 keer een determinant genoemd in de 35 artikelen. Het meest werden determinanten in de categorieën intermediair (40%) en organisatie (36%) genoemd, gevolgd door de categorie interventie (21%). De categorie sociaal-politieke omgeving werd duidelijk het minst genoemd (3%).

3.2 Resultaten interviews

Hieronder worden per categorie de verschillende determinanten beschreven die uit de interviews naar voren kwamen.

3.2.1 *Interventie*

In Tabel 10 staan de determinanten die tijdens de interviews werden genoemd en betrekking hebben op de categorie Interventie. Twee determinanten werden door alle geïnterviewden genoemd. Dit zijn determinanten 2 “Congruentie: mate waarin de vernieuwing aansluit bij de bestaande werkwijze” en 3 “Mate waarin het mogelijk is de vernieuwing aan de eigen situatie aan te passen zonder dat de effectiviteit ervan verloren gaat”. Omdat over het algemeen de opmerkingen van de geïnterviewde op de snijlijn ligt tussen deze twee determinanten, zijn zij gezamenlijk opgenomen. Men wees bijvoorbeeld erop dat een interventie niet alleen dient bij te dragen aan de gezondheid van de kinderen maar ook moest passen bij de werkwijze binnen de les. Het aanpassen van de interventie aan de lokale doelgroep, zodat een meer gepersonaliseerde interventie ontstaat valt ook onder deze determinant.

Tabel 10. Determinanten gerelateerd aan de interventie uit de interviews, waarbij de aangehouden uit Fleuren et al. (2010), zie Bijlage A.^a

#	Omschrijving	# interviewee ^b
2/3	aansluiten/aanpassen (a) bestaande procedures en (b) bestaande doelgroep	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
1	heldere stappen/procedures beschreven	1 2 5 6 8 9 12 13 17 18
4	relatief voordeel voor de intermediair	2 5 8 12 13 14 15 16 17 18
6	aantrekkelijkheid interventie	1 4 5 12 13
10	betrekken betrokkenen bij de ontwikkeling	5 7 13 17 18
7	bewezen effectiviteit interventie	3 5 17 18
5	zichtbare uitkomsten	5 7 11 18
	functioneren techniek/materiaal interventie	8 16

^a Indien er geen nummer voor de determinant staat dan komt deze niet voor in het overzicht van Fleuren et al. (2010)

^b nummering geïnterviewden volgens Tabel 2

Determinant 1 “Mate waarin de vernieuwing in heldere stappen/procedures is beschreven” kwam ook vaak naar voren. Zo werd verwezen naar de noodzaak van helder beschreven stappen, gestructureerd en planmatig werken en rekening houden met de complexiteit van een interventie. Bijvoorbeeld bij interventies op de werkvloer werd het van belang geacht dat er een helder werkplan aanwezig is waar niet snel van wordt afgeweken.

Determinant 4, “Mate waarin de vernieuwing relatief voordeel heeft voor de zorgverlener”, bijvoorbeeld gemak, professionele ontwikkeling, tijdwinst, en verhoging werkplezier, werd ook frequent genoemd. Voor intermediairen spelen meer zaken een rol dan de gezondheidswinst die de interventie voor de eindgebruikers oplevert. Intermediairen ervaren tijdens hun dagelijkse werk al een zekere werkdruk en het toepassen van een intensieve interventie moet hen dan ook andere voordelen opleveren, zoals geïnteresseerde leerlingen.

Vervolgens werd er gewezen op determinant 6, “Mate van aantrekkelijkheid van de vormgeving van de vernieuwing”. Intermediairen gaven bijvoorbeeld aan dat een

interventie niet alleen goed moest zijn voor de gezondheid, maar ook gewoon leuk moest zijn. Verder werden determinanten 7 en 10 genoemd. Dit zijn respectievelijk de “Effectiviteit van de interventie” en “Zorgverleners betrekken bij de ontwikkeling van de vernieuwing”. Ten slotte werden “Zichtbaarheid van de uitkomsten voor de zorgverlener” (determinant 5) en het goed functioneren van het materiaal (is niet onder een determinant maar wel onder de categorie Interventie te scharen) als belangrijk ervaren.

3.2.2 *Gebruiker*

Tabel 11 geeft de determinanten weer die genoemd werden tijdens de interviews behorend bij de categorie Gebruiker. Determinant 16, “Mate waarin de zorgverlener vaardigheden heeft die nodig zijn om de vernieuwing uit te kunnen voeren” werd het meest genoemd. Het hebben van overzicht, enthousiasme, netwerken, training en aansturing kwamen aan bod.

Tabel 11. Determinanten gerelateerd aan de intermediair uit de interviews, waarbij de aangehouden uit Fleuren et al. (2010), zie Bijlage A.^a.

#	Omschrijving	# interviewee ^b
16	vaardigheden	2 3 6 10 12 13 14 15
17	kennis	2 5 6 10 12 14
19	ownership/intrinsieke motivatie	5 7 12 13 16 17
20	past bij taakopvatting	7 12 13
12	steun van de onderzoekers	13 18
11	sociale steun collega's	14
15	waargenomen gedrag collega's	7
18	eigen effectiviteit	12
13/14	steun management	8
	eigen leefstijl	13

^a Indien er geen nummer voor de determinant staat dan komt deze niet voor in het overzicht van Fleuren et al. (2010)

^b nummering geïnterviewden volgens Tabel 2

Verder werd een aantal keer naar determinant 17 gerefereerd, “Mate waarin de zorgverlener kennis heeft die nodig is om de vernieuwing uit te kunnen voeren”. Intermediaren dienen kennis te hebben over verschillende onderwerpen en het doel van de interventie helder hebben. Dit kwam onder anderen naar voren bij pedagogisch medewerkers in de kinderopvang die weinig basiskennis hebben van gezondheidsbevordering.

Voor intermediairen is het van belang dat zij enerzijds een gevoel van ownership hebben ten aanzien van de interventie (determinant 19) en de interventie als onderdeel van hun taak zien (determinant 20). Anderzijds hebben zij behoefte aan steun vanuit de omgeving, zoals van collega's en onderzoekers (determinanten 11, 12 en 15). Ten slotte werd het hebben van vertrouwen in de leiding en management (zoals de schooldirectie) die de interventie introduceren (determinanten 13 en 14) als succesfactor genoemd evenals de “Eigen-effectiviteitverwachting” (determinant 18). Een van de geïnterviewden wees het niet vervullen van een voorbeeldrol (door zelf een slechte leefstijl te onderhouden) aan als faalfactor. Dit valt wel onder de categorie Gebruiker, maar niet onder een specifieke determinant.

3.2.3 Organisatie

Binnen de categorie Organisatie werd het meest verwezen naar determinant 31 “Relaties met andere afdelingen/organisaties” (zie Tabel 12). Er werd onder anderen gewezen op het belang van een partnermix, waarbij het hele systeem betrokken is bij de interventie. Ook werd gesproken over conflicten tussen partijen, verschillen in werkwijzen, terugkoppeling van wat er met de eindgebruiker gebeurt en het hebben van een overzicht van de betrokken partijen.

Tabel 12. Determinanten gerelateerd aan de organisatie uit de interviews, waarbij de aangehouden uit Fleuren et al. (2010), zie Bijlage A.^a

#	Omschrijving	# interviewee ^b
31	relaties met andere afdelingen / organisaties	1 2 3 4 6 7 8 9 10 11 14 17 18
visie	past bij visie/beleid organisatie	3 5 7 8 9 10 13
43	projectgroep/contactpersoon	1 2 7 8 13 16
42	beschikbare tijd	2 5 7 11 13 17
38/39	financiën / vergoeding	3 5 7 10 13
40	materiële voorzieningen	5 13 14 16 17
44	kartrekker	4 7 12 14
41	administratieve ondersteuning / infrastructuur	2 6 10 16
33	personeelsverloop	2 5 12 18
	concurrentie andere gezondheidsinterventies	4 5 13
28	acceptatie interventie door management	4 17 18
29	grote organisatie voor- en nadelen	13
30	structuur: waarop sturen managers: financiën of mensgericht	7
32	samenwerking afdelingen betrokken bij vernieuwing	7
34/35	aanwezige expertise/personeel	6
37	aantal mensen dat werkt met interventie	15

^a Indien er geen nummer voor de determinant staat dan komt deze niet voor in het overzicht van Fleuren et al. (2010)

^b nummering geïnterviewden volgens Tabel 2

Er werd veelvuldig een specifiek persoon aangewezen als determinant. Zo noemden meerdere geïnterviewden de “Coördinator/ projectgroep: één of meerdere personen die belast zijn met het coördineren van de invoering binnen de organisatie” (determinant 43). Bij veel interventies bleek de aanwezigheid van een centrale coördinator sterk bij te dragen aan het succes van een interventie. Te veel afhankelijkheid van deze coördinator kon echter hinderlijk werken. Ook determinant 44 werd genoemd, die verwijst naar een “Opinie leider: collega die door zijn/haar gezag de mening m.b.t. het gebruik van de vernieuwing positief beïnvloedt”. Een laatste ondersteunende persoon is de administrateur, die valt onder determinant 41, “Aanwezigheid administratieve ondersteuning voor de zorgverlener om de vernieuwing uit te kunnen voeren”. Geïnterviewden gaven met name aan dat, na de implementatie van een interventie, de intermediairen door hen begeleid moeten worden. Begeleiding bestaat bijvoorbeeld uit het monitoren en bieden van feedback.

Ook werden verschillende determinanten genoemd met betrekking tot beschikbare middelen. Determinanten die werden genoemd met betrekking tot financiële middelen zijn 38 “Hoeveelheid geld die voor het uitvoeren van de vernieuwing beschikbaar is” en 39 “Financiële vergoeding voor zorgverleners”. Determinanten die werden genoemd met betrekking tot andere middelen dan geld zijn determinanten 40 “Aanwezigheid

materiële voorzieningen voor de uitvoering van de vernieuwing” en 42 “Hoeveelheid tijd die beschikbaar is om met de vernieuwing te gaan werken”.

Een aantal noemde determinant 33 “Mate van personeelsverloop”. De kennis en ervaring die het personeel heeft ten aanzien van de interventie is belangrijk. Wanneer zij hun baan verlaten, dan kan het zijn dat kennis en ervaring binnen de organisatie verloren gaat en dat de interventie niet meer goed tot uitvoering wordt gebracht. Ook noemden een aantal geïnterviewden dat de onderlinge concurrentie tussen interventies niet gunstig is.

Ten slotte verwees een enkeling naar de volgende determinanten: 28 “Formele bekrachtiging van de vernieuwing door het management”; 29 “Grootte van de organisatie: aantal mensen in de organisatie”; 30 “Structuur: functioneel versus outputgericht”; 32 “Samenwerking tussen afdelingen”; 34, “Capaciteit / bezettingsgraad”; 35 “Aanwezige expertise op afdeling- en/of organisatieniveau”; 37 “Aantal mensen dat betrokken is in de organisatie, dat wil zeggen met de vernieuwing gaat werken”.

Naast de bestaande determinanten zijn een aantal succes- en faalfactoren genoemd die wij onder de noemer ‘visie’ plaatsten. De determinant Visie staat voor de mate waarin tegemoet wordt gekomen aan de belangen van alle stakeholders binnen de organisatie. Het overkoepelt zodoende de drie implementatieniveaus macro, intermediaire en micro. Determinanten die hier onder vallen zijn: aansluiten op de behoeften van eindgebruikers, intermediairen, bedrijven (management en directie) en administrateurs; helder hebben van een ieders doel; inzetten van een organisatiebreed gedragen interventie.

3.2.4 *Sociaal politieke omgeving*

In Tabel 13 zijn de determinanten genoemd die vallen onder de categorie sociaal-politieke omgeving. Meest frequent genoemd is determinant 38 namelijk de hoeveelheid geld die beschikbaar wordt gesteld door de sociaal politieke omgeving. Verschillende geïnterviewden wezen op het belang van langdurige externe financiering, zoals subsidie vanuit de gemeente, zodat interventies geborgd kunnen worden. Ook de aanwezigheid van middelen, beschikbaar gesteld door de sociaal politieke omgeving (determinant 40), werden genoemd.

Andere belangrijke determinanten hebben te maken met hoe de eindgebruiker of cliënt omgaat met de interventie. Determinanten 45 “Bereidheid van cliënt om mee te werken aan de uitvoering van de vernieuwing” is een dergelijke determinant. Het kwam voor dat de intermediairen te maken hadden met weinig betrokkenheid van ouders. Dit ging dan ten koste van het succes van de interventie. Ook was de “Mate waarin cliënt op de hoogte is van de (gezondheids)voordelen voor zichzelf als gevolg van de vernieuwing” van belang (determinant 46). Het eenduidig overbrengen van de interventie op de ouders werd bijvoorbeeld als succesfactor genoemd. Dit was zeker het geval wanneer verschillende partijen (bijvoorbeeld schoolcoördinator en beweegmanager) vergelijkbare sportactiviteiten initieerden. Tot slot werden determinanten genoemd die vallen onder determinant 48 “Extra kosten die cliënt moet maken als met de vernieuwing gewerkt wordt” en 49 “Extra mentale of fysieke belasting die cliënt ondervindt als met de vernieuwing gewerkt wordt”.

Het passen van een interventie in de sociaal-politiek agenda is een verbreding van de determinanten taakopvatting van de intermediair en visie van de organisatie. Ook in een maatschappij kan een thema op de agenda staan. Bijvoorbeeld de houding t.o.v. roken is in de afgelopen jaren sterk veranderd. In deze context valt ook de determinant 50 “Wet-/regelgeving.”

Twee determinanten zijn niet onder een specifieke determinant te scharen maar wel onder de categorie Sociaal politiek omgeving. De eerste is financiële strafmaatregel bij no-show van de cliënt. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer afspraken zijn gemaakt tussen ouder en diëtist, de ouder niet opdaagt en deze de vergoeding van de diëtist zelf dient te betalen in plaats van de interventie-organisatie. De tweede is dat de eindgebruikers hun interesse verliezen in het verbeteren van de leefstijl.

Tabel 13. Determinanten gerelateerd aan de sociaal-politieke omgeving uit de interviews.

	omschrijving	# interviewee^b
38	langdurige financiering	1 2 4 6 15 17 18
45	medewerking cliënt	4 6 11 18
40	materiële voorzieningen	4 8 17
	passen sociaal-politieke agenda	3 5 17
46	cliënt kent voordelen interventie	6 14
48	financiële bijdrage cliënt	14
49	belasting cliënt	11
50	wet-/regelgeving	3
	financiële strafmaatregel bij no-show client	11
	eindgebruikers worden leefstijl-moe	5

^a Indien er geen nummer voor de determinant staat dan komt deze niet voor in het overzicht van Fleuren et al. (2010)

^b nummering geïnterviewden volgens Tabel 2

4 Conclusies en aanbevelingen

In dit onderdeel worden de conclusies (4.1.) en aanbevelingen (4.2.) gepresenteerd. In 4.3. plaatsen we enkele kanttekeningen bij het onderzoek dat wij hebben uitgevoerd. Tot slot presenteren wij in 4.4. onze slotconclusie.

4.1 Conclusies

De conclusies worden gepresenteerd in vier onderdelen en zijn gebaseerd op zowel het literatuuronderzoek als de interviews. In 4.1.1. gaan we in op het soort onderzoek dat is uitgevoerd, en in welke sectoren en bij welke doelgroepen. Vervolgens worden de conclusies getrokken m.b.t. de determinanten van succesvolle implementatie van interventies ter preventie van overgewicht gerelateerd aan de interventie (4.1.2.), de intermediair (4.1.3.), en de organisatie en sociaal-politieke omgeving (4.1.4.).

4.1.1 *Onderzoek naar implementatie: welke sectoren en doelgroepen*

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat onderzoek naar de implementatie van interventies ter preventie van overgewicht van recente datum zijn. Met name de afgelopen 5 jaar zijn verschillende, vooral Amerikaanse onderzoeken gepubliceerd. Echter er ontbreekt onderzoek waarin directe, kwantitatieve verbanden worden onderzocht tussen enerzijds de mate van implementatie en anderzijds determinanten daarvan. Meest gebruikelijk is dat er een RCT wordt uitgevoerd naar de effectiviteit van een interventie. Daarbij wordt dan afzonderlijk van elkaar (a) een procesevaluatie uitgevoerd door intermediairen te ondervragen, en (b) de mate van implementatie gemeten (o.a., het bereik, intensiteit, en programma uitgevoerd als bedoeld).

De sectoren waar onderzoek naar implementatie van interventies wordt gevonden in de literatuur bestaat uit twee soorten. Enerzijds de volwassenen die benaderd worden in de 1^e of 2^{de} lijn door zorgprofessionals, veelal in het kader van leefstijlcounseling of zelfmanagement van chronische aandoeningen. In de literatuur is geen onderzoek gevonden naar de implementatie van interventies in bedrijven. Wel werd onderzoek naar de effectiviteit van interventies in bedrijven ter preventie van overgewicht gevonden (bijvoorbeeld, Anderson et al. , 2009), maar deze vermeldde niets over implementatie en werd dus geëxcludeerd bij de literatuurstudie.

Anderzijds de jeugd die door interventies op scholen bereikt wordt. Het grootste deel betreft dan docenten (biologie, lichamelijke opvoeding) die de interventie uitvoeren, waarbij soms expliciet de ouders of de kantine (personeel en aanbod) wordt betrokken. Men probeert dan de sectoren school en gezin tegelijkertijd te betrekken in de interventie. In de literatuurstudie troffen we verder bijna geen andere voorbeelden aan van implementatie van intersectorale interventies. Alleen Wilson et al. (2006, #35 in literatuurstudie) legden de relatie tussen de school en bewegingsactiviteiten in de wijk. Er is dus weinig empirische evidentie in de literatuur over de succes- en faalfactoren van intersectorale interventies ter preventie van overgewicht.

In de interviews werd bij de determinanten van de organisatie het meest frequent “relaties met andere afdelingen/organisaties” genoemd. Dit kwam in het literatuuronderzoek niet naar voren. Dit komt o.a. door geïnterviewden die een meer beleidsmatige blik hebben. Zij geven aan dat verschillende partijen meer moeten samenwerken, zoals GGD'en, scholen, GGZ, sportservice, sportverenigingen, thuiszorg (consultatiebureaus, Jeugdzorg), en gemeenten op lokaal niveau, en kennis- en thema-instituten op nationaal niveau. Daarnaast zijn er schoolbrede interventies zoals Jump-in, DOiT en Lekker Fit waar verschillende partijen bij betrokken zijn, waaronder ouders, docenten en

schooladministratie. Ook zijn er interventiespecialisten voor gezondheidsbevordering in bedrijven geïnterviewd waar de verschillende afdelingen en managementlagen moeten samenwerken.

Opvallend is dat ook in de interviews de twee doelgroepen jeugd en volwassenen gescheiden werelden lijken. Overeenkomstig het literatuuronderzoek werden veel preventieve interventies gevonden die in scholen werden toegepast. Deze liggen in de publieke gezondheidssfeer en zijn terug te vinden bij het Loket Gezond Leven. De doelgroep jeugd wordt meestal op deze manier bereikt. In de interviews hebben we ons daarnaast gericht op volwassenen door te kijken naar gezondheidsbevordering in bedrijven. Daar gebeurt ook veel, maar het lijkt of deze private sector meer gescheiden is van de publieke jeugdsector. Uit de interviews bleken wel onderlinge contacten, maar ook dat bedrijven graag concrete, simpele interventies willen, en de interventies bij het Loket Gezond Leven te wetenschappelijk vinden. Uit preventief oogpunt wil men graag grote groepen bereiken zoals op scholen en bedrijven. Uit het literatuuronderzoek bleek een andere ingang voor volwassenen de eerste lijn. In dit geval moet de volwassene eerst zelf naar de huisarts gaan voor een ander probleem, waarbij dan ook naar de leefstijl gekeken wordt. Dit riep de gepastheid van dergelijke interventies op in het literatuuronderzoek. Tot slot bleek uit de literatuur en de interviews dat volwassenen ook benaderd worden als ouders in interventies gericht op de jeugd. Hier worden zij ook aangesproken op hun leefstijl maar dan meer als voorbeeld voor hun kind.

Een groep waar geen aandacht aan is besteed in dit rapport, omdat het niet in de opdracht lag, is de oudere persoon (65 jaar en ouder). Echter als de leeflijn gevolgd wordt, dan gaat jeugd en volwassene over in de oudere. Vraag is in welke setting overgewicht interventies voor ouderen het best plaats kunnen vinden. Gedacht kan worden aan consultatiebureaus voor ouderen, verzorgingsinstellingen, maar ook meer aan outreach-achtige activiteiten via bijvoorbeeld vrijwilligers van de Dienst Welzijn Ouderen, ouderen bonden, of verzorgers van de thuiszorg

4.1.2 *Determinanten van de interventie*

Uit de literatuurstudie en de interviews bleek dat bij de categorie interventie het meest belangrijk was of de interventie aangepast kon worden aan de behoeften van de lokale intermediair wat betreft (a) de lokale organisatie en procedures, en (b) de lokale doelgroep eindgebruikers. Dit kan doordat de interventie op zich al helemaal past (congruent is) met de huidige lokale situatie. Echter als deze fit ontbreekt, is het belangrijk dat de interventie aangepast kan worden, maar wel zodanig dat de effectiviteit behouden blijft (“reinvention with fidelity”). Voor een succesvolle fit zal echter ook vaak wat veranderd moeten worden in de lokale situatie. Om de determinant ‘congruentie en adaptatie van de interventie’ te verwezenlijken zijn verschillende strategieën mogelijk. Ten eerste persoonlijke begeleiding van de intermediair bij de keuze voor een interventie door een implementatie-expert. Deze expert kan adviseren welke interventie het meest past bij de lokale situatie of hoe een interventie aangepast kan worden om te passen bij de lokale situatie. Voor dit laatste is een tweede strategie noodzakelijk, namelijk dat bekend is van een interventie welke onderdelen op welke manier aangepast kunnen worden zonder dat de effectiviteit van de interventie in het geding komt. Dit leidt tot een modulair opgebouwde interventie, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen basisonderdelen zonder welke de interventie niet effectief is, en extra onderdelen die men naar eigen inzichten kan inzetten. Dit laatste bevordert ook het eigen maken van de interventie.

Een ander belangrijk punt bij de interventie was een duidelijke handleiding voor de intermediairen, waar precies en concreet omschreven staat wat de intermediair wanneer moet doen met welk materiaal. Dit bleek vooral uit de interviews, en in wat mindere mate uit de literatuur. Een strategie hiervoor is dat een interventie een tijdje uitgetoetst kan worden (“triability”) zodat in de lokale situatie duidelijk wordt of de handleiding voldoende concrete handelingsvoorschriften bevat.

Wanneer de interventie zichtbare uitkomsten heeft, bevordert dit het gebruik van de interventie. Dit is ook voor de continuering van de interventie van belang. Dit bleek vooral uit de literatuur, en in mindere mate uit de interviews. Bij een interventie zou dan ook nagedacht moeten worden over welke uitkomsten men bij eindgebruikers zou kunnen monitoren, zodat de intermediairen zien dat hun inspanningen succesvol zijn. Bij overgewicht kan men denken aan kennistoetsen over gezonde- en ongezonde voeding, beweegmeters (pedometers), of voedingsdagboeken. De huidige e-Health mogelijkheden kunnen hierbij nuttig zijn.

De literatuurstudie gaf aan dat het belangrijk was om alle relevante partijen te betrekken bij de ontwikkeling van een interventie. Dit bleek veel minder van belang bij de interviews, omdat daar meer sprake was van bestaande interventies. Op zich is het meer een invoerstrategie om iedereen betrokken te krijgen bij de ontwikkeling van een interventie. Ook bij bestaande interventies is het belangrijk om iedereen te betrekken bij de keuze van een interventie en de implementatie daarvan. Zoals bovengezegd het liefst in samenwerking met een implementatie deskundige.

Uit de interviews bleek het relatieve voordeel dat intermediairen hebben bij het gebruik van de interventie meer een rol te spelen dan in de literatuur gevonden werd. Wellicht dat bij het invoeren van bestaande interventies andere zaken belangrijk worden, dan bij deelname aan effectiviteitsonderzoek van pas ontwikkelde interventies die vaker voorkwamen in de literatuurstudie. Het is belangrijk om zich bij implementatie te realiseren dat het voorkomen van overgewicht vaak niet de belangrijkste reden is voor een intermediair om de interventie uit te voeren. Dit bleek ook uit het feit dat de bewezen effectiviteit van een interventie zowel in de literatuur als in de interviews zeer weinig als determinant van implementatie werd genoemd.

4.1.3 *Determinanten van de intermediair*

De literatuurstudie en de interviews gaven heel duidelijk aan dat kennis, vaardigheden en het vertrouwen in eigen kunnen (eigen-effectiviteit) belangrijk zijn voor succesvolle uitvoering van een interventie. Dit is niet alleen belangrijk voorafgaand aan de interventie, maar ook tijdens de uitvoering van de interventie. Het verkrijgen van feedback over de manier waarop de intermediair de interventie uitvoert is een waardevolle manier voor het leren van vaardigheden en het verhogen van de eigen-effectiviteit. Een strategie hiervoor is om internet communities (bijvoorbeeld LinkedIn, Hyves of een eigen website) op te zetten waar intermediairen ervaringen kunnen uitwisselen. Een andere strategie is dat een implementatie expert als coach optreedt waarmee de intermediair diens ervaringen kan bespreken. Voorafgaand aan de interventie zijn er verschillende strategieën waarop kennis, vaardigheden en eigen-effectiviteit vergroot kunnen worden. Men kan cursussen alleen of in een groep, schriftelijk, op CD of via internet volgen. Een andere mogelijkheid is dat in de beroepsopleiding van de intermediair al aandacht wordt besteed aan gezondheidsbevordering en preventie, en in het bijzonder preventie van overgewicht.

De taakopvatting van de intermediair bleek relevant voor het uitvoeren van de interventie. Dit bleek vooral uit de literatuur en in mindere mate uit de interviews. In concreto of docenten meenden dat gezondheidsbevordering, naast de academische eisen, bij hun takenpakket hoorde, en of zorgprofessionals meenden dat preventie bij hun

medische zorgverlening hoorde. Individuele intermediairen zullen hierin verschillen, maar dit is meer een determinant die door de beroepsgroep, de organisatie (namelijk visie/beleid) en de sociaal-politieke omgeving (namelijk politiek-sociale agenda) wordt beïnvloed. We komen daarom bij de bespreking van determinanten binnen de organisatie hierop terug.

De sociale steun die men ervoer van collega's en het management in de organisatie bevorderde de uitvoering van de interventie. Ook hier zijn verschillende strategieën mogelijk om dit te bewerkstelligen. De eerder genoemde internet communities zijn een mogelijkheid, maar ook aandacht voor de interventie bij het gebruikelijke teamoverleg, een nieuwsbrief of een bezoek bij een andere organisatie waar de interventie wordt uitgevoerd.

De interviews gaven aan dat een belangrijke determinant was dat de intermediair zich de eigenaar van de interventie voelt. Het "eigen maken" van een interventie zal ook bevorderd worden door de interventie aan te passen aan de eigen situatie en behoeften. Opvallend is dat vergeleken met de literatuur in de interviews veel minder determinanten van de intermediair worden genoemd. Een verklaring hiervoor is niet direct duidelijk.

4.1.4 *Determinanten van de organisatie en sociaal-politieke context*

Zowel de literatuur als de interviews lieten zien dat tijd, geld en materiële voorzieningen belangrijke determinanten blijven. Echter deze determinanten zijn niet altijd goed te beïnvloeden. Een mogelijkheid is om in de planning en budgettering van te voren tijd, geld en middelen te oormerken voor gezondheidsbevordering zonder dat dit al specifiek is ingevuld.

De aanwezigheid van een ondersteunende persoon of groep kwam zowel in de literatuur als in de interviews naar voren. Deze kan de invoering coördineren, inhoudelijke expertise bieden, tijdens de uitvoering feedback geven en de monitoring uitvoeren. Wanneer dit bij één persoon in de organisatie wordt gelegd is er het gevaar dat deze persoon wegvalt. Het kan ook uitgevoerd worden door een persoon buiten de organisatie, zoals de al eerder genoemde implementatie expert die adviseert over aanpassing van de interventie in de lokale situatie.

In de interviews kwam "relaties met andere afdelingen en organisaties" als determinant naar voren. In onderdeel 4.1.1. is al beschreven waarom deze determinant in de literatuur minder naar voren kwam.

Vooraf in de interviews, maar ook in de literatuur werd genoemd dat er onderlinge concurrentie is tussen gezondheidsinterventies. Organisaties weten niet welke interventie nu voor hen geschikt is. Het is dan ook goed dat het Centrum Gezond Leven in de Handleiding Gezonde Wijk en in de database interventies aangeeft wat de kwaliteit is van de verschillende interventies. Ook de eerder genoemde expert die ondersteunt bij het kiezen van de juiste interventie en adaptatie daarvan is hier ook een strategie om deze determinant te beïnvloeden.

Zowel in de literatuur als in de interviews kwam naar voren dat de visie van de organisatie een determinant van de implementatie was. Dit betekent dat scholen en bedrijven de gezondheid van hun leerlingen en werknemers belangrijk vinden naast academische kwaliteiten en financieel gewin. In de eerste lijns gezondheidszorg betekent dit dat naast curatie en zorg ook preventie belangrijk wordt gevonden. Deze determinant ligt in het verlengde van de taakopvatting van de intermediair. Een strategie om dit te beïnvloeden is om in de opleiding van deze intermediairen al aandacht aan gezondheidsbevordering te besteden zoals genoemd bij het bevorderen van kennis en vaardigheden. Een andere strategie is om in de beroepsvereniging van de intermediairen of de bedrijfstak een discussie te starten over het belang van interventies ter preventie van overgewicht. Hiertoe zouden artikelen kunnen worden geschreven voor het tijdschrift

of de website van de beroepsvereniging of bedrijfstak. Een voorbeeld hiervan is de discussie rondom het preventieconsult in de huisartsenpraktijk over preventie van diabetes mellitus type 2 en het metabool syndroom waar preventie en curatie elkaar raken.

Uit de interviews bleek dat langdurige financiering om de continuering van de interventie te borgen een belangrijke determinant was. Dit betekent dat naast aandacht voor de effectiviteit en implementatie van de interventie, ook aandacht aan het business model achter de interventie moet worden besteed. In de interviews werden daarnaast aspecten genoemd die te maken hadden met hoe cliënten/eindgebruikers reageerden op de interventie. In de literatuur en de interviews werd de sociaal-politieke agenda genoemd. Dit is in feite een verbreding van de determinanten “taakopvatting van de intermediair” en “visie van de organisatie”. De sociaal-politieke agenda is lastig te beïnvloeden, maar discussies over het thema preventie en gezondheidsbevordering in de media is een strategie.

4.2 Aanbevelingen

a. Onderzoek relatie mate van implementatie én determinanten daarvan

Bij onderzoek naar implementatie moeten er meetinstrumenten ontwikkeld worden, zodat de (kwantitatieve) relatie gelegd kan worden tussen de mate van implementatie en determinanten daarvan. Gezien de variatie in bestaande interventies ter preventie van overgewicht die geïmplementeerd kunnen worden, dienen deze instrumenten een redelijk generiek karakter te hebben, of naar dat generieke karakter vertaald te kunnen worden.

Elke interventie die wordt uitgevoerd zou begeleid moeten worden met onderzoek naar de invoering van de interventie. Dit geldt voor nieuwe interventies, maar ook voor de continuering van interventies. Immers wanneer de effecten van een vernieuwing uitblijven, dan is de vraag of de interventie niet effectief was of dat deze niet (goed) is ingevoerd. Derhalve is monitoring van de mate van implementatie, determinanten van implementatie, en effecten van de interventies bij de eindgebruiker relevant. Wanneer de studies vanuit een vergelijkbaar theoretisch raamwerk worden opgezet en de instrumenten naar een generiek niveau vertaald kunnen worden, wordt het mogelijk om de verschillende innovatiepogingen binnen en tussen betrokken sectoren met elkaar te vergelijken. Op deze vergelijkende manier kan voor dit relatief jonge onderzoeksveld meer generaliseerbare kennis ontwikkeld worden.

b. Onderzoek implementatie in specifieke sectoren

Onderzoek naar de implementatie van interventies voor volwassenen in bedrijven of voor jeugd buiten de school (bijvoorbeeld, via sport, hobby, de wijk) is niet gevonden. We weten niet of dit komt door een gebrek aan effectieve interventies in deze sectoren of dat er geen begeleidend onderzoek naar implementatie heeft plaatsgevonden.

Bij volwassenen is de vraag welke sectoren het meest geschikt zijn om interventies te implementeren om hen te bereiken. Dit betreft bedrijven, de eerste lijn (bijvoorbeeld de Beweegkuur), of als ouders via jeugdinterventies op scholen. Ook de relaties tussen interventies in de private bedrijfs sfeer en die in de sfeer van de publieke gezondheid worden uitgevoerd, zouden nader bestudeerd kunnen worden.

Een punt van aandacht is de oudere volwassenen (65 jaar en ouder) waar in dit onderzoek geen aandacht aan is besteed. Ook voor deze groep is een relevante vraag in welke setting interventies het meest effectief ingezet kunnen worden.

c. Congruente en adaptieve interventies

Wanneer een intermediair een interventie wil uitvoeren ter preventie van overgewicht dan zou een expert moeten adviseren welke interventie het best past bij de lokale organisatie en doelgroep. Deze expert moet kennis hebben van de setting waarin implementatie verwacht wordt en van interventies die daarvoor zinvol kunnen worden ingezet. Op deze manier worden interventies niet opgelegd, maar aangepast aan de specifieke mogelijkheden en omstandigheden van de dagelijkse praktijk. In het kader van adaptatie van de interventie zouden interventies niet alleen in hun geheel moeten worden beoordeeld, zoals nu in de database van het Loket Gezond Leven. Ontwikkelaars van interventies zouden ook moeten aangeven welke onderdelen (makkelijk) aangepast kunnen worden zonder verlies van effectiviteit.

d. Uitproberen handleiding met concrete handelingsvoorschriften

Een duidelijke handleiding met concrete voorbeelden en handelingsvoorschriften voorkomt dat verwarring ontstaat bij gebruikers over de uitvoering van de interventie zoals bedoeld door de ontwikkelaars. Leren in de praktijk is gediend met de mogelijkheid om onderdelen van de interventie uit te proberen voordat tot volledig gebruik besloten wordt. Ook leert de praktijk dat gebruikers de interventies aanpassen. Dat is niet persé een ongewenste situatie. Maar bij voorkeur doet die aanpassing geen afbreuk aan de kern van het programma waarop de potentiële effectiviteit berust. De ontwikkelaars zouden in de handleiding reeds alternatieven kunnen aanreiken waarmee bepaalde onderdelen van de interventie vervangen kunnen worden mocht de specifieke praktijksituatie daar aanleiding toe geven. Maar ook kan training en begeleiding er op gericht zijn om potentiële gebruikers te bekwamen in het zelfstandig vertalen van de centrale concepten van de interventie in alternatieve strategieën die ook passen bij “de geest” van het programma, maar beter aansluiten bij henzelf en/of bij de kenmerken van de doelgroep waarmee zij werken.

e. Monitoren van de effecten bij eindgebruiker

Bij een interventie zou nagedacht moeten worden welke uitkomsten men bij eindgebruikers kan monitoren zodat de intermediairen zien dat hun inspanningen succesvol zijn. Men moet hierbij rekening houden met het gemak voor eindgebruikers om gegevens te registreren. De huidige e-Health mogelijkheden kunnen hierbij nuttig zijn (internet, applicaties op mobiele telefoons). Bijvoorbeeld, dat de gegevens van een actigraph (bewegingsregistratie) of weegschaal automatisch worden doorgezonden naar een computer. Een bijkomend aspect is dan wel de privacy en beveiliging van dergelijke gegevens. Dit kan worden gerealiseerd door slechts feedback op groepsniveau te rapporteren.

f. Vergroten van kennis, vaardigheden en eigen-effectiviteit intermediairen

Niet alleen voorafgaand aan het gebruik van de interventie, maar ook tijdens de fase van daadwerkelijk gebruik moet er aandacht zijn voor het behouden en vergroten van de kennis, vaardigheden en eigen-effectiviteit van de intermediairen. Immers succeservaringen zijn de motor voor het volhouden van gebruik; faalervaringen ondermijnen dat. Hier zijn verschillende strategieën voor en we noemen hier het gebruik van internet communities (bijvoorbeeld Linked-In, Hyves of een eigen website) waar intermediairen ervaringen kunnen uitwisselen gemodereerd door een implementatie expert. Uitgangspunt is dat gebruikers geholpen kunnen worden om eventuele faalervaringen te overwinnen. Naast internet communities kan dit ook gerealiseerd worden door persoonlijke begeleiding door ervaren gebruikers of experts die anderszins goed zijn ingevoerd in de programma's.

g. Vergroten ervaren steun van collega's en management

Maak aan de intermediair duidelijk dat collega's en het management de uitvoering van de interventie ondersteunen. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden zoals teamoverleg, nieuwsbrief, en internet community.

h. Aanstellen coördinator of projectgroep binnen of buiten de organisatie

Een coördinator die expert is op het gebied van de interventie en de uitvoering daarvan kan binnen een organisatie worden aangesteld of van buitenaf werken. Deze persoon coördineert de invoering, coacht de intermediairen, en geeft administratieve ondersteuning. Belangrijke taak is ook het enthousiasmeren van de intermediairen, het belang van de interventie onderstrepen en bijsturen indien zich onverwachte omstandigheden aandienen.

i. Gezondheidsbevordering bespreekbaar maken in beroepsgroep/bedrijfstak intermediair.

Wanneer de taakopvatting van intermediairen en/of de visie van de uitvoerende organisaties de acceptatie van de interventie(s) in de weg zit(ten), heeft het weinig zin om uitsluitend te focussen op het gebruik door individuele professionals. Het is dan aan te raden om preventie en gezondheidsbevordering bespreekbaar te maken in het breder verband van de beroepsgroep en beleidsverantwoordelijken. Ook kunnen opiniërende artikelen voor het tijdschrift of de website van de beroepsvereniging of bedrijfstak hieraan bijdragen.

4.3 Kritische kanttekeningen

Bij de analyse van de literatuur en de interviews is geen onderscheid gemaakt naar de fasen adoptie, implementatie, en continuering. De reden is dat er te weinig gegevens beschikbaar waren om zinvol onderscheid te maken tussen determinanten van deze verschillende fasen.

4.3.1 Kwaliteit van het literatuuronderzoek

Met betrekking tot de literatuurstudie zijn enkele beperkingen te noemen. Ten eerste, de gevonden artikelen. De gebruikte zoektermen en databases kunnen gezorgd hebben voor een eenzijdig beeld van de 'state of the art' van implementatieonderzoek naar interventies ter preventie van overgewicht bij jeugd en volwassenen. De zoektermen en gezochte databases hebben mogelijk geleid tot meer artikelen over de effectiviteit van interventies en de effectiviteit van de implementatie van interventies (frequentie van gebruik, bereik, mate van uitvoering volgens plan etc.), en tot minder artikelen met betrekking tot resultaten van implementatieonderzoek waarbij onderzoek is gedaan naar de relatie tussen determinanten van implementatie en het geconstateerde bereik of de mate van implementatie. Echter, implementatieonderzoek is een zeer jong onderzoeksgebied, dat voor wat betreft gepubliceerde artikelen nog achterloopt op de meer traditionele effectstudies, waarin naast de effectiviteit van programma's en maatregelen ter preventie van overgewicht de mate van implementatie van deze programma's of maatregelen in procesevaluaties is meegenomen. Dit kan een goede verklaring zijn voor de oververtegenwoordiging van artikelen over effectstudies van interventies.

Ten tweede, kan er sprake zijn van een verminderde interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Twee van de onderzoekers (YJ en WO) hebben beide een deel van de gevonden artikelen apart van elkaar beoordeeld en geïncludeerd. Echter tijdens het beoordelings- en inclusieproces van de artikelen, zijn veel overleggen gevoerd waarbij consensus is

gevonden over hoe en welke artikelen te beoordelen en te includeren. Tevens is de door beide onderzoekers gevolgde procedure nauwkeurig beschreven, waardoor wij menen dat het literatuuronderzoek een goed beeld geeft van de huidige stand van zaken op dit gebied.

4.3.2 *Kwaliteit van het interviewonderzoek*

Er zijn veel verschillende experts geïnterviewd die een breed veld van expertise beslaan (zie Tabel 2). Vooral voor de doelgroep jeugd is goed in beeld gebracht welke factoren van invloed zijn op een succesvolle implementatie van interventies ter preventie van overgewicht. Wat betreft de doelgroep volwassenen zijn wel experts geïnterviewd op het gebied van gezondheidsbevordering in bedrijven en op het terrein van sport en bewegen. Echter een manco is wellicht dat er geen interviews zijn gehouden met experts aangaande gezondheidsbevordering via de eerste lijn. In concreto kan gedacht worden aan de Beweegkuur, Big Move, en het preventieconsult. Aan dit onderwerp kan in een volgend onderzoek meer aandacht worden besteed. In het huidige onderzoek is de aandacht meer gevestigd geweest op preventie in de publieke en private sfeer, en minder in de curatieve setting.

4.4 **Slot conclusie**

Het onderzoek naar determinanten van implementatie van interventies ter preventie van overgewicht is een jong onderzoeksgebied. Gezien de variatie in bestaande interventies ter preventie van overgewicht dienen onderzoeksinstrumenten ontwikkeld te worden die een redelijk generiek karakter hebben, of naar dat generieke karakter vertaald kunnen worden. Elke interventie die wordt uitgevoerd zou begeleid moeten worden met onderzoek naar de invoering van de interventie met dergelijke onderzoeksinstrumenten. Een succesvolle implementatie van een interventie wordt waarschijnlijker als een expert op het gebied van de invoering van interventies ter preventie van overgewicht intermediairen en hun organisatie adviseert en ondersteunt. Een dergelijke persoon of groep is een strategie om verschillende determinanten te beïnvloeden. Dit betreft o.a. de fit tussen de interventie en de lokale situatie, een concrete op-maat handleiding, monitoring van de resultaten van de interventie en terugkoppeling naar intermediairen, vergroten van de vaardigheden en kennis van de intermediairen, en het bieden van ondersteuning voor intermediairen.

5 Referenties

Anderson, L. M., Quinn, T. A., Glanz, K., Ramirez, G., Kahwati, L. C., Johnson, D. B. et al. (2009). The Effectiveness of Worksite Nutrition and Physical Activity Interventions for Controlling Employee Overweight and Obesity: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 37, 340-357.

Belansky, E. S., Cutforth, N., Delong, E., Ross, C., Scarbro, S., Gilbert, L. et al. (2009). Early impact of the federally mandated Local Wellness Policy on physical activity in rural, low-income elementary schools in Colorado. *J.Public Health Policy*, 30 Suppl 1, S141-S160.

Feathers, J. T., Kieffer, E. C., Palmisano, G., Anderson, M., Janz, N., Spencer, M. S. et al. (2007). The development, implementation, and process evaluation of the REACH Detroit Partnership's Diabetes Lifestyle Intervention. *Diabetes Educ.*, 33, 509-520.

Fleuren, M.A.H., Wiefferink, C.H., Paulussen, T.G.W. (2004) Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, 107-123.

Fleuren, M.A.H., Wiefferink, C.H., Paulussen, T.G.W (2006) Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*, 84, 160-167.

Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2010). Checklist determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*, 88, 51-54.

Franks, A., Kelder, S. H., Dino, G. A., Horn, K. A., Gortmaker, S. L., Wiecha, J. L. et al. (2007). School-based programs: lessons learned from CATCH, Planet Health, and Not-On-Tobacco. *Prev.Chronic.Dis.*, 4, A33.

Gittelsohn, J., Merkle, S., Story, M., Stone, E. J., Steckler, A., Noel, J. et al. (2003). School climate and implementation of the Pathways study. *Prev.Med.*, 37, S97-106.

Harting, J., van Assema, P., Ruland, E., van Limpt, P., Gorgels, T., van Ree, J. et al. (2005). Implementation of an Innovative Health Service: A "Real-World" Diffusion Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 29, 113-119.

Heim, S. W., Nadkarni, M., Rollins, L. K., Schorling, J. B., Waters, D. B., Hauck, F. R. et al. (2005). Modular lifestyle intervention tool: A handheld tool to assist clinicians in providing patient-tailored counseling. *Annals of Family Medicine*, 3 (SUPPL.2).

Jacobsen, E. T., Rasmussen, S. R., Christensen, M., Engberg, M., & Lauritzen, T. (2005). Perspectives on lifestyle intervention: The views of general practitioners who have taken part in a health promotion study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 4-10.

Johnston, Y., Denniston, R., Morgan, M., & Bordeau, M. (2009). Rock on Cafe: achieving sustainable systems changes in school lunch programs. *Health Promot.Pract.*, 10, 100S-108S.

Kahn, E. B., Ramsey, L. T., Brownson, R. C., Heath, G. W., Howze, E. H., Powell, K. E. et al. (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity: A systematic review and. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 73-107.

Kipping, R. R., Payne, C., & Lawlor, D. A. (2008). Randomised controlled trial adapting US school obesity prevention to England. *Arch.Dis.Child*, 93, 469-473.

Kong, A. S., Sussman, A. L., Negrete, S., Patterson, N., Mittleman, R., & Hough, R. (2009). Implementation of a walking school bus: lessons learned. *J.Sch Health*, 79, 319-325.

Kottke, T. E. & Pronk, N. P. (2006). Physical activity optimizing practice through research. *Am.J.Prev.Med.*, 31, S8-10.

Laws, R. A., Kemp, L. A., Harris, M. F., Davies, G. P., Williams, A. M., & Eames-Brown, R. (2009). An exploration of how clinician attitudes and beliefs influence the implementation of lifestyle risk factor management in primary healthcare: A grounded theory study. *Implementation Science*, 4 (1).

McTigue, K. M., Conroy, M. B., Bigi, L., Murphy, C., & McNeil, M. (2009). Weight loss through living well: Translating an effective lifestyle intervention into clinical practice. *Diabetes Educator*, 35, 199-208.

Mikolajczak, J., Stals, K., Fleuren, M.A.H., De Wilde, E.J., & Paulussen T.G.W.M. (2009). Kennissynthese van condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies. TNO-rapport KvL/P&Z/2009.021: Leiden.

Miller, E. R., Jr., Erlinger, T. P., Young, D. R., Prokopowicz, G. P., & Appel, L. J. (1999). Lifestyle Changes That Reduce Blood Pressure: Implementation in Clinical Practice. *J.Clin.Hypertens.(Greenwich.)*, 1, 191-198.

Mongeau, L. (2008). Curbing the obesity epidemic: the need for policy action in a risk-balanced, orchestrated, comprehensive strategy. *Int.J.Public Health*, 53, 320-321.

Mykota, D. B. (2008). Implementing paraprofessional strength-based early intervention home visitations. *Evaluation and Program Planning*, 31, 266-276.

O'Loughlin, J., Renaud, L., Richard, L., Gomez, L. S., & Paradis, G. (1998). Correlates of the Sustainability of Community-Based Heart Health Promotion Interventions. *Preventive Medicine*, 27, 702-712.

Orlandi, M. A. (1987). Promoting health and preventing disease in health care settings: An analysis of barriers. *Preventive Medicine*, 16, 119-130.

Owen, N., Glanz, K., Sallis, J. F., & Kelder, S. H. (2006). Evidence-Based Approaches to Dissemination and Diffusion of Physical Activity Interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 35-44.

Perrin, K., Burke, S., O'Connor, D., Walby, G., Shippey, C., Pitt, S. et al. (2006). Factors contributing to intervention fidelity in a multi-site chronic disease self-management program. *Implementation Science*, 1, 26.

Piper, D. L., King, M. J., & Moberg, D. P. (2007). Implementing a middle school health promotion research project : Lessons our textbook didn't teach us. *Evaluation and Program Planning, 16*, 171-180.

Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2004). Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning, 27*, 121-133.

Presseau, J., Sniehotta, F., Francis, J., & Campbell, N. (2009). Multiple goals and time constraints: perceived impact on physicians' performance of evidence-based behaviours. *Implementation Science, 4*, 77.

Riley, T. & Hawe, P. (2009). A typology of practice narratives during the implementation of a preventive, community intervention trial. *Implement.Sci., 4*, 80.

Rogers, V. W. & Motyka, E. (2009). 5-2-1-0 goes to school: a pilot project testing the feasibility of schools adopting and delivering healthy messages during the school day. *Pediatrics, 123 Suppl 5*, S272-S276.

Sahota, P., Rudolf, M. C., Dixey, R., Hill, A. J., Barth, J. H., & Cade, J. (2001). Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *BMJ, 323*, 1027-1029.

Saunders, R. P., Ward, D., Felton, G. M., Dowda, M., & Pate, R. R. (2006). Examining the link between program implementation and behavior outcomes in the lifestyle education for activity program (LEAP). *Evaluation and Program Planning, 29*, 352-364.

Scott, S., Plotnikoff, R., Karunamuni, N., Bize, R., & Rodgers, W. (2008). Factors influencing the adoption of an innovation: An examination of the uptake of the Canadian Heart Health Kit (HHK). *Implementation Science, 3*, 41.

Singh, A. S., Chinapaw, M. J., Brug, J., & van, M. W. (2009). Process evaluation of a school-based weight gain prevention program: the Dutch Obesity Intervention in Teenagers (DOiT). *Health Educ.Res., 24*, 772-777.

Steckler, A., Ethelbah, B., Martin, C. J., Stewart, D., Pardilla, M., Gittelsohn, J. et al. (2003). Pathways process evaluation results: a school-based prevention trial to promote healthful diet and physical activity in American Indian third, fourth, and fifth grade students. *Preventive Medicine, 37*, S80-S90.

Story, M., Sherwood, N. E., Himes, J. H., Davis, M., Jacobs, D. R., Jr., Cartwright, Y. et al. (2003). An after-school obesity prevention program for African-American girls: the Minnesota GEMS pilot study. *Ethn.Dis., 13*, S54-S64.

Thaker, S., Steckler, A., SA-nchez, V., Khatapoush, S., Rose, J., & Hallfors, D. D. (2008). Program characteristics and organizational factors affecting the implementation of a school-based indicated prevention program. *Health Education Research, 23*, 238-248.

Tsai, P. Y., Boonpleng, W., McElmurry, B. J., Park, C. G., & McCreary, L. (2009). Lessons learned in using TAKE 10! with Hispanic children. *J.Sch Nurs., 25*, 163-172.

Wiecha, J. L., El Ayadi, A. M., Fuemmeler, B. F., Carter, J. E., Handler, S., Johnson, S. et al. (2004). Diffusion of an integrated health education program in an urban school system: planet health. *J.Pediatr.Psychol.*, 29, 467-474.

Wilson, D. K., Griffin, S., Saunders, R. P., Evans, A., Mixon, G., Wright, M. et al. (2006). Formative evaluation of a motivational intervention for increasing physical activity in underserved youth. *Evaluation and Program Planning*, 29, 260-268.

A Omschrijving determinanten met betrekking tot de vernieuwing uit Fleuren et al. (2010)

a = adoptie; i = implementatie; c = continuering

		a	i	c
	Vernieuwing			
1	Mate waarin de vernieuwing in heldere stappen/ procedures is beschreven.	X	X	X
2	Congruentie: mate waarin de vernieuwing aansluit bij de bestaande werkwijze.	X	X	X
3	Mate waarin het mogelijk is de vernieuwing aan de eigen situatie aan te passen zonder dat de effectiviteit ervan verloren gaat.	X	X	X
4	Mate waarin de vernieuwing relatief voordeel heeft voor de zorgverlener, bijvoorbeeld gemak, professionele ontwikkeling, tijdwinst, verhoging werkplezier.	X	X	X
5	Zichtbaarheid van de uitkomsten voor de zorgverlener, bijv. is effect behandeling zichtbaar?		X	X
6	Mate van aantrekkelijkheid van de vormgeving van de vernieuwing. Geldt als materiaal aanwezig is zoals een richtlijn of lespakket.	X		
7	Mate waarin uit onderzoek is gebleken dat de vernieuwing in de praktijk een meerwaarde heeft voor de cliënt t.o.v. de oude situatie.		X	X
8	Mate waarin de kans op nadelige gevolgen van de vernieuwing voor cliënten toeneemt in vergelijking met de oude situatie, bijv. bijwerkingen van medicijnen.		X	X
9	Mate van vóórkomen van handeling; hoe vaak de vernieuwing daadwerkelijk in praktijk kan worden toegepast.		X	X
10	Zorgverleners betrekken bij de ontwikkeling van de vernieuwing. Zie ook determinant 19.	X		
	Gebruiker			
11	Steun (emotioneel en/of instrumenteel) die de zorgverlener ervaart van collega's (zelfde beroepsgroep) m.b.t. de uitvoering van de vernieuwing.	X	X	X
12	Steun die de zorgverlener ervaart van andere zorgverleners waar men mee samenwerkt (andere beroepsgroep). Deze hoeven niet direct betrokken te zijn bij de uitvoering van de vernieuwing.	X	X	X
13	Steun die de zorgverlener ervaart van de directe leidinggevende met betrekking tot de uitvoering van de vernieuwing.	X	X	X
14	Steun die de zorgverlener ervaart van het hoger management met betrekking tot de uitvoering van de vernieuwing.	X	X	X
15	Waargenomen gedrag van collega's (zelfde beroepsgroep): mate waarin collega's werken met de vernieuwing.	X	X	X
16	Mate waarin de zorgverlener vaardigheden heeft die nodig zijn om de vernieuwing uit te kunnen voeren.	X	X	X
17	Mate waarin de zorgverlener kennis heeft die nodig is om de vernieuwing uit te kunnen voeren.	X	X	X
18	Eigen-effectiviteitsverwachting: mate waarin de zorgverlener zich in staat voelt de vernieuwing uit te voeren.	X	X	X
19	Ownership: mate van betrokkenheid bij de vernieuwing. Het gaat niet om de feitelijke betrokkenheid bij de ontwikkeling maar of de zorgverlener zich professioneel dan wel persoonlijk betrokken voelt. Zie ook determinant 10.	X	X	X

20	Mate waarin de vernieuwing past bij de taakopvatting die de zorgverlener heeft over zijn / haar werk.	X	X	X
21	Mate waarin de zorgverlener verwacht dat de cliënt meewerkt aan de vernieuwing. Het gaat niet om daadwerkelijke medewerking, maar om de verwachting van de zorgverlener op voorhand.	X		
22	Mate waarin de zorgverlener verwacht dat de cliënt tevreden is over de vernieuwing. Het gaat niet om daadwerkelijke tevredenheid, maar om de verwachting van de zorgverlener op voorhand.	X		
23	Overbelasting: mate waarin de zorgverlener lijdt aan werkgerelateerde stress. Het gaat om bestaande stress, dus niet veroorzaakt door de vernieuwing.	X	X	X
24	Mate waarin zorgverleners tegengestelde doelen hebben m.b.t. de vernieuwing. Geldt alleen als verschillende beroepsgroepen / afdelingen / organisaties betrokken zijn bij de vernieuwing.	X	X	X
25	Ethische problemen die de zorgverlener ervaart m.b.t. de vernieuwing.	X		
	Organisatie			
26	Plaats waar besluitvorming over invoering van de vernieuwing plaatsvindt: centraal (topmanagement) of decentraal (professionals). Besluitvorming moet zowel centraal als decentraal plaatsvinden. Bij alléén centrale besluitvorming dreigt gevaar dat er geen draagvlak is onder de (toekomstige) gebruikers. Bij alléén decentrale besluitvorming is er wel draagvlak, maar dreigen randvoorwaarden / faciliteiten afwezig te zijn.	X		
27	Besluitvormingsstructuur: lengte van de beslislijnen waarover de communicatie over de vernieuwing verloopt. Korte lijnen: de beslissing verloopt sneller en er is weinig verlies van informatie mede door de bijsturingmogelijkheden. Lange lijnen: vertragend. Mogelijk gevolg is demotivatie, verzanden en mislukken vanwege communicatiestoringen in de verschillende schakels.	X		
28	Formele bekrachtiging van de vernieuwing door het management, bijv. door vernieuwing in beleid op te nemen. Bekrachtiging: geeft een legitimering/inbedding en werkt ondersteunend. Biedt ook mogelijkheden voor realiseren van randvoorwaarden en geeft meer controlemogelijkheden. Geen bekrachtiging: omgekeerde redenering.	X		X
29	Grootte organisatie: aantal mensen in de organisatie. Grootte: nauwelijks van invloed omdat andere determinanten belangrijker zijn zoals nr.26, 27 en 37.			
30	Structuur: functioneel (gericht op deeltaak) versus outputgericht (gericht op eindproduct), bijv. het kantelen van de zorg. Functioneel: omdat men met deeltaak bezig is, is er minder zicht op het nut van de vernieuwing voor het hele zorgproces. Kan leiden tot behoudzucht en minder draagvlak. Geldt vooral als vernieuwingen op het hele zorgproces zijn gericht en niet afdelingspecifiek zijn. Outputgericht: vooral bevorderend als vernieuwingen op het hele zorgproces zijn gericht. Omdat men meer bezig is met het eindproduct, is er meer oog voor verbeteringen wat kan leiden tot meer betrokkenheid.		X	X
31	Relaties met andere afdelingen /organisaties: mate waarin een organisatie in algemene zin gericht is op samenwerking: naar buiten gericht (outreaching) versus naar binnen gericht. Consensus dat determinant van invloed is, maar geen consensus over richting van invloed.	X		
32	Samenwerking tussen afdelingen die bij de vernieuwing betrokken zijn. Goede samenwerking: men komt makkelijker op een lijn. Slechte samenwerking: omgekeerde redenering.	X	X	
33	Mate van personeelsverloop. Hoog verloop: hierdoor ontstaat onrust, vloeit kennis weg wat slecht is voor de continuïteit. Matig verloop: geeft impulsen voor vernieuwing, terwijl er toch nog voldoende mensen overblijven voor kennisoverdracht en continuïteit. Laag verloop: geen consensus.	X	X	X

34	Capaciteit / bezettingsgraad: personeelsbezetting op afdeling of in organisatie waar met de vernieuwing gewerkt gaat worden. Volledige bezetting: er is dan ruimte (capaciteit en mentaal) en die is nodig want veranderen kost tijd en energie. Onvolledige bezetting: alle energie is nodig om het primaire proces draaiende te houden. Soms is een stressvolle situatie juist reden voor verandering of biedt de vernieuwing een oplossing voor het probleem.	X	X	X
35	Aanwezige expertise op afdelings- en/of organisatieniveau m.b.t. het onderwerp van de vernieuwing. Bedoeld wordt expertise in algemene zin: er moet een kritische massa zijn. Veel expertise: kan onzekerheid en beginnersfouten voorkomen en vanwege de expertise gaat de invoering sneller. Weinig expertise: omgekeerde redenering.	X	X	X
36	Logistieke procedures rondom de vernieuwing, bijv. route die cliënt doorloopt of wachttijden. Goede geregelde logistiek: er is meer tijd voor gedragsverandering en invoeringsactiviteiten waardoor de invoering sneller/soepeler verloopt. Slechte geregelde logistiek: veel tijd gaat verloren aan procedures met als mogelijk gevolg demotivatie.	X	X	X
37	Aantal mensen dat betrokken is in de organisatie dat wil zeggen met de vernieuwing gaat werken. Weinig mensen: vergemakkelijkt directe en persoonlijke communicatie, er is een nauwere samenwerking en mensen zijn meer betrokken. Veel mensen: geen consensus.	X	X	X
38	Hoeveelheid geld die voor het uitvoeren van de vernieuwing beschikbaar is. Veel geld: veranderen betekent investeren in scholing, tijd en materialen. Weinig geld: omgekeerde redenering.	X	X	X
39	Financiële vergoeding voor zorgverleners c.q. organisatie als tegemoetkoming aan extra inspanningen die gepleegd moeten worden bij het werken met de vernieuwing. Extra vergoeding: vernieuwen kost tijd en geld. Een tegemoetkoming is motiverend en geeft financiële armslag om extra middelen en mensen in te zetten. Geen extra vergoeding: omgekeerde redenering. Leidt tot extra werkdruk bij degenen die de vernieuwing moeten toepassen.	X	X	X
40	Aanwezigheid materiële voorzieningen voor de uitvoering van de vernieuwing, bijv. apparatuur, materialen of ruimte. Veel voorzieningen: veranderen betekent investeren in scholing, geld en materialen. Weinig voorzieningen: omgekeerde redenering.		X	X
41	Aanwezigheid administratieve ondersteuning voor de zorgverlener om de vernieuwing uit te kunnen voeren. Veel ondersteuning: er is dan tijd voor de 'kerntaken', dat wil zeggen het werk dat men wordt geacht uit te voeren in het kader van de vernieuwing. Weinig ondersteuning: er zijn dan teveel andere 'belastende' zaken om tijd te kunnen vrijmaken.		X	X
42	Hoeveelheid tijd die beschikbaar is om met de vernieuwing te gaan werken. Veel tijd: creëert ruimte (fysiek en mentaal). Weinig tijd: omgekeerde redenering.	X	X	X
43	Coördinator/projectgroep: één of meerdere personen die belast zijn met het coördineren van de invoering binnen de organisatie. Coördinator aanwezig: er is een duidelijk aanspreekpunt. Coördinator afwezig: omgekeerde redenering.		X	X
44	Opinie leider: collega die door zijn/haar gezag de mening m.b.t. het gebruik van de vernieuwing positief beïnvloedt (dus niet coördinator of projectleider). Opinie leider aanwezig: deze kan de weerstand tegen de vernieuwing in positieve zin doen doorslaan. Daarnaast is het belangrijk dat er een trekker van de vernieuwing is. Opinie leider afwezig: belemmerend als er weerstand is tegen de vernieuwing, anders nauwelijks van invloed.	X	X	

	 sociaal politieke omgeving			
38	Hoeveelheid geld. Zie onder Organisatie.			
39	Financiële vergoeding. Zie onder Organisatie.			
40	Aanwezigheid materiële voorzieningen.			
45	Bereidheid van cliënt om mee te werken aan de uitvoering van de vernieuwing. Medewerking: vooral bevorderend als vernieuwing invloed heeft op de cliënt. Geen medewerking: kost veel tijd en energie in het overtuigen van de cliënt en kan leiden tot weerstand bij de zorgverlener.		X	X
46	Mate waarin cliënt op de hoogte is van de (gezondheids)voordelen voor zichzelf als gevolg van de vernieuwing. Goed op de hoogte: bevordert motivatie en medewerking. Slecht op de hoogte: geen consensus.		X	X
47	Twijfel van cliënt aan deskundigheid van de zorgverlener met betrekking tot de uitvoering van de vernieuwing. Geen twijfel: nauwelijks van invloed omdat cliënt er op voorhand vanuit gaat dat de zorgverlener het goed doet, tenzij het tegendeel blijkt. Twijfel: leidt tot weerstand. Cliënt zal mogelijk een ander alternatief zoeken. Daarnaast moet de zorgverlener meer tijd stoppen in het overtuigen van de cliënt.		X	X
48	Extra kosten die cliënt moet maken als met de vernieuwing gewerkt wordt, bijvoorbeeld extra reiskosten. Geen extra kosten: nauwelijks van invloed omdat cliënt dit al verwacht. Is geen verandering ten opzichte van de bestaande situatie. Extra kosten: kan leiden tot minder enthousiasme, een drempel, weerstand.		X	X
49	Extra mentale of fysieke belasting die cliënt ondervindt als met de vernieuwing gewerkt wordt. Geen extra belasting: nauwelijks van invloed omdat cliënt dit al verwacht. Is geen verandering ten opzichte van de bestaande situatie. Extra belasting: kan leiden tot minder enthousiasme, weerstand. Als het belang voor de cliënt toeneemt zal de belasting mogelijk als minder ervaren worden.		X	X
50	Mate waarin vernieuwing past binnen bestaande wet- en regelgeving die door de politiek of beleidsinstanties zijn opgesteld. Passend: de kans is groot dat middelen vrijkomen om de vernieuwing in te voeren. Niet passend: houdt mensen tegen om verder te gaan. Waarschijnlijk komen geen middelen vrij voor de invoering.	X	X	X

B Interviewschema deskundigen

Interviewvragen Succes- en faalfactoren bij implementatie van interventies ter preventie van overgewicht

1. Interventies gericht op primaire preventie van overgewicht en obesitas (met name door voeding en beweging).
 - a. Kunt u interventies noemen waar u bij betrokken bent geweest of goed inzicht in heeft?
 - b. Wat zijn de hoofdkenmerken van deze interventies:
 - i. Doelstelling;
 - ii. Doelgroep (kinderen en volwassenen in verschillende fases op hun 'leeflijn'¹);
 - iii. Setting (bijvoorbeeld thuis, werk, school, wijk, sportvereniging).
2. Welke factoren dragen bij aan het wel of niet behalen van succes bij implementatie van interventies volgens uw ervaring? Wij willen hierbij graag een aantal factoren bespreken. (Kunt u daarbij voorbeelden van specifieke interventies noemen die het succes of falen van de implementatie illustreren?)
 - a. Kenmerken (en onderliggende determinanten) zoals gedefinieerd in het bijgevoegde artikel Checklist determinanten van innovaties in gezondheidsorganisaties:
 - i. Kenmerken interventie;
 - ii. Kenmerken toekomstige gebruikers (intermediair);
 - iii. Kenmerken organisatie;
 - iv. Kenmerken sociaal politieke omgeving;
 - b. Doelgroep van de interventie;
 - c. Setting waarin de interventie is ingezet;
 - d. Integrale aanpak (samenwerking tussen organisaties in verschillende settings, zoals school, sportvereniging, winkels/wijk).
3. Hebt u aanbevelingen om de kans op succesvolle implementatie van toekomstige interventies te vergroten? Met name aanbevelingen aangaande samenwerking tussen sectoren, zodat een community of geïntegreerde benadering gevold kan worden.

¹ De leeflijn geeft voor het thema overgewicht de meest aangewezen interventies weer:
http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o6288n30598.html