

HANDLEIDING

Werkblad beschrijving interventie

Versie april 2020

Deze handleiding is tot stand gekomen door samenwerking tussen:



Inhoud

Vooraf	3
Samenvatting interventie	4
Uitgebreide beschrijving	5
1. Beschrijving interventie	5
2. Uitvoering	12
3. Onderbouwing	18
4. Onderzoek	22
5. Samenvatting Werkzame Elementen	26
6. Aangehaalde literatuur	28
7. Praktijkvoorbeeld	30
Bijlage – Voorbeeld Onderbouwing	31

Vooraf

Waarom gebruiken we het Werkblad Beschrijving Interventie?

Het werkblad geeft relevante informatie over de kwaliteit en uitvoeringsvoorwaarden van de interventie. Het dient als samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie, zoals een Nederlands handboek en een procesevaluatie¹. Voor de indiener functioneert het werkblad ook als check of er over de betreffende onderwerpen voldoende informatie beschikbaar is. De onderwerpen in het werkblad volgen de criteria voor beoordeling van de interventie.

Wat verstaan wij onder een interventie?

Binnen het erkenningstraject verstaan wij onder een gezondheidsbevorderende interventie:

- Een planmatige en doelgerichte aanpak (zoals een training, website, maar ook een school- of wijkproject dat bestaat uit verschillende activiteiten),
- Om het gedrag van burgers te veranderen en hun omstandigheden te beïnvloeden,
- Met als doel gezondheid te bevorderen of ziekte te voorkomen¹.
- Die aanvullend is op wat normaal al geboden wordt.

Let op: Het werkblad is een Word-template

Het werkblad bevat tekstvelden waarin staat: 'Klik hier als u tekst wilt invoeren' (lichten grijs op als je er met de cursor overheen gaat). Met deze template kunnen we later de teksten uploaden in de interventie-database van het Loket Gezond Leven.

- Wil je daarom niets aan dat template (werkblad) veranderen? Geen logo's of foto's toevoegen en geen teksten weghalen.
- Zet alle tekst in de grijze tekstvelden.
- Maak een eventuele tabel of figuur zo kort en bondig mogelijk.
- Verwijs in het werkblad zelf niet naar bijlagen. Op Loketgezondleven.nl publiceren we alleen een pdf van het werkblad zelf. Een lezer heeft dan niets aan verwijzingen naar bijlagen.
- De tekst van de samenvatting, type organisatie en randvoorwaarden komt rechtstreeks in de interventie-database.
- Houd de beschrijving in het werkblad concreet, kort en bondig.

Gebruik van voorbeelden

In deze handleiding gebruiken we als toelichting voorbeelden van diverse erkende interventies. De volledige werkbladen van de geciteerde interventies zijn online te vinden op de website van het [Loket Gezond Leven](#).

AVG regelgeving

Sinds 25 mei 2018 is de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) van toepassing. Dat betekent dat in de hele Europese Unie (EU) dezelfde privacywetgeving geldt. Ga zorgvuldig om met de persoonsgegevens van deelnemers en samenwerkingspartners. Hiervoor is de interventie-eigenaar zelf verantwoordelijk.

¹ Voor de term handboek zijn in de praktijk allerlei woorden in omloop: handleiding, leidraad, draaiboek, toolkit, methodiekb beschrijving, handreiking of protocol.

Samenvatting interventie – max 600 woorden

! Let op: Dit onderdeel wordt ook gepubliceerd in de Interventiedatabase van het Loket Gezond Leven

De Samenvatting is bedoeld om bezoekers van de interventiedatabase een eerste indruk te geven van de interventie. Maak de samenvatting daarom bij voorkeur niet langer dan één A-4tje.

In de samenvatting komt achtereenvolgens aan bod:

- Korte samenvatting van de interventie (max. 150 woorden)
- Doelgroep (max. 50 woorden)
- Doel (max. 50 woorden)
- Aanpak (max. 50 woorden)
- Materiaal (max. 50 woorden)
- Onderbouwing (max. 150 woorden)
- Onderzoek (max. 100 woorden)

Uitgebreide beschrijving

1. Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

De einddoelgroep is de groep (burgers) van wie je uiteindelijk het gedrag of omstandigheden wilt veranderen.

- Wat zijn de relevante kenmerken van de *einddoelgroep*? Denk daarbij bijvoorbeeld aan leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status, motivatie, toegankelijkheid, geografische locatie, woonsituatie, etnische/culturele/religieuze achtergrond, taal.
- Zijn er ook *subdoelgroepen* waarvoor de aanpak is aangepast? Denk hierbij bijvoorbeeld aan laaggeletterden of mensen met weinig gezondheidsvaardigheden. Geef dit dan aan.
- Het is in elk geval belangrijk dat de doelgroep goed afgebakend is.

Voorbeeld: Uiteindelijke doelgroep ([Beweeg Wijs](#))

- *Einddoelgroep*: De interventie is bedoeld voor alle kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar die ingeschreven staan bij de professionele kinderopvang die onze methodiek implementeert. Met professionele opvang wordt bedoeld: de opvang waar beroepskrachten aanwezig zijn. Voor deze opvang wordt betaald en de opvang voldoet aan de wettelijke kwaliteitseisen kinderopvang en peuterspeelzalen. Deze opvang is geregistreerd in het Landelijk Register Kinderopvang en Peuterspeelzalen. Binnen de aanpak wordt extra aandacht besteed aan kinderen die motorisch minder vaardig zijn en/of (dreigend) overgewicht hebben.
- *Subdoelgroepen*: Binnen de aanpak wordt onderscheid gemaakt tussen de doelgroep kinderen van 0- 1,5 jaar en kinderen van 1,5- 4 jaar.

Intermediaire doelgroepen – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroep(en)? Zo ja, welke?

De interventie richt zich niet altijd rechtstreeks op de einddoelgroep. Om de einddoelgroep (beter) te bereiken richt een interventie zich vaak (ook) op één of meer intermediaire doelgroepen ('tussendoelgroepen') die in contact staan met de einddoelgroep. Dit kunnen bijvoorbeeld ouders, docenten, vrijwilligers bij een maatschappelijke organisatie of trainers bij een sportclub zijn. Voor interventies gericht op kinderen 0-12 jaar zijn de ouders meestal een intermediaire doelgroep.

Is er sprake van een intermediaire doelgroep? Beschrijf hiervan dan de kenmerken die relevant zijn voor de aanpak van de interventie. Denk hierbij aan leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status, motivatie, toegankelijkheid, geografische locatie, woonsituatie, etnische/culturele/religieuze achtergrond, taal.

Voorbeeld 1: Intermediaire doelgroep ([Beweeg Wijs](#))

De intermediaire doelgroep bestaat uit *ouders* van de kinderen die gebruik maken van de kinderopvang en *pedagogisch medewerkers* bij de kinderopvang. Pedagogisch medewerkers worden in twee jaar opgeleid om na de implementatieperiode het aanbod zelfstandig te kunnen continueren, eventueel met incidentele ondersteuning vanuit Beweeg Wijs.

Voorbeeld 2: Uitvoerders als intermediaire doelgroep ([Voel je vrij! Doorlopende groepstraining voor Stoppen met Roken](#))

- *Ervaringsdeskundigen*: ex-rokers uit de doelgroep die minstens een jaar zijn gestopt. Zij delen hun ervaringen met het stopproces met de einddoelgroep (rokers en ex-rokers met een lage opleiding en/of een laag inkomen). Ze hebben zelf ook een lage opleiding en/of een laag inkomen.

- *Buurtprofessionals*: lokale professionals die werkzaam zijn op één van de leefgebieden waarop LSES-rokers vaak ook behoefte hebben aan ondersteuning, zoals omgaan met geld, omgaan met stress, een zinvolle dagbesteding, en gezond eten en bewegen.

Selectie van de doelgroepen – max 250 woorden

Hoe wordt de (intermediaire) doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

- Wie stelt vast of de (intermediaire) doelgroep de vereiste kenmerken heeft voor deelname aan de interventie? En hoe gebeurt dat?
 - Hoe verloopt het selectieproces?
 - Wat zijn de inclusiecriteria?
 - Indien van toepassing: welke instrumenten worden gebruikt voor de selectie?
- Over het algemeen hebben interventies exclusiecriteria (*contra-indicaties*). Dit een reden of omstandigheid om de (intermediaire) doelgroep niet toe te laten tot de interventie.
 - Wat zijn de exclusiecriteria? Benoem ze puntsgewijs.
Denk bijvoorbeeld aan de ernst van het probleem, een bepaalde leeftijd, opleidingsniveau, cognitieve competenties of het tegelijkertijd aanwezig zijn van bepaalde andere problemen of stoornissen.
 - Geef ook aan als er *geen* exclusiecriteria van toepassing zijn (zoals bij universele preventie).

!Let op: Selectie van de doelgroep is iets anders dan *werving* van de doelgroep. Werving van de doelgroep is onderdeel van de Aanpak (Hoofdstuk 1.3).

Voorbeeld: In- en exclusiecriteria van doelgroepen ([Voel je vrij! Doorlopende groepstraining Stoppen met Roken](#))

- *Einddoelgroep*: LSES-rokers moet minimaal overwegen om te stoppen met roken en LSES-ex-rokers moeten gemotiveerd zijn om gestopt te blijven. Rokers en ex-rokers moeten openstaan voor begeleiding bij het stopproces, en willen en kunnen deelnemen aan een stoppen-met-roken groep. Ze hebben een basale kennis van de Nederlandse taal (niveau A1-A2), en wonen bij voorkeur dichtbij de locatie waar de doorlopende groepstraining wordt aangeboden. Er zijn verder geen specifieke in- of exclusiecriteria, omdat de werving doorgaans geschiedt door goedgeïnformeerde professionals en de intake door een gecertificeerde stoppen-met-roken trainer.
- *Intermediaire doelgroep (ervaringsdeskundigen)*: Ervaringsdeskundigen zijn ex-rokers die zelf ook een lage opleiding en/of een laag inkomen hebben (herkenbaarheid) en minstens een jaar zijn gestopt met roken (geloofwaardigheid). Ze moeten hun ervaringen met het stopproces willen en kunnen delen ten overstaan van een groep. Een korte voorbespreking (bv. met de stoppen-met-roken trainer) is voldoende voor een zinvolle bijdrage aan de Voel je Vrij! Doorlopende groepstraining.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

- Is de (intermediaire) doelgroep betrokken geweest bij de (door)ontwikkeling van de interventie? Denk daarbij aan de keuze voor deze interventie, de eerste ontwikkeling ervan, de pilot en/of de doorontwikkeling. Zo ja:
 - Wie was bij welke fase betrokken?
 - Op welke manier was dat?
 - Hoe is de interventie op basis hiervan aangepast?
- Is de doelgroep *niet* betrokken geweest bij de (door)ontwikkeling? Geef dit dan expliciet aan.

Voorbeeld: Betrokkenheid doelgroep ([Be Wise, Think Twice](#))

BWTT is ontwikkeld samen met cluster 4 scholen. De scholen hebben eerst aangegeven welke behoeftes zij precies hadden. Vervolgens hebben zij verschillende concepten becommentarieerd. Hieruit is uiteindelijk de interventie ontstaan zoals hij in het pilotonderzoek is onderzocht. Voor dit pilotonderzoek zijn verschillende *docenten en preventiewerkers* geïnterviewd over hun indruk van de lesmaterialen. Daarnaast hebben docenten een evaluatieformulier ingevuld over de wijze waarop zij de lessen hebben uitgevoerd. Als laatste zijn verschillende lessen geobserveerd en zijn er schriftelijke vragenlijsten afgenomen bij de *leerlingen*. Aan de hand hiervan is de volgorde van de verschillende lesonderdelen gewijzigd en zijn er extra filmpjes van een nieuwe ervaringsdeskundige toegevoegd. De leerlingen zijn dus betrokken bij het pilotonderzoek en daarmee bij de ontwikkeling van BWTT zoals hij nu ingezet wordt. De docenten zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van de docententraining. Aangezien uit het pilotonderzoek bleek dat een goede vertrouwensrelatie een randvoorwaarde is voor de uitvoering van BWTT gaat het grootste deel van de docententraining hierover (o.a. deviantietraining). Om deze te laten aansluiten bij de docenten zijn docenten nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van de docententraining.

Meer informatie

- Doelgroep helder beschrijven:
 - Van Yperen, Veerman & Bijl (2017). Zicht op effectiviteit, hoofdstuk 2.
 - Kok, H, Molleman G et al., Handboek Preffi 2.0: Richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie, NIGZ, Woerden, 2005 (hoofdstuk 5).
- Betrekken van de doelgroep: [Participatiewiel](#) (Movisie).

1.2 Doel

Een interventie zet je in om een doel te bereiken: het voorkomen of verminderen van problemen of risico's, dan wel het bevorderen van een positieve ontwikkeling. Let bij het beschrijven van de (sub)doelen op de volgende punten:

- De (sub)doelen zijn zo concreet mogelijk.
Concrete, meetbare doelen maken het mogelijk om vast te stellen of de (sub)doelen aan het einde van de interventie al dan niet gerealiseerd zijn. Vermijd daarom ook het gebruik van vage termen (bijvoorbeeld "zoveel mogelijk") of van procestermen (bijvoorbeeld "ondersteunen", "stimuleren").
- De (sub)doelen zijn zo veel mogelijk SMART:
 - *Specifiek*: is duidelijk wat de interventie precies verandert en bij wie?
 - *Meetbaar*: is het doel zo geformuleerd dat controleerbaar is of het bereikt wordt?
 - *Acceptabel*: is er draagvlak voor de interventie, vinden betrokkenen de doelen zinvol?
 - *Realistisch*: zijn de doelen haalbaar?
 - *Tijdgebonden*: op welke termijn kunnen de doelen worden behaald?
- De (sub)doelen in het werkblad komen overeen met de (sub)doelen in de interventie-handleiding. Pas indien nodig de doelen in de handleiding aan (eventueel m.b.v. een addendum).

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is hoofddoel van de interventie?

- Het hoofddoel verwoordt de beoogde eindsituatie: Wat is het beoogde gedrag van de doelgroep na afloop van de interventie?
- Het hoofddoel heeft een heldere focus: Welk probleem kan daadwerkelijk worden opgelost via de interventie? Een interventie kan niet alle problemen oplossen!

!Let op: Bij het hoofddoel gaat het alleen om WAT je uiteindelijk wilt bereiken. Je hoeft hier nog NIET op te schrijven HOE je dit bereikt.

Subdoelen – max 350 woorden

Wat zijn de subdoelen van de interventie?

Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire of subdoelgroep(en)?

- Met de subdoelen geef je aan wat er nodig is om het hoofddoel te bereiken. Als alle subdoelen zijn gerealiseerd, is het hoofddoel bereikt.
- Subdoelen kunnen horen bij de einddoelgroep, maar ook bij de intermediaire doelgroep of de subdoelgroepen (zie hoofdstuk 1.1). Geef aan welke subdoelen bij welke (sub)doelgroepen horen.
- Zijn er veel doelgroepen met eigen subdoelen? Visualiseer dan in een schema de samenhang tussen de subdoelen en de (sub)doelgroepen.

Voorbeeld: Hoofd- en subdoelen ([Lang Leve de Liefde - Onderbouw](#))

Hoofddoel

Leerlingen maken een gezonde seksuele ontwikkeling door, waarbij seksueel grensoverschrijdend gedrag, ongewenste zwangerschap en soa/hiv besmetting wordt voorkomen.

Subdoelen

1. De realisatie van prettige relaties en respect voor ieders seksuele identiteit. Leerlingen:
 - hebben kennis en inzicht in lichamelijke, emotionele en sociale veranderingen met betrekking tot de puberteit en seksualiteit.
 - hebben kennis van de (werking van) mannelijke en vrouwelijke geslachtsorganen
 - erkennen dat er meerdere vormen van relaties en seksuele voorkeuren bestaan
 - staan positief tegenover homoseksualiteit en negatief tegenover homo-negativiteit
2. De realisatie van (t.z.t.) gewenste seks als je daar klaar voor bent en het duidelijk communiceren van wensen en grenzen. Leerlingen:
 - hebben kennis van wat seksueel grensoverschrijdend gedrag is
 - kennen hun eigen grenzen en wensen
 - staan negatief t.o.v. seksueel grensoverschrijdend gedrag
 - hebben een positieve houding t.o.v. duidelijk communiceren van eigen wensen en grenzen
3. (T.z.t.) consequent en consistent gebruiken van anticonceptie en condoom. Leerlingen:
 - hebben kennis van:
 - o menstruele cyclus, zwangerschap en preventie van zwangerschap.
 - o anticonceptiemiddelen, de werking en hoe ze te verkrijgen.
 - o de belangrijkste soa, de overdracht en condooms ter preventie
 - erkennen de persoonlijke risico's (ernst en kwetsbaarheid) van onveilig vrijen (zwanger worden en/of soa besmetting)
 - hebben een positieve attitude t.a.v. condoomgebruik en pilgebruik
 - ervaren dat anderen ook positief staan t.o.v. condoomgebruik

Zo moet het niet: voorbeelden van doelen die onvoldoende concreet zijn

'Jongeren worden ondersteund bij het aanpakken van hun angstklachten'.

- Dit doel is procesmatig geformuleerd
- De gewenste eindsituatie gaat niet over de einddoelgroep zelf (de jongeren).

'Ouders/verzorgers leren om beter aan te sluiten bij de specifieke opvoedingsvraag van het kind'.

- Begrippen als 'specifieke opvoedingsvraag' en 'beter aansluiten' zijn vaag. Wat houdt het in?
- Het doel is procesmatig geformuleerd ('leren om beter aan te sluiten') en verwijst niet naar een eindsituatie.

'Jeugdigen positieve alternatieven leren voor hun zelfvernietigende gedrag en hen vaardigheden bijbrengen om het eigen gedrag te reguleren'.

- De gewenste eindsituatie gaat niet over de einddoelgroep zelf (jeugdigen), maar over een intermediaire doelgroep (de professional).
- Het doel is vaag: wat zijn concreet die positieve alternatieven?

Meer informatie

Opstellen van een heldere, meetbare en realistische doelstelling:

- Van Yperen, Veerman & Bijl (2017). [Zicht op effectiviteit](#), hoofdstuk 2.
- Kok, H, Molleman G et al., Handboek Preffi 2.0: Richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie, NIGZ, Woerden, 2005 (hoofdstuk 5).

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten - indien van toepassing)?

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

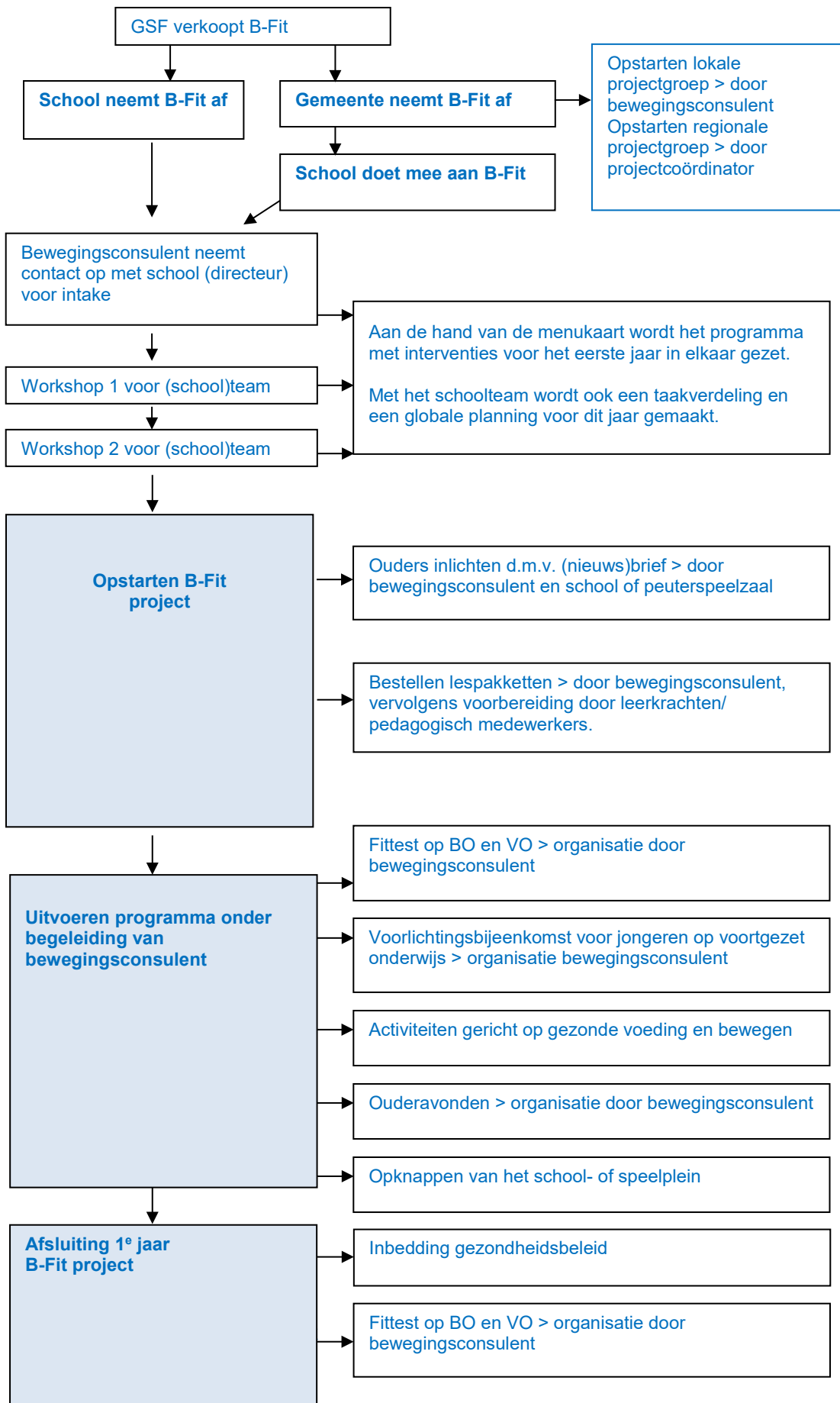
Hoe ziet de interventie er concreet uit? Beschrijf:

- *De vorm:* Wat voor type interventie is het?
Bijvoorbeeld een lespakket, een e-learning module, een theatervoorstelling, groepsvoorlichting of een wijkinterventie met meerdere onderdelen.
- *De opbouw:* Uit welke fases of stappen bestaat de interventie?
Bijvoorbeeld: verschillende themabijeenkomsten, onderdelen of modules die in een bepaalde volgorde worden uitgevoerd. Zijn er veel verschillende fases of stappen? Visualiseer dan de structuur of de samenhang tussen de onderdelen in een schema.
- *De omvang en intensiteit* van de interventie. Bijvoorbeeld: duur/doorlooptijd, aantal contacten, duur en frequentie van de contacten. Geef dit waar nodig aan per fase.
Zijn de duur en het aantal contacten variabel? Geef dan een gemiddelde of wat gebruikelijk is.

Voorbeeld: Opzet van een interventie ([Be Wise, think twice](#))

- BWTT is een *lessenserie* bestaande uit 4 lessen van een lesuur. Alvorens BWTT kan worden uitgevoerd dienen de docenten getraind te zijn door een trainer van IVZ en/of GGD. De docent moet inschatten of BWTT kan worden ingezet binnen een bepaalde klas. Daarnaast dient er een goede vertrouwensrelatie te zijn tussen de docent en de klas.
- De *opbouw* van de lessen is als volgt:
 - Les 1: introductie les waarbij het thema middelengebruik en verslaving op een laagdrempelige wordt besproken. De les staat in het teken van gewoontes.
 - Les 2: verschillende risico's van middelengebruik.
 - Les 3: opnieuw aandacht voor de nadelen van middelengebruik en daarnaast is er aandacht voor de voordelen van niet-gebruiken.
 - Les 4: stoppen met een gewoonte.
- Mocht de docent tijdens of na de lessenserie *signalen herkennen* van mogelijk (problematisch) middelengebruik kan de desbetreffende leerling geholpen worden via de al bestaande zorgstructuur (verplicht) van de school. In het geval van "zwaardere middelenproblematiek" gaan we er vanuit dat dit al eerder is gesignaleerd en dat leerlingen al zijn doorverwezen. Mocht dit tijdens de interventie toch blijken moeten leerlingen worden doorverwezen naar de zorgstructuur van de school. Het is niet eerder voorgekomen dat leerlingen naar aanleiding van middelenproblematiek niet hebben kunnen deelnemen aan BWTT.
- Specifiek voor deze doelgroep is er gebruik gemaakt van *rolmodellen*. Er is bewust gekozen voor een heftige casuïstiek om indruk te maken op deze leerlingen. Vanuit huis hebben sommige leerlingen al veel meegemaakt waardoor deze heftige casuïstiek nodig is om indruk te maken. Daarnaast is het niet "ver van hun bed" door de eigen ervaringen. De docenten hebben aangegeven dat zij concrete voorbeelden nodig hebben om de leerlingen "te pakken". Opdrachten op papier of uitgeschreven verhalen doen niets voor deze leerlingen

Voorbeeld: Schema van een interventie met veel verschillende fasen (B-fit)



Inhoud van de interventie – max 1.200 woorden

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en - eventueel - in welke volgorde?

Omschrijf kort de activiteiten. Het is voldoende als de lezer op hoofdlijnen een indruk krijgt van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt. Werk eventueel met enkele typerende voorbeelden of verwijst voor meer informatie naar de interventiehandleiding voor de uitvoerders.

Besteed ook aandacht aan de volgende punten:

- Wat gebeurt er binnen de verschillende onderdelen, stappen of fasen van de interventie? Denk hierbij ook aan de werving van deelnemers, evaluatie en nazorg.
- Welke onderdelen zijn verplicht en welke optioneel?
- Welke activiteiten zijn minimaal nodig om de gestelde doelen te behalen?
- Is het een interventie op maat? Zo ja: Welke activiteiten worden op maat worden uitgevoerd, en welke criteria zijn er voor de invulling daarvan?
- Biedt de aanpak ook mogelijkheden tot differentiatie binnen de doelgroep (zoals voor opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, land van herkomst of taal)? Geef dit dan aan.

Voorbeeld 1: Beschrijven van de werving (Assertiviteit: zeggen wat je vindt)

Deelnemers worden ruim van tevoren (minstens 1½ maand) geworven door/via:

- informatie op de website van Indigo en betreffende samenwerkingspartners,
- de POH-GGZ en huisartsen,
- behandelaren werkzaam binnen de GBGGZ,
- netwerkpartners in de wijken (zoals scholen, buurtcentra, maatschappelijk werk en bibliotheken),
- posters/flyers op verschillende centrale plekken,
- advertenties in de regionale pers,
- mond tot mond reclame,
- eenmalige workshop Assertiviteit van twee uur. Deelnemers aan deze workshop die behoefte hebben om hun kennis over dit thema verder te verdiepen, kunnen beslissen deel te nemen aan de training.

Voorbeeld 2: Wat gebeurt er tijdens de verschillende onderdelen? (Assertiviteit: zeggen wat je vindt)

In ieder van de vijf bijeenkomsten wordt aandacht besteed aan een ander aspect van assertief gedrag:

- 1e bijeenkomst: Stijlen van assertiviteit
- 2e bijeenkomst: Nee zeggen en grenzen stellen
- 3e bijeenkomst: Steun vragen en lichaamstaal
- 4e bijeenkomst: Omgaan met kritiek
- 5e bijeenkomst: Meningsverschillen en conflicten

Voorbeeld beschrijving van de 2^e bijeenkomst: Nee zeggen en grenzen stellen

1. *Welkom, bespreken huiswerk (20 minuten)*. Korte herhaling van de inhoud van bijeenkomst 1 (3 stijlen van assertief gedrag, de 4 stappen van assertief gedrag, het belang van positieve zelfwaardering en realistisch denken). Bespreken van huiswerk opdracht (p 18 en verder deelnemersmap)
2. *Presentatie-opdracht (15 minuten)*. Opdracht om deelnemers de invloed van presentatie (lichaamshouding, intonatie, woordgebruik, stemgebruik, oogcontact etc.) te laten ervaren en de link te leggen met assertiviteit.
3. *Theorie: het stellen van grenzen, 'nee' – zeggen (15 minuten)*. (p 26 t/m 32 deelnemersmap). De theorie kort behandelen door de hoofdlijnen te schetsen. Hierbij wordt interactie gestimuleerd door deelnemers te laten reageren, om herkenning te vragen, door vragen te stellen etc..
4. *Nee – carousel (45 minuten)*. (p 32 deelnemersmap). Oefenen van besproken theorie. Deelnemers oefenen om de beurt met de 4 manieren van 'nee'- zeggen. Gezamenlijke nabespreking
5. *Ervaringsoefening grenzen (15 minuten)*. Deelnemers oefenen aan de hand van een opdracht in tweetallen met het aangeven van grenzen. Nabespreken en vragen naar herkenning, verband leggen tussen de reacties en stijlen van 'assertief gedrag' zoals besproken in bijeenkomst 1.
6. *Rollenspel: mogelijkheid te oefenen met eigen situaties in 4-stappen (25 minuten)*. Laat deelnemers situaties waarin zij het moeilijk vinden om assertief te reageren in de 4 stappen zetten.
7. *Huiswerk en afsluiting (10 minuten)*. (p 33 deelnemersmap). Sluit af met een positieve opmerking.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

Het gaat hierbij om materialen die direct ondersteunend zijn voor de toepassing van de interventie, zoals:

- Handboek of protocol voor de uitvoerders van de interventie;
- Materialen voor de werving van deelnemers: bijvoorbeeld flyers, TV spotjes, website;
- Materialen voor de deelnemers, zoals een werk- of cursusboek of een e-learning module;
- Website van de interventie;
- Beeldmateriaal.

Welke materialen zijn beschikbaar voor de interventie?

- Licht de materialen kort toe en geef aan hoe ze de interventie ondersteunen.
- Waar zijn de materialen te downloaden of te bestellen?
- Zijn er ook materialen voor specifieke *subdoelgroepen*? Denk daarbij aan opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, land van herkomst of taal.

Zo ja: hoe zijn de materialen aangepast aan de subdoelgroepen?

!Let op: Zorg dat informatie over de interventie consistent en actueel is in de verschillende materialen. Denk hierbij ook aan de website. Regelmatig staat in de handleiding of op de website van een interventie bijvoorbeeld een ander doel of andere doelgroep dan in het werkblad. Dit roept bij de erkenningscommissie / beoordelaars vragen op.

Voorbeeld: Beschrijving materialen (LEFF)

Vorbereiding

- Ondersteunende materialen voor de lokale coördinator.
- Poster en folder ontwikkeld voor ouders.
- Flyer ontwikkeld voor kinderen.

Uitvoering

- LEFF-kit
- Materialen voor het uitvoerende team, zoals posters, voorbeelden van voedingsmiddelen en stickers.
- Deelnemerskit
- Materialen voor de deelnemers, zoals handboeken voor ouders en kinderen. De handboeken zijn ondersteunend aan het programma en bevatten de belangrijkste leermomenten van elke bijeenkomst.
- Handleidingen team
- Er is een handleiding Voeding & Gedrag voor de coach en een handleiding Bewegen voor de beweegcoach. De assistent ontvangt beide handleidingen.

Evaluatie

- Proces en Registratieformulieren m.b.t. aanmelding, aanwezigheid en ervaringen deelnemers en team.

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

! Let op: Dit onderdeel wordt ook gepubliceerd in de *Interventiedatabase van het Loket Gezond Leven*

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort organisatie(s) kan /kunnen de interventie uitvoeren?

- Op welk type locaties kan de interventie uitgevoerd worden? Bijvoorbeeld thuis, op school, in een buurthuis, in een zorginstelling, in een sporthal of sportvereniging.
- Aan welke specifieke eisen moet de locatie eventueel voldoen? Denk bijvoorbeeld aan de mogelijkheid van een afgesloten ruimte.
- Welk type organisatie kan de interventie uitvoeren? Denk bijvoorbeeld aan: GGD, welzijnsorganisatie, instelling voor jeugdzorg, onderwijsinstelling, instelling voor langdurige zorg). Eventueel kun je hier ook de organisaties noemen die de interventie op dit moment uitvoeren.

Voorbeeld 1: Locatie en type organisatie ([Voel je vrij! Doorlopende groepstraining voor Stoppen met Roken](#))

De interventie kan in principe door elke organisatie op het gebied van zorg, preventie, welzijn en maatschappelijke dienstverlening worden geadopteerd en uitgevoerd. Stoppen-met-roken trainers kunnen in dienst zijn van dezelfde organisatie of worden ingehuurd als ZZP'er. Het samenbrengen van de training en de werving in één organisatie (bv. maatschappelijk werk) zou een meerwaarde kunnen hebben, omdat dit kan bijdragen aan eigenaarschap van de betrokkenen en daardoor het succes van de gecombineerde aanpak..

Voorbeeld 2: Locatie en type organisatie ([LEFF](#))

- *Organisatie:* De interventie wordt op landelijk niveau gecoördineerd. De lokale coördinatie vindt plaats door een persoon werkzaam binnen de gemeente of vanuit bijvoorbeeld welzijnsorganisaties, sportorganisaties en GGD-en. Voor de werving en toeleiding naar LEFF wordt er contact gelegd met verschillende organisaties die hierbij een rol kunnen spelen, zoals eerstelijnszorginstellingen, scholen of de jeugdgezondheidszorg.
- *Locatie:* De gemeente bepaalt in welke wijk LEFF ingezet gaat worden. Dit zijn altijd wijken waarbinnen de gemeente een gezond gewicht van de bewoners wil bevorderen. De uitvoering van de interventie zelf vindt plaats op een locatie in de wijk die goed bereikbaar en prettig is voor de deelnemers, zoals wijkcentra of (brede) basisscholen

Opleiding en competenties – max 200 woorden

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

Beschrijf hier de benodigde kennis en vaardigheden van de uitvoerders van de interventie. Welke eisen gelden ten aanzien van opleiding, aanvullende trainingen, certificering, licenties, supervisie en specifieke vaardigheden van de uitvoerend medewerkers?

- Welke typen professionals voeren de interventie uit?
Denk bijvoorbeeld aan praktijkverpleegkundige GGZ, leefstijlcoach, JGZ-verpleegkundige, psycholoog, huisarts, SPV-er.
- Kunnen vrijwilligers helpen bij de uitvoering?
Zo ja, wat voor vrijwilligers zijn dat dan? Denk aan onderwijsassistenten, stagiaires, ouders. Werken zij onder supervisie van de professionals?
- Welk opleidingsniveau is vereist voor welke uitvoerende professionals en/of vrijwilligers?
Vermeld de vereiste beroepsopleiding, eventuele registratie (BIG bijvoorbeeld) en eventueel aanvullende kennis, attitude en vaardigheden (competenties) die nodig zijn voor een specifiek thema (bijvoorbeeld: motiverende gespreksvoering, creëren draagvlak binnen de organisatie, kennis over licht verstandelijke beperking, e.d.).
- Welke aanvullende trainingen, cursussen etc. voor de uitvoerders zijn onderdeel van de interventie?
Beschrijf daarbij ook of en voor wie deelname hieraan verplicht is (bijvoorbeeld in het kader van licentierechten of omdat het handboek alleen in combinatie met de training vrijgegeven wordt).
- Zijn er ook eisen met betrekking tot ervaring met de doelgroep?
Denk daarbij aan kenmerken zoals opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, land van herkomst of taal van de doelgroep.

Voorbeeld: Opleiding en competenties ([Beweeg Wijs](#))

- *Speelbegeleider Beweeg Wijs:*
 - *Opleiding:* MBO Sport en Bewegen, eventueel aangevuld met opleiding Motorische Remedial Teaching.
 - *Competenties:* coaching- en begeleidingsvaardigheden, communicatieve vaardigheden, leidinggevende capaciteiten, planmatig kunnen werken, klantgericht en mensgericht kunnen handelen, sociaalmaatschappelijke vaardigheden, verantwoordelijkheidsgevoel kunnen dragen en een goede lichamelijke coördinatie. De speelbegeleider is in dienst bij Beweeg Wijs en wordt ingezet bij de kinderopvang organisatie.
- *Coördinator en Beweeg Wijs trainer peuter methode:*
 - *Opleiding:* HBO Sportmanagement (ALO), HBO Docent Lichamelijke Opvoeding (ALO), HBO Pedagogiek, HBO PABO, Motorische Remedial Teaching
 - *Competenties:* Organisatorisch, leidinggevend, coachend en coördinerend vermogen. Trainingskundige vaardigheden. Eventueel pedagogische en/of didactische achtergrond. Inzicht hebben in de taak, organisatie en

werkwijze van een kinderopvangorganisatie en basisschool. Vaardigheid in het ontwikkelen van leskaarten. De coördinator / trainer is in dienst bij Beweeg Wijs en verzorgt de algehele coördinatie van het implementatietraject en verzorgt de trainingen.

- *Pedagogisch medewerkers kinderopvang:*
 - *Opleiding:* MBO Pedagogisch medewerker, eventueel aanvulling MRT.
 - *Competenties:* affiniteit met bewegingsonderwijs en gezonde leefstijl, visie hebben over het belang van voldoende beweging, motorische ontwikkeling en gezonde leefstijl. De pedagogisch medewerker is in dienst bij de kinderopvang organisatie.

Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden

Hoe wordt de kwaliteit van de uitvoering bewaakt?

- Hoe wordt de kwaliteit van de uitvoering bewaakt, en wie doet dat?
- Wordt bijgehouden of de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld? Bijvoorbeeld via registratie en evaluatie van activiteiten en resultaten (zoals Routine Outcome Monitoring), certificering, licenties, training, instellen van een stuurgroep, jaarlijkse terugkomdag met evaluatiemoment.
Zo ja, beschrijf kort hoe dat gebeurt. Wat wordt gedaan en door wie? Wie is daar verantwoordelijk voor?

De *uitkomsten* van de registratie/evaluaties (procesevaluaties e.d.) kun je beschrijven in *hoofdstuk 4.1 (Onderzoek naar de uitvoering)*.

Voorbeeld: Kwaliteitsbewaking (Be Wise, think twice)

De kwaliteit van BWTT wordt bewaakt doordat, voor de uitvoering in de klas, zowel de docent als de trainer van de IVZ en/of GGD eenmalig getraind worden. De trainer van IVZ en/of GGD door een trainer van het Trimbos-instituut. De docent door een trainer van IVZ en/of GGD. De trainers van het Trimbos-instituut zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van BWTT. Nadat de docenten zijn getraind wordt aan het Trimbos-instituut doorgegeven hoeveel docenten per school de training hebben gevolgd. Nadat dit bij het Trimbos-instituut bekend is kan de school voor de docenten een licentie kopen voor het lesmateriaal van BWTT.

Zowel de Train-de-Trainer als de docenttraining wordt na iedere training geëvalueerd met behulp van een evaluatieformulier. Als docenten aanvullingen en/of opmerkingen hebben (welke uit de evaluatie kunnen komen of pas tijdens het uitvoeren van de lessen) kunnen zij dit kenbaar maken bij de trainer. De trainers weten wie zij hiervoor van het Trimbos-instituut kunnen benaderen. Op deze manier wordt BWTT regelmatig geactualiseerd. Daarnaast wordt er op dit moment een onderzoek uitgevoerd naar alle interventies voor het praktijkonderwijs en VSO, vanuit DGSG. BWTT wordt hierin meegenomen.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

! Let op: Dit onderdeel wordt ook gepubliceerd in de Interventiedatabase van het Loket Gezond Leven

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

- *Organisatorische randvoorwaarden* zijn de vereiste voorwaarden op het niveau van de *uitvoerende organisatie*. Denk bijvoorbeeld aan **draagvlak** bij uitvoerende professionals, werkbegeleiders, managers en directie; **mogelijkheden tot samenwerking** en overleg; geld; tijd; de beschikbaarheid of indeling van ruimtes.
- *Contextuele randvoorwaarden* zijn de vereiste voorwaarden op het niveau van de *sociale, politieke of culturele setting* waarin de interventie wordt uitgevoerd. Denk bijvoorbeeld aan de samenwerking met andere organisaties. Of aan verkeersveiligheid, openbaar toegankelijke sportfaciliteiten of de demografische samenstelling van een wijk waarin de interventie wordt uitgevoerd (geletterdheid, inkomen, culturele normen en waarden en toegang tot media en voorzieningen).

Voorbeeld 1: Organisatorische randvoorwaarden (Beweeg Wijs)

Het implementatietraject heeft de grootste kans van slagen als zowel het management als de pedagogisch

medewerkers van de kinderdagopvanglocatie het belang van de interventie inzien. Er moet voldoende draagkracht zijn vanuit het gehele team om de methodiek te implementeren. Er moeten financiën aanwezig zijn om het traject, ook ná de implementatie te kunnen voortzetten en een aantal medewerkers moet ruimte en tijd krijgen om de coördinatie op zich te nemen en het team hierin mee te nemen.

Voorbeeld 2: Contextuele randvoorwaarden (Be Wise, think twice)

- Uit het pilotonderzoek bleek dat een *goede vertrouwensrelatie tussen docent en leerling* de uitvoering en het effect ten goede komt. Op het moment dat er geen *veilige sfeer is in de klas* wordt de inzet van BWTT afgeraden. De sfeer wordt bepaald aan de hand van de groepsdynamiek en de relatie met de docent. Pestgedrag past niet binnen een veilige sfeer. Alle leerlingen dienen voldoende tot hun recht te komen en durven zichzelf uit te spreken in de groep of bij de docent. Enige oproer hoort nou eenmaal bij het VSO, maar de docent dient de leerlingen bij de les te kunnen houden wanneer nodig. Lastige onderwerpen (zoals middelengebruik of uitingen van gedrag) dienen door de docent besproken te kunnen worden in de groep of individueel. Het resultaat van een veilige sfeer is dat de leerlingen zichzelf open (durven) te stellen.
- ... Als laatste is het van belang *dat de leerlingen wel al bezig zijn met middelen(gebruik)*. Mocht dit niet het geval zijn kan de lessenserie de leerlingen mogelijk nieuwsgierig maken naar middelen(gebruik) (Onrust et al., 2016). Voordat leerlingen op het VSO worden toegelaten is er sprake van een intake. Hierbij wordt informatie verzameld van zowel de ouders, de leerling als de voorgaande school. Het kan daardoor bekend zijn bij de docent of middelen(gebruik) een thema is voor de leerling. Daarnaast is de relatie/het contact tussen de docent en leerling intensiever op het VSO in vergelijking met regulier onderwijs. De docent kent de leerlingen en kan daardoor ook weten of het thema speelt binnen een klas.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie?

Als een instelling of organisatie besluit de interventie in het aanbod op te nemen, of als de interventie landelijk uitgerold moet worden, is er dan een plan of protocol waarin staat hoe de interventie geïmplementeerd kan worden? Een implementatieplan geeft weer hoe de interventie *lokaal of op organisatieniveau* ingevoerd kan worden. Het beschrijft wat daarbij de fases zijn en hoe rekening wordt gehouden met factoren die van invloed zijn op de implementatie.

Geef een samenvatting van het systeem voor implementatie. Besteed daarbij aandacht aan de volgende punten:

- Voer je als interventie-eigenaar zelf de interventie uit?
Zo ja: hoe faciliteer je de implementatie van de interventie? Wat gebruik je hierbij? Hoe doe je dat?
- Voeren ook andere professionals de interventie uit?
Zo ja: hoe faciliteer je dan de implementatie van de interventie?
- Is er een implementatieplan beschikbaar van een locatie waar de interventie al is ingevoerd?
Voeg deze dan als bijlage toe aan het werkblad. Het kan een goed voorbeeld zijn voor andere organisaties die de interventie ook willen gaan gebruiken.
- Is er op *landelijk* niveau voorzien in ondersteuning van de implementatie?
Geef dit dan ook aan. Denk daarbij bijvoorbeeld aan:
 - een plan voor landelijke verspreiding van de interventie,
 - een systeem om lokale implementatie landelijk te ondersteunen, zoals een helpdesk of contactpersoon,
 - een training voor uitvoerenden,
 - de mogelijkheid om expertise in te huren.

Voorbeeld: Samenvatting systeem voor implementatie (Beweeg Wijs)

De interventie Beweeg Wijs voor kinderopvang werkt altijd lokaal.

- Vanuit Beweeg Wijs wordt elk project begeleid en gecoördineerd door een coördinator of implementatiedeskundige die gespecialiseerd is in de peutermethodiek. Eventueel wordt hij/zij ondersteund door één van de

regiocoördinatoren van Beweeg Wijs (regiocoördinator gaat over alle Beweeg Wijs projecten in een bepaalde regio). De regiocoördinator kent de regio goed en daarmee ook de partners die er mogelijk bij betrokken kunnen worden.

- De interventie start altijd met het creëren van een lokale projectgroep. De projectgroep bewaakt gedurende het traject de inhoud, het proces en daarmee de kwaliteit van de interventie. Hiervoor komen zij 5 keer bij elkaar.
- De basis wordt gelegd bij de kinderopvang en daar waar haalbaar en gewenst wordt er lokaal een ketenaanpak / doorgaande lijn ontwikkeld waar alle partners elkaar kunnen vinden.
- Er vindt een startbijeenkomst plaats bij de kinderopvang organisatie(s). De pm'ers worden geïnformeerd over de methodiek en verwachtingen over en weer worden besproken. Ook worden er bij de start afspraken gemaakt over de inzet van Beweeg Wijs; beweegmomenten, inzet speelbegeleider, duur programma, inzet pm'ers, ouderbetrokkenheid etc.
- Een speelbegeleider verzorgt het beweegaanbod aan de subdoelgroep 1,5 – 4 jaar. Pedagogisch medewerkers zijn hierbij aanwezig, ondersteunen de les en leren wat de inhoud van het thema is zodat zij de lessen later die week bij andere groepen kunnen aanbieden. Een kinderfysiotherapeut verzorgt het beweegaanbod voor de subdoelgroep 0 – 1,5 jaar. Hij/zij gaat individueel met de kinderen aan de slag waarbij de pm'ers observeren en kennis opdoen die zij vervolgens zelf ook kunnen inzetten. Daarnaast is er ook ruimte voor advies over kinderen met een motorische achterstand en/of (dreigend) overgewicht in de subdoelgroep 1,5 – 4 jaar.
- Ouders worden middels nieuwsbrieven, informatieavonden en evt. inloopochtenden geïnformeerd en gemotiveerd tot meer bewegen in de thuisomgeving.
- Er vinden 5 trainingen voor de pm'ers plaats. Deze worden verzorgd door Beweeg Wijs i.s.m. de kinderfysiotherapeut, de regionale GGD en het regionale consultatiebureau.

Meer informatie

Implementatieplan opstellen:

- Movisie: <https://www.movisie.nl/publicatie/toolkit-implementatie>
- NJI: <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Implementatie/Hulpmiddelen>.
- ZonMw: <https://publicaties.zonmw.nl/maak-zelf-een-implementatieplan/>
- TNO: www.tno.nl/midi
- Brug, J., Assema, P. van, & Lechner, L. (2017). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Kosten – max 200 woorden

Wat zijn de kosten van de interventie?

Het gaat hier om de totale kosten of de belangrijkste kostenposten voor de *uitvoering* van de interventie. Welke kostenposten zijn er en wie betaalt welke kosten? Werk met een tabel of schema waarin de kosten goed inzichtelijk zijn.

- Wat zijn de *personele* kosten (in aantal uren) en wat zijn de *materiële* kosten?
 - *Personele* kosten: wie binnen de eigen organisaties is hoeveel uren kwijt aan de implementatie, ondersteuning, uitvoering en kwaliteitszorg van de interventie?
 - *Materiële* kosten: denk hierbij aan benodigde materialen, zaalhuur, de kosten voor het inhuren van personeel van buiten, training, communicatie/PR, werving, eventuele kosten voor licentie of registratie.
- Wat zijn de *eenmalige* kosten en wat zijn de *structurele* kosten?
 - *Eenmalige* kosten: denk bijvoorbeeld aan de aanschaf materiaal.
 - *Structurele* kosten: Denk bijvoorbeeld aan kosten bij uitvoering op meerdere locaties of bij herhaling van de interventie.
- Wat zijn de *vaste* kosten en wat zijn de *variabele of optionele* kosten?
- Variëren de kosten per uitvoering? Geef dan een representatief voorbeeld of gemiddelde.

Voorbeeld: Kostenbeschrijving (Voel je vrij! Doorlopende groepstraining Stoppen met Roken)

Tabel 1 biedt een voorbeeldberekening van kosten voor de uitvoering van de Voel je Vrij! Doorlopende groepstraining Stoppen met roken. Deze maakt onderscheid tussen de gedragsmatige ondersteuning (hoe meer deelnemers hoe goedkoper) en de medicamenteuze ondersteuning (bij meer deelnemers brengt die in totaal meer kosten mee). De verstrekking van OV-kaartjes voor de deelnemers is in deze voorbeeldbegroting niet meegenomen.

Tabel 1. Voorbeeld kostenoverzicht	
Onderdeel	Kosten in euro's
Inzet trainers voor SMR training 60,50 euro per uur twee trainers per bijeenkomst 1,5 uur per bijeenkomst 0,5 uur voorbereiding en administratie 0,5 uur tussentijds telefonisch contact max 15 deelnemers per bijeenkomst	2,5 uur x 60,50 euro = 302,50 keer 22 bijeenkomsten = 6655,00
Inzet trainers voor individuele intake 60,50 euro per uur één uur per cliënt één trainer per cliënt max 30-45 intakes	1 uur x 60,50 euro = 60,50 keer 45 cliënten = 2722,50
Buurthuis en koffie/thee huur in Amsterdam: 495,00 per 11 keer 2 uur koffie/thee in Amsterdam: 150,00 per 11 keer totaalprijs is voor 22 bijeenkomsten	totaal buurthuis = 1290,00
inzet ervaringsdeskundigen á 15-20 euro inzet buurtprofessionals á 15-20 euro vergoedden we met cadeaubonnen	4 ervaringsdeskundigen x 2 = 160,00 6 buurtprofessionals x 2 = 240,00 totaal = 400,00
Materialen CO-meters, mondstukken, alternatieve activiteiten voor roken, papier, stiften, stempel, evt. folder, ander materiaal	ruwe schatting: 500,00
Werkboek voor deelnemers per stuk prijs 17,50	max. 45 deelnemers 787,50
Totaal zonder nicotinevervangers	12.355,00 omgerekend pp bij 30 deelnemers = 412,00 omgerekend pp bij 45 deelnemers = 275,00
Nicotinevervangers cijfers uit 2016: gemiddeld 20 euro per week per 15 deelnemers op alle 22 bijeenkomsten kosten sterk variabel, afhankelijk van aantal gebruikers, aantal sigaretten vooraf, en fase van het stopproces, mogelijke vergoeding	6.600
Totaal mét nicotinevervangers	18.955,00 omgerekend pp bij 45 deelnemers = 421,00

De kosten zijn gebaseerd op de ervaringen met de pilot van de doorlopende groepstraining in Amsterdam (2016-2017) en zijn sterk afhankelijk van het aantal deelnemers. Zo volstaat tot ca. 8 deelnemers de inzet van één trainer. Het aantal deelnemers per half jaar vormt een ruwe inschatting, omdat dit afhangt van hoe goed de werving is georganiseerd en wordt uitgevoerd. Ook de hoeveelheid benodigde nicotinevervangers en de kosten daarvan variëren sterk.

3. Onderbouwing

De onderbouwing maakt vanuit de (wetenschappelijke) literatuur aannemelijk dat een interventie zou kunnen werken. De samenhang tussen het doel/subdoelen, factoren en aanpak is essentieel. Een onderbouwing is daarmee *een samenhangend verhaal*. Hierin wordt duidelijk waarom het doel en de subdoelen van de interventie bereikt kunnen worden:

- met de gekozen aanpak én
- voor de geselecteerde doelgroep van de interventie.

De onderbouwing bestaat uit een beschrijving van:

- Het *probleem* dat de interventie beoogt te verminderen of op te lossen;
- De belangrijkste *oorzaken* van het probleem (*Niet nodig voor niveau Goed beschreven*);
- De *beïnvloedbare oorzaken* die de interventie aanpakt (*Niet nodig voor niveau Goed beschreven*);
- Een *verantwoording*: onderbouwing waaruit blijkt dat het aannemelijk is dat met de gekozen aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij de geselecteerde doelgroep bereikt kunnen worden (*Niet nodig voor niveau Goed beschreven*).

Maak gebruik van literatuur om de onderbouwing te ondersteunen. Gebruik hiervoor recente bronnen, liefst niet ouder dan 10 jaar. Lees voordat je start met schrijven eerst onderstaande informatie volledig door.

Voorbeelden: Onderbouwing

- Een voorbeeld van een goede onderbouwing vind je in de Bijlage achteraan in deze handleiding.
- Een ander voorbeeld vind je in de Interventiedatabase van het loketgezondleven.nl: [PRIMA. Aanpak van pesten voor scholen](#).

Probleem – max 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen van het probleem of risico.

Het probleem dat centraal staat kun je zien als het omgekeerde van het hoofddoel. Maak dit zo concreet mogelijk. Het beschreven probleem:

- is van toepassing op de geformuleerde doelgroep (1.1) én
- kan verminderd of opgelost worden met de in 1.3 beschreven aanpak.

Baseer je tekst op enkele literatuurbronnen en benoem de bronnen in het hoofdstuk 'Aangehaalde literatuur'. Maak zoveel mogelijk gebruik van actuele landelijke cijfers (zie 'Meer informatie').

- *Aard*: Geef een definitie van het probleem of risico en beschrijf de kenmerken ofwel de symptomen.
- *Ernst*: Geef een zo goed mogelijke indicatie van de omvang van het probleem of risico bij de uiteindelijke doelgroep. Hoeveel personen hebben het probleem of lopen risico daarop (prevalentie)? Wanneer bekend: hoeveel nieuwe gevallen zijn er in een bepaald jaar of periode (incidentie)?
- *Spreiding*: Geef een zo goed mogelijke indicatie van de spreiding van het probleem. Speelt het probleem of risico bijvoorbeeld vaker op het platteland dan in grote steden of vaker in bepaalde regio's? Zijn er verschillen bekend in de aard, ernst of spreiding voor een bepaalde groep of groepen? Denk hierbij bijvoorbeeld aan opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, land van herkomst of taal.
- *Gevolgen*: Wat zijn de gevolgen van het probleem als er nu niet wordt ingegrepen? Het gaat daarbij zowel om materiële als immateriële gevolgen, zowel voor de doelgroep als voor de maatschappij.

Meer informatie

Kijk voor actuele of gedetailleerde cijfers op:

- [volksgezondheidszorg.info](#) (volksgezondheid en zorg)
- [regiobeeld.nl](#) (gezondheid, zorg en welzijn)

- [cbs.nl](https://www.cbs.nl) (maatschappelijke vraagstukken)
- [scp.nl](https://www.scp.nl) (sociale en culturele vraagstukken)
- [nji.nl](https://www.nji.nl) (jeugd(hulp) en opvoeding)
- [movisie.nl](https://www.movisie.nl) (sociale vraagstukken)
- [kenniscentrumsport.nl](https://www.kenniscentrumsport.nl) (sport en bewegen)
- [ncj.nl](https://www.ncj.nl) (jeugdgezondheid)
- [huiselijkgeweld.nl](https://www.huiselijkgeweld.nl)
- [pharos.nl](https://www.pharos.nl) (gezondheidsverschillen, o.a. laaggeletterdheid, migranten)
- [trimbos.nl](https://www.trimbos.nl) (psychische gezondheid)
- [vilans.nl](https://www.vilans.nl) (ouderen- en gehandicaptenzorg)
- [zorgvoorbeter.nl](https://www.zorgvoorbeter.nl) (verpleging, verzorging en zorg thuis voor ouderen)
- [kennispleingehandicaptensector.nl](https://www.kennispleingehandicaptensector.nl) (gehandicaptenzorg)

Of neem contact op met bijvoorbeeld de GGD of de gemeente voor regionale cijfers.

Oorzaken - max 400 woorden

!Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor niveau 'Goed beschreven'.

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Hier gaat het om de beschermende - en risicofactoren (determinanten) die met het centrale probleem samenhangen. Oftewel de factoren die het centrale probleem veroorzaken, in stand houden, verergeren en/of verzwakken. Inzicht hierin is nodig om goed te kunnen onderbouwen hoe het probleem te voorkomen, verminderen of verhelpen is.

Besteed bij de beschrijving aandacht aan de volgende punten:

- Vermeld altijd de bronnen waarop je de probleemanalyse baseert en maak gebruik van recente bronnen, liefst niet ouder dan 10 jaar.
- Gebruik bij voorkeur een theoretisch model over het ontstaan van problemen. Maak in dat geval aannemelijk dat dit model:
 - zoveel mogelijk aansluit bij de gekozen aanpak;
 - ook van toepassing is op het specifieke probleem of doelgroep waar de interventie voor bedoeld is.

Meer informatie

Voorbeelden van theoretische modellen zijn te vinden op de [website van het Loket Gezond Leven](#). Daar zijn enkele gedrag verklarende modellen, modellen voor gedragsverandering en modellen gericht op sociale en fysieke omgevingsfactoren kort beschreven.

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

!Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor niveau 'Goed beschreven'.

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

Beschrijf in deze paragraaf uitsluitend de *beïnvloedbare* factoren die met deze interventie daadwerkelijk aangepakt worden. Dit is feitelijk een selectie uit de onder 'Oorzaken' benoemde determinanten. Niet alle daar genoemde factoren zullen immers te beïnvloeden zijn met een gezondheidsbevorderende interventie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan genetische factoren, armoede of ervaringen uit het verleden.

Laat vervolgens zien welk (sub)doel bij welke aan te pakken factor hoort. Gebruik hiervoor waar mogelijk een tabel of schema (zie het schema bij het onderdeel 'Verantwoording'). Hiermee zorg je voor een samenhangend geheel.

Verantwoording – max 1.000 woorden

!Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor niveau 'Goed beschreven'.

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

In deze paragraaf staat de *samenhang* centraal tussen:

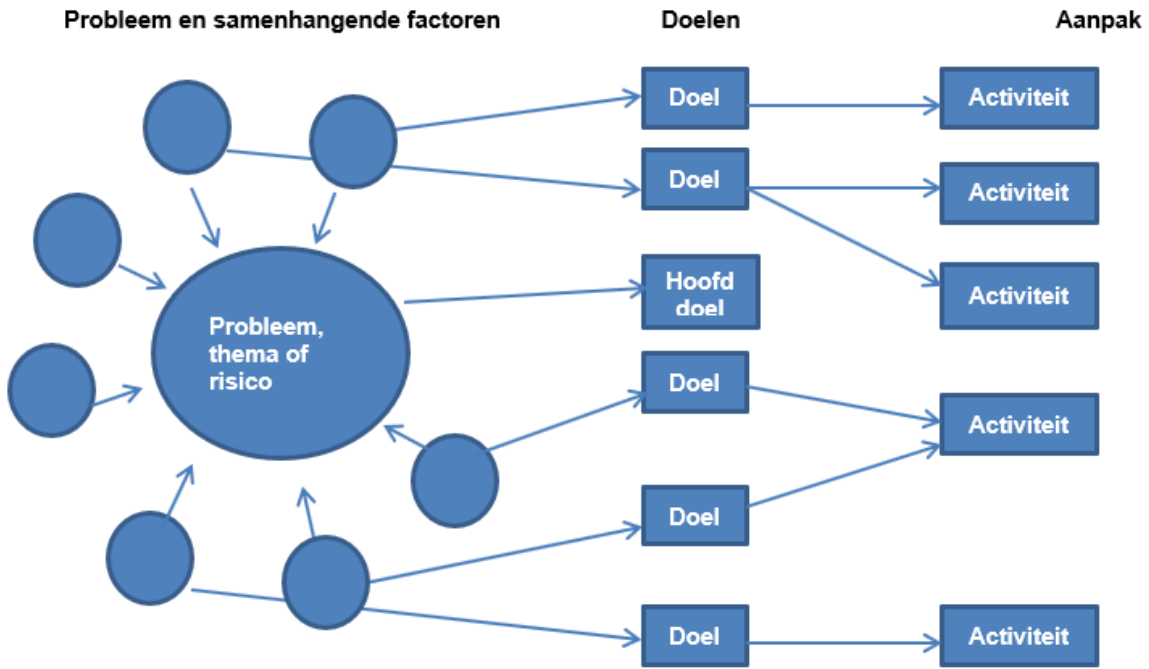
- de beïnvloedbare oorzakelijke factoren van het probleem,
- de (sub)doelen van de interventie en
- de gekozen aanpak.

Bij een goede onderbouwing sluiten deze naadloos op elkaar aan. *Figuur 3.1* maakt deze samenhang inzichtelijk. Dit schema is puur bedoeld als illustratie (dus niet om in je interventiebeschrijving op te nemen).

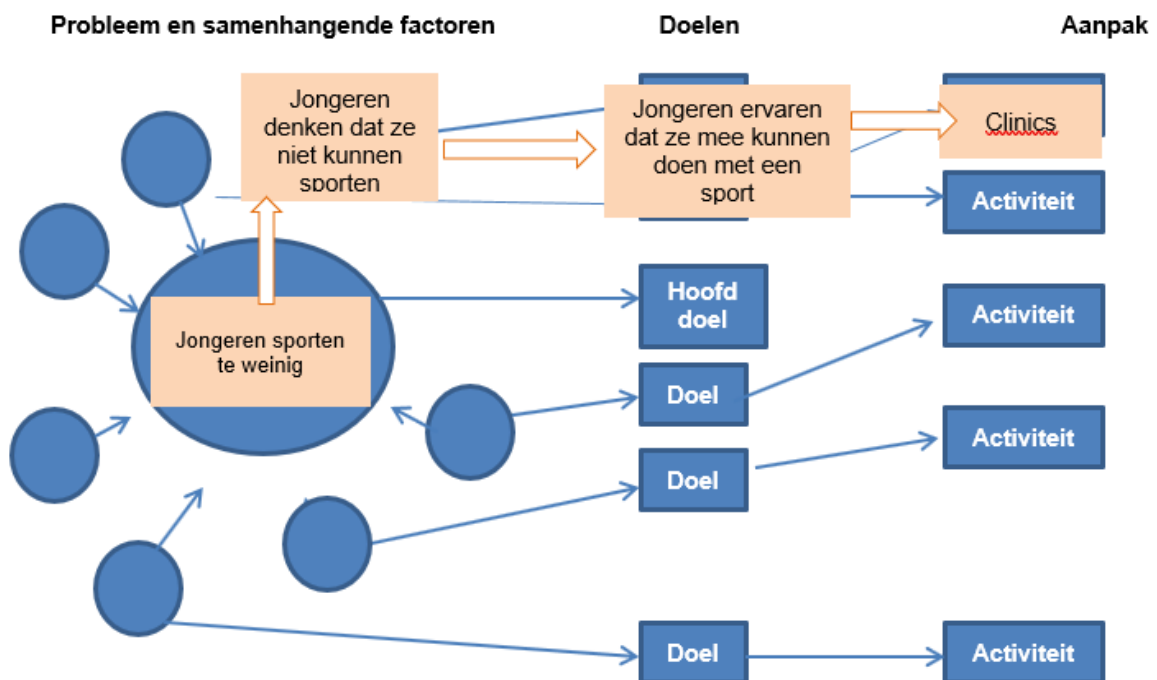
Besteed bij de beschrijving aandacht aan de volgende punten:

1. Zorg voor een schema of tabel waarin de *koppeling tussen de (sub)doelen en de aan te pakken factoren* geschetst wordt (zie ook de vorige paragraaf: Aan te pakken factoren).
2. Geef *per subdoel* kort aan *welke werkwijze* gebruikt wordt om dat subdoel te bereiken. Dus: wat doe je in de interventie om ervoor te zorgen dat het betreffende subdoel wordt behaald?
3. Maak aannemelijk dat *de gekozen aanpak/werkwijze werkt*:
 - a) Om de *subdoelen* te bereiken. Maak daarbij gebruik van relevant onderzoek en/of theorieën en modellen dat laat zien dat soortgelijke aanpakken/interventies werken voor het betreffende (sub)doel. Hierbij mag je ook gebruik maken van resultaten uit de procesevaluatie. Voor het niveau Effectiviteit is het raadzaam gebruik te maken van de resultaten uit het effectiviteitsonderzoek. Een uitgebreide toelichting van het onderzoek beschrijf je in paragraaf 4.2.
 - b) Voor de *doelgroep* van de interventie. Denk daarbij ook aan mogelijke verschillen binnen de doelgroep in bijvoorbeeld opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, land van herkomst of taal.

Figuur 3.1: Samenhang probleem – doelen – aanpak



Het schema ingevuld voor het probleem 'Jongeren sporten te weinig' (NB: in dit schema is slechts één beïnvloedende factor ingevuld):



4. Onderzoek

In dit hoofdstuk beschrijf je al het onderzoek over de interventie. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen onderzoek naar de *uitvoering* (procesevaluatie, verplicht voor elk niveau; paragraaf 4.1) en onderzoek naar de *effecten* (effectonderzoek, verplicht voor de drie niveaus van effectiviteit; paragraaf 4.2). Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

De onderzoeken die je hier opneemt mogen verschillend van aard zijn:

- *Zowel intern als extern onderzoek*. Intern onderzoek is door de eigen organisatie uitgevoerd en extern onderzoek is door een onderzoeksorganisatie uitgevoerd.
- *Zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek*. Bij kwalitatief onderzoek gaat het om de betekenis of waardering die uitvoerders en doelgroep aan de interventie geven. Het gebruik van verschillende type onderzoeken of onderzoeksmethoden - ook wel *mixed methods* genoemd - geeft rijke informatie over het proces en de behaalde resultaten.

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

In deze paragraaf geef je inzicht in het verloop en de uitvoering van de interventie. Het is een samenvatting van de onderzoeken die zijn gedaan naar de realisatie en uitvoering van de interventie.

Beschrijf per onderzoek:

- a) Auteur(s), organisatie en jaar van uitgave. Geef ook aan wanneer het een interne, niet gepubliceerde publicatie betreft. Neem de volledige bibliografische gegevens op in de literatuurlijst onder hoofdstuk 7 ('Aangehaalde literatuur').
- b) De volgende aspecten:
 - het *type* onderzoek (bijvoorbeeld: procesevaluatie, behoefteanalyse, tevredenheidmeting, casusonderzoek, etc.),
 - de onderzoek*methode* (schriftelijke vragenlijsten, mondelinge interviews, observaties, logboeken, focusgroepen, paneldiscussies etc.)
 - kenmerken van de *doelgroep* (bijvoorbeeld: leeftijd, waar zijn ze geworven, aan welke inclusiecriteria voldeden ze?)
 - de *omvang* van het onderzoek (het aantal onderzochte uitvoerders en deelnemers).
- c) Een beknopte weergave van de resultaten. Besteed in elk geval aandacht aan:
 - Hoe was het verloop van de uitvoering? Ging het zoals gepland, waren de uitvoerders in staat de interventie uit te voeren?
 - Is de doelgroep bereikt? Zo nee, waarom niet en zo ja, waardoor is het wel goed gelukt?
 - Hoe hebben deelnemers en uitvoerders van de interventie de interventie ervaren en gewaardeerd?
 - Wat waren succes- en faalfactoren bij de uitvoering volgens de uitvoerders en de deelnemers?
 - Hoe is (of wordt) de interventie aangepast naar aanleiding van de resultaten?

Als je de resultaten van verschillende onderzoeken gezamenlijk presenteert, verwijst dan bij elk resultaat naar de bron.

Voorbeeld 1: Beschrijving van een procesevaluatie (NEW.ROADS)

Intern Rapport: Procesevaluatie NEW.ROADS-interventies (R.G. Prins, Mulier Instituut, 2019)

De NEW.ROADS interventies hebben in de periode 2013-2014 plaatsgevonden in Rotterdam. In de coalitie zaten onderzoekers (ErasmusMC, Universiteit Maastricht, de Veldacademie), beleidsmedewerkers van GGD Rotterdam-Rijnmond, Sport en Recreatie en ruimtelijke ordening (Gemeente Rotterdam) en medewerkers van bureau Frontlijn en het NISB (KCS).

Bereik en waardering

Bereik en waardering van de doelgroep is op twee manieren gemeten. Ten eerste hebben alle respondenten van de laatste vragenlijst van de evaluatiestudie vragen over bereik en waardering ingevuld (N=247). Daarnaast zijn 86 ouderen uit de buurten waar de interventies zijn geïmplementeerd opgebeld voor een telefonisch interview. Het is bij het interpreteren van de cijfers van belang om te realiseren dat het onderzoek op populatieniveau is uitgevoerd.

Van de buurten waar de wandelroutes zijn aangelegd was 27% van de ondervraagde ouderen, bewust dat er een wandelroute is aangelegd; dat was significant hoger dan in de buurten waar geen wandelroute was aangelegd (5%). Van de ouderen die bewust waren dat de routes zijn aangelegd heeft 47% de route ook daadwerkelijk gelopen. De doelgroep is wel sceptisch over de verwachte effecten; slechts 8% van de doelgroep verwacht effecten van de wandelroutes.

De vragenlijsten laten zien dat in de buurten waar wandelgroepen zijn opgestart 9% van de ondervraagden zich bewust is van deze wandelgroepen (in buurten waar geen wandelgroepen zijn opgestart was dit 3%), maar vrijwel geen ondervraagde deed mee aan de wandelgroepen. Uit telefonische interviews (N=33) bleek dat 30% van de ouderen wist dat er wandelgroepen in de buurt zijn georganiseerd. Ze hebben dat via lokale nieuwsblaadjes, de dokter of een flyer gehoord. Een meerderheid van de geïnterviewden (58%) denkt dat wandelgroepen helpen om ouderen meer te laten bewegen.

Succes en faalfactoren

De succes- en faalfactoren zijn gedefinieerd door de coördinator naar aanleiding van reflectie op het proces.

- Het vormen van een sterke multidisciplinaire coalitie is belangrijk om de NEW.ROADS interventies te implementeren is de belangrijkste succesfactor.
- Daarnaast is het belangrijk dat de interventies adaptief zijn, dat ze passen bij de buurt. Hierdoor is het mogelijk om de interventies in verschillende “contexten” te implementeren.
- Bij de uitvoer van NEW.ROADS moet extra gelet worden op het daadwerkelijk starten van wandelgroepen. Dat kan gedaan worden door daar in het begin professionele begeleiding (buurtsportcoach) op te zetten.
- Daarnaast is uit de procesevaluatie gebleken dat de bekendheid van de wandelgroepen beperkt is; daar moet in het vervolg meer aandacht voor zijn.

Uitvoerbaarheid

De omgevingsveranderingen hadden als doel om klein, betaalbaar en haalbaar om te implementeren te zijn. Hoewel niet oorspronkelijk gepland, moest de coalitie de wandelgroepen en wandelroutes in een extra wijk implementeren. Dat lukte erg goed en dat kan gezien worden als een bewijs dat deze omgevingsveranderingen ook goed te implementeren zijn.

Meer informatie

- Loketgezondleven.nl: [Procesevaluatie Erkenningstraject](#)
- [Factsheet Procesevaluatie bij de beoordeling van interventies](#) (Movisie, 2014).
- [Richtlijnen voor een Procesevaluatie van Sport- en Beweeginterventies](#) (Kenniscentrum Sport, 2019).

4.2 Onderzoek naar de effecten – max 600 woorden

!Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor de niveaus ‘Goed beschreven’ en ‘Goed onderbouwd’.

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

Effectonderzoek is onderzoek naar de mate waarin het doel van de interventie wordt bereikt. De uitkomstmaten zijn dus een afgeleide van het doel.

Binnen het erkenningstraject wordt onderscheid gemaakt tussen drie niveaus van effectiviteit. Het niveau hangt af van de kwaliteit en de bewijskracht van de aangedragen studies.

- *Eerste aanwijzingen* voor effectiviteit: Het gaat hier bijvoorbeeld om goed uitgevoerd observationeel onderzoek, casestudies, voor- en nameting, cohortstudies of onderzoek gebaseerd op monitorgegevens.

- *Goede aanwijzingen* voor effectiviteit: Hier gaat het bijvoorbeeld om quasi-experimentele designs, zeer goed uitgevoerde observationele onderzoeken of timeseries onderzoeken.
- *Sterke aanwijzingen* voor effectiviteit: Hier gaat het om gecontroleerd onderzoek zoals RCT's en quasi-experimentele studies met een follow-up, maar ook over bijvoorbeeld meerdere N=1 studies en timeseries.

Voor elk niveau zijn in principe 2 effectstudies nodig, waarvan ten minste 1 Nederlandse studie. Criteria voor de verschillende niveaus van effectiviteit zijn te vinden in bijlage x.

Beschrijf in deze paragraaf kort welke onderzoeken zijn gedaan, door wie (intern of externe organisatie) ze zijn gedaan en wat de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- Auteur(s) en jaar van uitgave voor elke onderzoekpublicatie.
Geef ook aan wanneer het een interne, niet gepubliceerde publicatie betreft. Het mag dan bijvoorbeeld een peer-reviewed publicatie zijn, of een onderzoeksrapport (geschreven door een onderzoeksbureau dan wel intern) of een masterscriptie.
- Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek.
Beschrijf:
 - het type onderzoek en de onderzoeksmethode.
 - de meetinstrumenten en de relevante uitkomstmaten.
 - de doelgroep waarbinnen het onderzoek is gedaan.
 - het (uiteindelijke) aantal respondenten (N).
- Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten. Besteed waar mogelijk aandacht aan:
 - Uitvoering van de interventie:
 - Is de interventie uitgevoerd zoals bedoeld?
 - In hoeverre zijn de veronderstelde werkzame elementen van de interventie daadwerkelijk uitgevoerd?
 - In hoeverre is de beoogde doelgroep daadwerkelijk bereikt?
 - Effecten:
 - Welke effecten zijn gevonden op de relevante uitkomstmaten? Effectgroottes kunnen bijvoorbeeld worden uitgedrukt in d, ES, Cohen's d of Odds Ratio. Noem ook de statistische significantie van de gevonden effecten.
 - Wat is de door doelgroep ervaren effectiviteit? Of – als ervaringen van de doelgroep zelf niet te achterhalen zijn – de ervaren effectiviteit van naasten, zoals ouders, verwanten of mantelzorgers?
 - Zijn er ook negatieve effecten gevonden?
 - Relevantie voor de eigen interventie:
 - In hoeverre zijn de gebruikte uitkomstmaten relevant voor het doel en de doelgroep van de interventie?
 - In hoeverre hebben de effecten betrekking op het doel en de doelgroep van de interventie?

Voorbeeld: Samenvatting effectstudies voor niveau effectiviteit ([Op verhaal komen](#))

Er zijn meerdere meta-analyses uitgevoerd die de werkzaamheid van life review interventies onderbouwen. Bohlmeijer et al. (2003) vonden een effect size van Cohen's $d=0.92$ bij negen RCT's naar de effecten van life review interventies op depressieve klachten. Bohlmeijer et al. (2007) vonden een effect size van Cohen's $d=1.04$ bij zeven RCT's naar de effecten op welbevinden. Lan et al. (2017) deden een meta-analyse van 11 Randomized Controlled Trials (RCT) of Controlled Clinical Trials (CCT). Ze vonden een Cohen's d van 0.57 voor depressieve klachten en 0.54 voor welbevinden.

- A. Bohlmeijer, E., Kramer, J., Smit, F., Onrust, S., & van Marwijk, H. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community Mental Health Journal, 45*(6), 476-484.**
- B. Deze quasi-experimentele studie vergeleek Op Verhaal Komen als face-to-face groepsinterventie met een wachtlijstcontrolegroep met een voormeting, nameting en drie maand follow-up. Deelnemers waren mensen van 55 jaar en ouder met depressieve klachten (n=109).
- C. Er werden significante verbeteringen in depressieve klachten gevonden bij Op Verhaal Komen in vergelijking met de wachtlijstcontrolegroep (d=0.21). Ook werden er een significante verbetering in Mastery gevonden. De verbeteringen in depressieve klachten en Mastery bleven behouden bij de follow-up drie maanden na afloop van de interventie.
- A. Bohlmeijer, E., Westerhof, G. J., & Emmerik-de Jong, M. (2008). The effects of a new narrative life-review intervention for improving meaning in life in older adults: Results of a pilot project. *Aging and Mental Health, 12*, 639-646.**
- B. Deze studie is een follow-up van Bohlmeijer et al (2009). Bij voor- en nameting werd het SELE instrument afgenomen om veranderingen in zingeving te onderzoeken.
- C. Hoewel er geen overall effect gevonden werd in de vergelijking tussen Op Verhaal Komen en een wachtlijstcontrolegroep verbeterden de deelnemers aan de interventie op een aantal punten. Er is een afname in negatieve evaluaties over het zelf en een toename in positieve evaluaties van sociale relaties. Er is ook een meer positieve evaluatie van het verleden en een minder negatieve evaluatie van de toekomst.
- A. Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof G. J. (2012). Life-review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 42* (6), 1163-1172. doi:10.1017/S0033291711002042**
- B. Deze multisite pragmatische randomized controlled trial vergeleek Op Verhaal Komen als face-to-face groepsinterventie met de gebruikelijke zorg bij 202 deelnemers op voormeting, nameting, follow-up van 6 maanden en follow-up van een jaar. Deelnemers waren mensen van 55 jaar en ouder met depressieve klachten.
- C. In vergelijking met gebruikelijke zorg was er een verbetering in depressieve klachten na afloop van de interventie (d=.60) die behouden bleef bij de follow-up op 6 en 12 maanden. Er werden ook effecten gevonden op welbevinden en angstklachten. Moderatoranalyses lieten zien dat mensen die meer extravert waren en minder terugdachten aan hun leven om verveling tegen te gaan iets meer van de interventie profiteerden.
- A. Westerhof, G. J., Lamers, S. M. A., Postel, M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2017, online first). Online therapy for depressive symptoms: An evaluation of counselor-led and peer-supported life review therapy. *Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnx140**
- B. Er werd een gerandomiseerde gecontroleerde trial verricht met drie armen: wachtlijst, Op Verhaal Komen Online met individuele begeleiding en Op Verhaal Komen Online met lotgenotencontact. Er waren metingen voorafgaand aan de interventie en na 3, 6 en 12 maanden. Deelnemers waren mensen van 40 jaar en ouder met depressieve klachten (n=58).
- C. Er werden significante effecten op depressieve klachten gevonden (d=.57 in individuele conditie en d=.21 in de lotgenotenconditie). De effecten bleven behouden bij follow-up. Ook werden er significante effecten gevonden in engaged living, master en vitaliteit, maar niet in ego integriteit, sociale steun, eenzaamheid of welbevinden. Er werden geen verschillen gevonden tussen mensen van middelbare leeftijd (40-55 jaar) en ouderen (55+).

5. Samenvatting Werkzame Elementen – max 250 woorden

Let op: Dit onderdeel hoeft niet te worden ingevuld voor het niveau Goed beschreven.

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

Werkzame elementen zijn de belangrijkste of meest succesvolle onderdelen van een interventie. Samen vormen ze de kern van de interventie en zorgen ervoor dat de interventie de gewenste uitwerking heeft. Inzicht in de werkzame elementen is belangrijk om een interventie aan te passen aan lokale of specifieke omstandigheden. Werkzame elementen zijn de essentiële onderdelen van de interventie om de doelen te kunnen realiseren; ze dienen bij een aanpassing behouden te blijven. Werkzame elementen sluiten bij de (sub)doelen en de doelgroep van de interventie.

Werkzame elementen zijn te onderscheiden in:

- *Inhoudelijke (theoretische) werkzame elementen*
Dit zijn de gebruikte methoden en technieken, gebaseerd op theorie en praktijk. Ze zijn verantwoordelijk voor het effect van de interventie. Bijvoorbeeld: gebruik rolmodel in video om attitude te veranderen, actieve informatie verwerking om kennis te verwerven, lotgenoten contact om overbelasting mantelzorger te voorkomen, concrete hulp voor mantelzorgers, gebruik van video feedback, etc.

Inhoudelijke werkzame elementen zijn in het werkblad vooral beschreven in:

- Onderbouwing (hoofdstuk 3, onderdeel Verantwoording).
- Doelen en de aanpak (hoofdstuk 1 Uitgebreide beschrijving).

- *Praktische werkzame elementen*

Dit zijn elementen die van belang zijn voor de praktische uitvoering en de implementatie van de interventie. Bijvoorbeeld: goede samenwerking in de wijk, uitvoering interventie in een laagdrempelige voorziening in de wijk, goed uitgewerkte wervingsmethodieken, uitvoering van de interventie in de thuissituatie, goed inpasbaar in de werkwijze van de organisatie of professionals, etc.

Praktische werkzame elementen zijn in het werkblad vooral beschreven in:

- Onderzoek naar de uitvoering van de interventie (hoofdstuk 4.1).
- Randvoorwaarden (hoofdstuk 2 Uitvoering).

Voorbeeld 1: Inhoudelijke (theoretische) werkzame elementen ([Zicht op Evenwicht](#))

Eerdere resultaten bevestigden dat de cursus [Zicht op Evenwicht](#) werkt volgens het verwachte onderliggende mechanisme. Dit wil zeggen dat factoren als eigeneffectiviteit, gevoelens van controle en uitkomstverwachtingen – die toenemen door deelname aan de cursus – in grote mate bijdragen aan een afname in bezorgdheid om te vallen en een toename in dagelijkse activiteiten) (Zijlstra, et al. 2011). Recent is nog nader onderzoek gedaan naar de cursusinhoud (Vestjens, et al. 2015). In een Delphi studie oordeelden experts dat de groepscursus van [Zicht op Evenwicht](#) maar liefst 27 technieken voor gedragsverandering bevat (bijv. zelfmonitoring en feedback). De experts benoemden 'goal setting (behavior), graded task and behavioral practice/rehearsal' als de meest veelbelovende technieken van [Zicht op Evenwicht](#) om de interventie effecten te bereiken. Deze technieken zijn verweven door de hele cursus, zowel de groepscursus als individuele cursus.

Voorbeeld 2: Praktische werkzame elementen ([Be Wise, Think Twice](#))

- Bewust maken van de negatieve consequenties van middelengebruik door kennisoverdracht aan de hand van verschillende werkvormen (uitleg docent, klassikale discussie, individuele invuloefeningen, beeldmateriaal) en modellering aan de hand van vier korte filmpjes van ervaringsdeskundigen
- Beïnvloeden van de attitude van leerlingen door kennisoverdracht. De nadelen van middelengebruik: argumenten, beeldmateriaal, klassikale discussie. De voordelen van gezond gedrag: filmpjes.
- Beïnvloeden van uitkomstverwachtingen met behulp van filmpjes van de ervaringsdeskundige waaruit blijkt dat de jongere kan stoppen met middelengebruik en een huiswerkopdracht (7-days challenge).

- Beïnvloeden van de waargenomen sociale normen ten opzichte van middelengebruik door middel van kennisoverdracht (informatie over hoeveel middelen jongeren daadwerkelijk gebruiken), filmpjes van de rolmodellen en klassikale discussies. Laatstgenoemden worden ingezet om te demonstreren dat niet-gebruiken ook sociaal geaccepteerd wordt.
- Beïnvloeden van negatieve peer processen (deviantie training). Bij de docententraining worden de docenten geleerd wat deviantie training inhoudt, hoe ze hier alert op kunnen zijn en hoe ze ermee om kunnen gaan in de praktijk (aan de hand van “do’s en don’ts”).

6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters).

De literatuurlijst is alfabetisch geordend op de achternaam van de eerste auteur. Elke referentie begint met de achternaam van de (eerste) auteur, gevolgd door de voorletter(s), en dan, als die er zijn, de namen van de overige auteurs.

Onderstaande richtlijnen zijn gebaseerd op de 5e editie van de APA Style Guide, uit 2001 (APA staat voor American Psychological Association). Op één punt wijkt deze handleiding af van de APA-richtlijnen: in een opsomming van namen wordt (in het Nederlands) geen komma geplaatst voor '&' of 'en'.

Boek

Auteur(s) (of redacteurs) (Jaartal). *Titel boek*. Plaats van uitgifte: Naam van de uitgever.

Voorbeeld:

Wald, A. & Linden, J. L. van der (red.) (2001). *Leren in perspectief*. Leuven/Apeldoorn: Garant.

Hoofdstuk in een boek (of bundel)

Auteur(s) (Jaartal). Titel van het hoofdstuk. In Namen redacteurs van het boek (red.). *Titel van het boek*, (pagina's van het hoofdstuk). Plaats van uitgifte: Naam van de uitgever. Initialen van redacteur(s) komen voor de achternaam.

Voorbeeld:

Erkens, G., Kanselaar, G., Jaspers, J. G. M. & Tabachneck-Schijf, H. J. M. (2001). *Computer ondersteund samenwerkend leren*. In A. Wald, & J. L. van der Linden (red.). *Leren in perspectief* (pp. 85-97). Leuven/Apeldoorn: Garant.

Artikel in een tijdschrift

Auteur(s) (Jaartal). Titel van het artikel. *Naam van het tijdschrift* (nummer van de jaargang, evt. gevolgd door nummer van de aflevering), pagina's waar het artikel staat. Titelwoorden van tijdschrift moeten met hoofdletters (behalve voorzetsels en voegwoorden). Het nummer van de aflevering hoeft niet genoemd te worden als de paginanummering doorloopt over de afleveringen.

Voorbeeld:

Vriens, L. J. A. (2001). Steiner en de Vrije School. *Tijdschrift voor Vredesopvoeding*, 16(2), 8-11.

Artikel in een elektronisch tijdschrift

Auteur(s) (Jaartal). Titel van het artikel. *Naam van het tijdschrift*, nummer van de jaargang (evt. gevolgd door nummer van de aflevering), pagina's waar het artikel staat, Binnengehaald datum, van Bron

Voorbeeld:

Fine, M. & Kurdek, L. A. (1993). Reflections on determining authorship credit and authorship order on faculty-student collaborations. *American Psychologist*, 48, 1141-1147. Binnengehaald 7 juni 2002, van <http://www.apa.org/journals/amp/kurdek.html>.

Publicatie op Internet

Auteur. (Jaartal/Datum). *Titel*. Binnengehaald datum, van Bron.

Vermijd het afbreken van internetadressen aan het einde van een regel.

Voorbeeld:

Veerman, A. & Veldhuis, E. (2001). *Collaborative learning through computer-mediated communication in academic education*. Binnengehaald 7 juni 2002 van

<http://www.mmi.unimaas.nl/euro-cscl/Papers/166.doc>

Paper voor een conferentie (indien niet opgenomen in bundel)

Auteur(s) (Jaartal). Titel. Paper gepresenteerd op Naam Conferentie, Plaats, Data conferentie.

Voorbeeld:

Jaspers, J. G. M., Erkens, G. & Kanselaar, G. (2001). COSAR: Collaborative writing of argumentative texts. Paper gepresenteerd op de IEEE International Conference on Advanced Learning Technologies, University of Wisconsin, Madison (USA), 4-8 augustus 2001.

Krantenartikel of artikel in een populair weekblad

Auteur (Datum). Titel. Krant, paginanummers.

Voorbeeld:

Vriens, L. J. A. (10 September 2001). Turbotaal. SBMagazine, p. 10.

Bovenstaande voorbeelden zijn overgenomen van: Steege, M. van der, Bijl, B., Delicat, J. & Wilschut, M. (2008). *Ondersteuningspakket 4. Zicht op Effectiviteit: Onderbouwen en beschrijven van interventies*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

7. **Praktijkvoorbeeld** – max 600 woorden

Beschrijf, indien beschikbaar, een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Voorbeeld: Praktijkvoorbeeld (Voel je vrij! Doorlopende groepstraining Stoppen met Roken)

Op 21 januari 2018 vond in Pakhuis de Zwijger een bijeenkomst plaats getiteld De Amsterdamse Gezondheidskloof. Centraal stond de vraag hoe we gezondheidsverschillen tussen Amsterdamse wijken kunnen verminderen. Behalve hoogleraren, beleidsmakers en gezondheidsprofessionals, was ook één van de deelnemers aan de Voel je Vrij! Doorlopende groepstraining uitgenodigd om haar verhaal te doen. Dat verhaal maakte grote indruk op de aanwezigen. Hierbij een beknopt verslag.

M. is een jonge vrouw. Ze heeft een Wajong-uitkering en wordt begeleid door de GGZ. Vandaag is ze vier maanden rookvrij. "Ik ben bevrijd uit mijn gevangenis!" (Applaus van de zaal.)

M. had – al weer even geleden –besloten dat ze móest stoppen met roken. Dat kwam door een bezoek aan haar tante die met ernstige COPD in het ziekenhuis lag. M. dacht: als ik doorga met roken, eindig ik ook zo, en dat wil ik niet.

Maar zelf stoppen lukte M. niet. Ze was ernstig aan tabak verslaafd: ze rookte "70 zelf-gedraaide sigaretjes per dag". (Er gaat een zucht van ongeloof door de zaal.) Ook was ze na de dood van haar man in een depressie geraakt. Behalve roken, kwam ze nergens meer toe. Daarom zocht ze hulp via haar huisarts. Die verwees haar door naar een training bij een verslavingsinstelling. Ze volgde daar de training, stopte met roken, maar toen de training dat na zeven keer ook deed, viel M. terug. "De training was af, en dat was het dan."

Vorig jaar startte M. bij de Voel je Vrij! doorlopende groepstraining. Dat die gratis was, en dat de nicotinevervangers dat ook waren, dat was "Wel erg handig ja!". Want er was altijd tekort geld. Ook dat gratis OV-kaartje was dus mooi meegenomen.

Stoppen-met-roken lukte niet in één keer. Maar dat was niet erg, ze mocht ook toen ze was teruggevallen gewoon blijven komen. Dat was wel erg fijn. Ze kreeg veel steun van de groep en van de trainers. Fijn dat die trainers ook tussendoor zo goed bereikbaar waren. Daardoor lukte het M. om opnieuw te stoppen.

Belangrijk voor M. was de uitwisseling van persoonlijke ervaringen en de positieve sfeer in de groep. Er werd veel gelachen en ook M. kreeg veel complimenten. Daarnaast stak ze best wat op van de ex-rokers die langkwamen met hun verhaal. "Goeie voorbeelden!" Wat M. ook hielp, is dat ze in plaats van roken andere dingen leerde doen. Stukjes wandelen bijvoorbeeld. Zo komt ze nu ook weer meer uit huis. En ze houdt geld over! Een geweldige ervaring waar ze erg om lachen moet.

Stoppen met roken was beslist niet makkelijk. En M. is daar dan ook nog niet helemaal klaar mee. Daarom blijft ze naar de groep gaan, ook al is die nog maar eens per maand. Ze is vast besloten om het vol te houden, om gestopt te blijven. Zó belangrijk! Dus doet ze ook een oproep aan alle mensen die in de GGZ werken.

"Bespreek dat roken met je cliënten, en biedt ze hulp bij het stoppen daarmee!" (Opnieuw applaus van de zaal.)

Samengevat laat dit persoonlijke relaas precies het belang zien van de opbouw en inhoud van de Voel je Vrij! Doorlopende groepstraining. En van de laagdrempeligheid, de flexibiliteit, de intensiteit en de continuïteit. En van de noodzaak van een actieve werving door professionals.

Bijlage – Voorbeeld Onderbouwing

Onderstaand voorbeeld komt uit het werkblad van: [Voel je vrij! Doorlopende groepstraining Stoppen met Roken](#).

Probleem – max 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

Aan roken overlijden in Nederland 20.000 mensen per jaar (Springvloet & Van Laar, 2016). Dat is 21% van alle sterfgevallen (Springvloet & Van Laar, 2016). Van de 3.4 miljoen rokers sterft de helft aan de gevolgen daarvan (Springvloet & Van Laar, 2016). Mensen met een lage opleiding en/of een laag inkomen roken vaker (LSES; 30%) dan mensen met een hoge opleiding en/of een hoog inkomen (HSES; 19%) (Kunst, 2017; Springvloet & Van Laar, 2016). Roken verklaart daarmee een derde van het verschil in levensverwachting (Kunst, 2017). Toch wil 50% van de LSES rokers stoppen (GGD Amsterdam, 2016). Daarin zijn ze echter weinig succesvol (Springvloet, Kuipers, & Van Laar, 2017). Dat komt doordat ze nauwelijks gebruik maken van – ook voor hén – effectieve interventies bestaand uit gedragsmatige en medicamenteuze ondersteuning (Springvloet et al., 2017; Twyman, Bonevski, Paul, & Bryant, 2014). Als LSES rokers al gebruik maken van effectieve interventies, dan hebben ze bovendien een grotere kans op uitval en een hoger risico op terugval naar roken dan HSES rokers (Hiscock & Bauld, 2013). Geconcludeerd kan worden dat het bestaande aanbod onvoldoende toegankelijk voor LSES rokers en dat bovendien het onvoldoende passend bij hun specifieke behoeften (Hiscock & Bauld, 2013).

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

LSES rokers hebben meer moeite om te stoppen met roken omdat ze sterker aan nicotine zijn verslaafd en sterkere rookgewoonten hebben (Hiscock & Bauld, 2013; Pateman et al., 2015). Dit houdt verband met de vaak stressvolle leefsituatie vanwege hun lage welstandspositie (Pateman et al., 2015; Wiltshire, Bancroft, Parry, & Amos, 2003). Door hun lage welstandspositie hebben LSES rokers vaak meerdere andere problemen, zoals met financiën en huisvesting, die prioriteit krijgen boven stoppen met roken (Pateman et al., 2015; Twyman et al., 2014).

Roken speelt een belangrijke rol in het leven van LSES-rokers als automatische reactie op (emoties en negatieve gedachten door) stressvolle situaties, en als tegenwicht tegen verveling en eenzaamheid (Twyman et al., 2014). Vanwege de hoge prevalentie en acceptatie van roken in hun omgeving (Hiscock & Bauld, 2013; Twyman et al., 2014) ervaren LSES rokers een sterke pro-roken sociale norm (Linda Bauld, Bell, McCullough, Richardson, & Greaves, 2010; Christiansen, Reeder, Hill, Baker, & Fiore, 2012). Daardoor zien zij roken vaak niet als probleem, zoeken ze geen hulp, en krijgen ze geen sociale steun (Benson, 2016). Ze wachten op "het goede moment" en zijn bang om te falen en veroordeeld te worden voor het gebruik van hulp (Roddy, Antoniak, Britton, Molyneux, & Lewis, 2006)

Stoppen wordt gezien als eigen verantwoordelijkheid waarvoor wilskracht voldoende zou moeten zijn (Pateman et al., 2015; Roddy et al., 2006). Ook hebben LSES-rokers een lage risicoperceptie: ze zijn zich minder bewust van de schadelijke stoffen in tabaksrook en van de gezondheidsschade van roken (Siahpush, McNeill, Borland, & Fong, 2006). Verder hebben LSES rokers een positieve attitude ten opzichte van roken (beloning, ontspanning, controle, persoonlijke vrijheid en autonomie) (Hiscock & Bauld, 2013; Twyman et al., 2014) en een negatieve attitude ten opzichte van interventies (ineffectief) en medicatie (ineffectief, gevaarlijk, verslavend en duurder dan roken) (Christiansen et al., 2012; Pateman et al., 2015). Stoppen wordt verder bemoeilijkt door een lage eigen effectiviteit (stoppen is moeilijk, een stoppoging hopeloos) (Twyman et al., 2014; Wiltshire et al., 2003), die verder afneemt door onsuccesvolle stoppogingen (Siahpush et al., 2006). LSES-rokers ervaren bovendien financiële barrières en hebben meer moeite om alternatieven voor roken te vinden (Harting et al., 2017; Pateman et al., 2015).

De verzekerde stoppen-met-roken ondersteuning speelt onvoldoende op deze barrières in (Benson, 2016; Schnoz, Schaub, Schwappach, & Gross, 2011). Deze steun bevindt zich in Nederland vaak op grote afstand, en is door wachttijden niet direct toegankelijk, van beperkte duur, en slechts eenmaal per jaar te gebruiken.

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

De vorm waarin de interventie wordt aangeboden richt zich op barrières in de toegankelijkheid van het stoppen-met-roken aanbod (subdoel 1), zoals onbereikbaarheid (aanbod in de eigen buurt), onbetaalbaarheid (goedkoop of gratis), inflexibiliteit (direct toegankelijk, ook toegankelijk na een terugval), onvoldoende intensiteit (wekelijkse groepsbijeenkomsten met tussentijdse individuele steun) en onvoldoende continuïteit (ongelimiteerde en herhaalde deelname).

De individuele intake richt zich (ook) op het accepteren van gedragsmatige en medicamenteuze steun (2.A). Om vroegtijdige uitval uit de training te voorkomen, zijn de groepsbijeenkomsten zo ingericht dat ze LSES-rokers stimuleren om actief te participeren en om betrokken te blijven (2.B en 2.C). Om de motivatie om te stoppen te vergroten beoogt de interventie LSES-rokers meer bewust te maken van de risico's van roken (3.A), de positieve attitude ten opzichte van roken om te buigen naar een negatieve (3.B), en de negatieve attitude ten opzichte van stoppen met roken om te buigen naar een positieve (3.C).

Met een stopbesluit en het prikken van een stopdatum wil de interventie LSES-rokers stimuleren niet langer te wachten op het goede moment, maar te starten met het doorbreken van de verslaving en de gewoonte om te roken (4.A en 4.B). Via het groepswerk en de inzet van ervaringsdeskundigen beoogt de interventie de beperkte sociale steun en lage eigen-effectiviteit van LSES-rokers te versterken (5.A en 5.B). Veel aandacht gaat uit naar het voorkomen dat gestopte rokers terugvallen, o.m. door het aanreiken van coping vaardigheden en alternatieve gedragingen (6.A t/m 6.D), en naar het opnieuw stoppen in geval van terugval (7.A en 7.B).

De interventie biedt ten slotte eveneens steun op andere leefgebieden – ook om verveling en eenzaamheid een tegenwicht te bieden (8.A en 8.B).

Verantwoording – max 1000 woorden

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

De kern van de interventie bestaat uit gedragsmatige en medicamenteuze steun. Deze gecombineerde aanpak is ook voor LSES-rokers effectief gebleken bij het stoppen met roken, zij het minder effectief dan voor HSES-rokers (Springvloet et al., 2017). Grotere effecten bij LSES-rokers mogen verwacht worden van interventies, zoals de Voel je Vrij! Doorlopende groepstraining, die specifiek op de situatie en de behoeften van de doelgroep toegesneden zijn (Springvloet et al., 2017).

Ter illustratie van de verantwoording, biedt tabel 2 een overzicht van subdoelen (2.A tot en met 8.B) met voorbeelden van de aan te pakken factoren (determinanten), de gebruikte methoden en de praktische aanpak zoals die in de doorlopende groepstraining vorm kreeg. Bij de praktische aanpak is in tabel 2 telkens ook een verwijzing opgenomen naar het betreffende onderdeel van de tabellen X, Y en Z die als bijlage aan deze interventiebeschrijving zijn toegevoegd. Daarbij verwijst een X naar een individueel onderdeel, een Y naar een vast onderdeel in de structuur van de groepsbijeenkomst, en een Z naar een van de centrale thema's van de groepsbijeenkomsten.

De methoden in tabel 2 en de bijlagen X, Y en Z zijn gebaseerd op de laatste editie van het Intervention Mapping boek (Bartholomew Eldredge et al., 2016) en op een daarop gebaseerd overzicht van methoden voor gedragsverandering (Kok et al., 2016). Theorieën die daaraan ten grondslag liggen betreffen onder meer gepland gedrag (Ajzen, 1991), met attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit als gedragsdeterminanten, (het doorbreken van) verslaving (West & Brown, 2013), (het doorbreken van) gewoontegedrag (Gardner, 2015), implementatie-intenties (Armitage, 2016), coping strategieën en terugvalpreventie (Cohen & Lazarus, 1983), en principes van positieve psychologie (Taylor & Armor, 1996).

Voor LSES-rokers is sociale steun een essentiële factor om succesvol te kunnen stoppen-met-roken (Ford, Clifford, Gussy, & Gartner, 2013). Sociale steun wordt in de doorlopende groepstraining geboden door te stoppen in groepsverband en tijdens de groepsbijeenkomsten de onderlinge steun te stimuleren. Groepsaanbod op zichzelf is voor

LSES-rokers niet altijd effectiever dan individueel aanbod, maar een combinatie van (groeps- en individuele) componenten, zoals in de doorlopende groepstraining, is dat wel (Bryant, Bonevski, Paul, O'Brien, & Oakes, 2010; Bull, Dombrowski, McCleary, & Johnston, 2014). Minstens zo belangrijk is dat de doorlopende groepstraining ook sociale steun biedt via ervaringsdeskundigen en via tussentijdse telefonische support – elementen die ook het stoppen-met-roken door LSES-rokers kunnen bevorderen (Ford et al., 2013).

Met de doorlopende groepstraining komen we tegemoet aan de behoefte van LSES-rokers aan laagdrempelige, intensieve en langdurige steun (Siahpush et al., 2006). Er zijn bovendien aanwijzingen dat een intensiever programma met meer contactmomenten, zoals de doorlopende groepstraining, meer effect heeft dan programma's met een lagere contactfrequentie (Springvloet et al., 2017). In overeenstemming daarmee is in Nederland een doorlopende groepstraining voor LSES-rokers bovendien effectiever gebleken dan andere stoppen-met-roken programma's (Benson, 2016). In Engeland was dat niet het geval (L. Bauld, Ferguson, McEwen, & Hiscock, 2012), wat verklaard zou kunnen worden doordat de training daar onvoldoende inspeelde op andere behoeften van LSES-rokers (Linda Bauld, Ferguson, McEwen, & Hiscock, 2009). Gezien de hoge bereikcijfers (L. Bauld et al., 2012), kozen wij toch voor doorlopend groepsaanbod, om dat vervolgens te combineren met componenten die wel op specifiek op de behoeften van de doelgroep inspelen.

Daarbij maakten we onder meer gebruik van de eerder als 'goed beschreven' geclassificeerde interventie Voel je Vrij! Stoppen met Roken & Leefstijltraining GGZ (Happel & Königs, 2016). Deze combineert hulp bij stoppen met roken met ondersteuning op andere leefgebieden. Voor de doorlopende groepstraining werden deze leefgebieden gekozen op basis van het vooronderzoek: gezonde voeding, een zinvolle dagbesteding, gezond bewegen, omgaan met geld en omgaan met stress. De inzet van buurtprofessionals beoogt de deelnemers niet alleen tijdens de bijeenkomsten te ondersteunen, maar ook buiten de doorlopende groepstraining toegang tot zulke steun te bieden. Bovendien speelt deze ondersteuning ook in op factoren zoals verveling, eenzaamheid en stress.

Voortbouwend op de aanpak zoals de GGZ variant van Voel je Vrij! maakt ook de doorlopende groepstraining gebruik van methoden en werkvormen die geschikt zijn voor de LSES-doelgroep, zoals monitoring en feedback, actief leren en directe ervaring (Bartholomew Eldredge et al., 2016). Dergelijke strategieën spelen ook in op het vergroten van de eigen-effectiviteit, wat ook voor LSES-rokers een belangrijke determinant is om te stoppen (Kunst, 2017). Omdat LSES-rokers nadat ze zijn gestopt vaak terugvallen, biedt de doorlopende training bovendien verschillende coping strategieën aan om beter om te gaan met situaties die tot terugval kunnen leiden (Bartholomew Eldredge et al., 2016). Voorbeelden van zulke strategieën zijn vermijden, ander gedrag kiezen, anders leren denken en zelfbeloning voor gezond gedrag. Omdat rokers veel tot zeer veel stoppogingen nodig hebben om definitief te kunnen stoppen (Chaiton et al., 2016), en ook kortdurende successen kunnen bijdragen aan het vergroten van de eigen-effectiviteit (Bandura, 1986), kozen we ervoor om teruggevallen rokers te blijven betrekken bij de training om hen zodoende een volgende stopkans te bieden.

Omdat roken niet alleen een ernstige verslaving is, maar ook zeer sterk gewoontegedrag, zijn ook methoden gekozen om die gewoonte te doorbreken, zoals het aanbieden van alternatieve activiteiten en alternatief gedrag, het vermijden van uitlokkende factoren, en het plannen van adequate coping strategieën (Bartholomew Eldredge et al., 2016). Deze methoden zijn terug te vinden in de activiteiten door de buurtprofessionals en de kleine bezigheidscadeaus waaruit de deelnemers iets mochten kiezen.

Tabel 2. Selectie van methoden en aanpak om doelen op determinantniveau te bereiken		
Doel en Determinant	Methode (selectie)	Aanpak (selectie)
2.A. Accepteren gedragsmatige en medicamenteuze hulp (attitude)	Informerer Overtuigen	Deelnemers informeren over de voordelen en de veiligheid van medicamenteuze hulp. Ze worden ook gestimuleerd om die hulp, onder begeleiding, te gebruiken (X4)

Tabel 2. Selectie van methoden en aanpak om doelen op determinantniveau te bereiken		
Doel en Determinant	Methode (selectie)	Aanpak (selectie)
2.B. Nemen actief en met plezier deel aan de training (participatie)	Faciliteren Bekrachten	Positieve sfeer creëren met behulp van gezellige muziek en onderlinge positieve feedback (Y1 en Y4)
2. C. Blijven aan de training deelnemen zolang dat nodig is en er behoefte aan is (engagement)	Faciliteren Belonen	Betrokkenheid stimuleren door tussentijds individuele support te bieden (X8) Een stempelkaart die optelt tot een diploma voor deelname (Y10)
3.A. Worden zich bewuster van de risico's van roken (risicoperceptie)	Informerend Personaliseren van risico Discussiëren	Op persoon toegesneden informatie over het risico's van roken tijdens de intake (X1) Een quiz door een longarts over roken en stoppen met roken met veel gelegenheid tot vragen aan de specialist (Z7)
3.B. Zien meer nadelen dan voordelen van roken (attitude)	Zelfmonitoring Overtuigingen selecteren Discussiëren	Schaalvragen aan het begin van elke bijeenkomst over het belang van stoppen, het vertrouwen in de stoppoging en de mate van aandrang om te roken (Y3) Gezamenlijk invullen en bespreken van een voor- en nadelenmatrix voor roken en stoppen met roken (Z1)
3.C. Zien meer voordelen dan nadelen van stoppen met roken (attitude)	Feedback geven Bekrachten	Gebruik van de CO-meter geeft deelnemers direct inzicht in de voordelen van stoppen met roken en de persoonlijk geboekte gezondheidswinst (Y2)
4.A. Nemen het besluit om te stoppen met roken (commitment)	Vroege betrokkenheid	Stopbesluit formuleren, opschrijven en motiveren (X5)
4.B. Zetten een datum om te stoppen met roken (gewoonte doorbreken)	Doelen stellen (SMART) Implementatie intenties	Stopdatum vaststellen en als huiswerk een stopplan maken (X7)
5.A. Ondervinden sociale steun bij het stoppen en gestopt blijven (sociale steun)	Mobiliseren van support Voorbeeldleren	Deelronde waarin deelnemers vertellen hoe zij met moeilijke momenten zijn omgegaan en elkaar applaus en complimenten geven (Y4)

Tabel 2. Selectie van methoden en aanpak om doelen op determinantniveau te bereiken		
Doel en Determinant	Methode (selectie)	Aanpak (selectie)
5.B. Ondervinden meer zelfvertrouwen om (blijvend) te stoppen met roken (eigen-effectiviteit)	Voorbeeldleren Sociale vergelijking	Ervaringsdeskundige vertelt het hem/haar is gelukt om te stoppen met roken, te dealen met urges en cravings, om te gaan met emoties en valkuilen (Z3 en Z6)
6.A. Maken kennis met activiteiten om roken te vervangen (alternatieve gedragingen)	Directe ervaring Bekrachtiging	Deelnemers kiezen een cadeautje uit om te gebruiken als alternatief voor roken of een sigaret (bv. kleurboek, handwerkje, puzzelboekje, bellenblaas, houtpuzzeltje of rubix cube) (Z4)
6.B. Leren omgaan met ontwenning en moeilijke momenten (eigen-effectiviteit en coping)	Planning coping Vermijden van cues Gedragsalternatieven Zelfbeloning	Deelnemers leren vier manieren om met cravings op te gaan: situaties vermijden, alternatief gedrag, anders denken en zelfbeloning; deelnemers wordt gevraagd hiervan voorbeelden te geven (Z6)
6.C. Leren omgaan met emoties en negatieve gedachten (coping)	Bewustwording Overtuigingen selecteren	Deelnemers leren principe van positieve en negatieve gedachtencirkels en oefenen samen hoe ze deze cirkels kunnen doorbreken (Z8)
6.D. Leren om coping vaardigheden van te voren plannen (action planning)	Directe ervaring Stressmanagement Planning coping	Deelnemers doen samen oefeningen om te ontspannen en bespreken welke situaties stress oproepen en hoe ze daarmee om kunnen te gaan (Z11)
7.A. Zijn zich ervan bewust dat meerdere stoppogingen normaal zijn (attributie)	Informeren Voorbeeldleren	Ervaringsdeskundige vertelt hoe hij/zij via (herhaalde) terugval en het (telkens) opnieuw stoppen uiteindelijk wel tot succes leidde (Z6)
7.B. Zijn gemotiveerd om opnieuw een stoppoging te doen (motivatie)	Sociale steun Individualisatie Overtuigen	Deelnemers die uitvallen of terugvallen (of die dreigen dat te doen) worden gebeld door de trainer om hen bij de groep te houden en te motiveren door te gaan met stoppen (X9)
8.A. Ervaren steun op andere aan gezondheid gerelateerde leefgebieden (bewustwording en motivatie)	Directe ervaring Informeren	Buurtsportcoach doet samen met deelnemers een leuke activiteit (bv. dansen) en informeert welke activiteiten er in de buurt plaatsvinden (Z2, Z4 en Z5)

Tabel 2. Selectie van methoden en aanpak om doelen op determinantniveau te bereiken		
Doel en Determinant	Methode (selectie)	Aanpak (selectie)
8.B. Ervaren steun op andere aan armoede gerelateerde (bewustwording en motivatie)	Actief leren Informereren	Deelnemers berekenen samen met schuldhulpverlener welke winst stoppen met roken oplevert en bespreken mogelijkheden voor steun bij financiële moeilijkheden (Z9 en Z11)