

Kwaliteit én meer

Over het gebruik van erkende interventies

RIVM Centrum Gezond Leven
November 2014



Robert van de Walle
Tamar Doorduyn
Lucie Viet
Djoeke van Dale
Loes Lanting

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	4
1.1 Gebruik erkende interventies	4
1.2 Doelstelling onderzoek	5
2 Opzet van het onderzoek	6
2.1 Onderzoeksvragen.....	6
2.2 Methoden.....	6
3 Resultaten	9
3.1 Resultaten kwantitatief deel.....	9
3.2 Resultaten kwalitatief deel.....	10
4 Conclusies en aanbevelingen	19
Literatuur	22
Bijlage 1 Kwantitatieve bronnen met aanbod, gebruik en beeld	23
Bijlage 2 Overzicht aantal interviews per sector	24

Samenvatting

Het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) onderzocht samen met Movisie en het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) in 2014 het gebruik van erkende interventies. We analyseerden daarvoor verschillende gegevensbronnen (onder andere webstatistieken en documenten) en interviewden 27 gebruikers uit verschillende sectoren.

De analyse van gegevensbronnen laat zien dat erkende interventies vaker uitgevoerd worden dan niet-erkende interventies. Voor een deel is dat te verklaren door de maatregelen die het gebruik van erkende interventies stimuleren, ook de voorkeur van professionals speelt een rol.

Uit de interviews blijkt dat het vertrouwen in de kwaliteit een reden is om een erkende interventie toe te passen. Daarbij noemen professionals het waarschijnlijker dat ze daarmee doelen behalen. De zorg of zij met een standaardinterventie maatwerk kunnen leveren noemen respondenten een nadeel. Een andere zorg van professionals is dat erkende interventies niet altijd aansluiten bij de lokale context.

Per sector kijkt men verschillend aan tegen het belang van werken met erkende interventies. Een mogelijke verklaring is dat er sectoren zijn die meer wetenschap georiënteerd denken (geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg) en sectoren die meer praktisch georiënteerd denken (sport, thuiszorg). Factoren die het werken met erkende interventies beïnvloeden liggen niet alleen bij een interventie of professional, ook beleid speelt een rol.

Aanbevelingen om het gebruik van erkende interventies te stimuleren, liggen vooral op het vlak van het sterker benadrukken van de voordelen van erkende interventies. Ook is duidelijkere communicatie nodig over de erkenningsniveaus en over de mogelijkheid om ook met een erkende interventie maatwerk te leveren in de lokale praktijk. Daarbij spelen de werkzame elementen van interventies een belangrijke rol. Hierover gaat het CGL meer kennis beschikbaar stellen.

Met partners van het Samenwerkingsverband Effectieve Interventies werkt het CGL een gezamenlijke communicatiestrategie uit gericht op professionals werkzaam in de uitvoering en beleid. Niet alleen de inhoudelijke boodschap verdient daarbij aandacht, maar ook met welke kanalen bepaalde groepen professionals te bereiken zijn.

Daarnaast verkent CGL de beleidsmaatregelen die mogelijk zijn om het gebruik van erkende interventies te stimuleren. We doen dat zowel met financiers (zoals gemeenten, zorgverzekeraars, GIDS-programma) als opdrachtgever en partners (onder andere VWS, ZonMw, thema-instituten).

1 Inleiding

1.1 Gebruik erkende interventies

De Interventiedatabase Gezond en Actief Leven¹ bevat begin november 2014 281 erkende interventies, waarvan er 106 Goed beschreven zijn (kader Erkenningstraject). Een commissie of praktijkbeoordelaars beoordeelden deze erkende interventies positief op kwaliteit en effectiviteit. Beoordeelaars hanteerden daarbij criteria voor onder andere doelen, aanpak, onderbouwing, effectiviteit en uitvoerbaarheid van de interventie in de praktijk. Door erkende interventies overzichtelijk te presenteren in de database geeft het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) professionals en beleidsmakers inzicht in de kwaliteit en effectiviteit van leefstijlinterventies in Nederland.

Het Erkenningstraject

Het Erkenningstraject is een samenwerkingsverband van Movisie, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) en het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL).

Een onafhankelijke commissie beoordeelt de kwaliteit en effectiviteit van een interventie en benoemt zwakke en sterke punten van uitvoerbaarheid. Als opmaat kan een interventie worden beoordeeld door praktijkprofessionals.

Voorwaarden voor positieve beoordeling door professionals uit de praktijk en kennisinstellingen (niveau Goed beschreven)

- Doel, doelgroep, aanpak en randvoorwaarden zijn goed beschreven.
- Er is een procesevaluatie en een handleiding (indien van toepassing).
- De interventie is uitvoerbaar: een duidelijke beschrijving van de uitvoeringsaspecten (overdraagbaarheid, randvoorwaarden en contextvariabelen).

Voorwaarden voor positieve beoordeling door de Erkenningscommissie (niveau Goed onderbouwd en Effectief)

- Doelgroep, doelen, aanpak en randvoorwaarden zijn degelijk beschreven.
- Werkzaamheid van de interventie is onderbouwd met modellen, theorie of literatuur.
- De interventie is uitvoerbaar: een volledige en duidelijke beschrijving van de overdraagbaarheid van een interventie, randvoorwaarden en eventueel contextvariabelen.

Het erkenningsniveau Effectief bouwt voort op Goed onderbouwd en kent eerste, goede of sterke aanwijzingen voor effectiviteit.

Algemene criteria voor effectiviteit (relevante uitkomstmaten, grootte effect), kwaliteit gebruikte instrumenten, adequate statistische technieken, negatieve effecten), met verschil in bewijskracht:

¹ De gezamenlijke Interventiedatabase Gezond en Actief Leven ontwikkelden RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB) samen met het Trimbos-instituut. Deze database bevat actuele leefstijlinterventies die in Nederland beschikbaar zijn. Alle ingevoerde interventies worden gepresenteerd op Loketgezondleven.nl.

- Eerste aanwijzingen voor effectiviteit: effectiviteit is aangetoond met minimaal een voor- en nameting. Daarvan moeten er minimaal twee studies beschikbaar zijn, en minstens één uitgevoerd in de Nederlandse context.
- Goede aanwijzingen voor effectiviteit: effectiviteit is aangetoond met minimaal één sterk Nederlands onderzoek (zoals experimenteel onderzoek) of meerdere onderzoeken met een lagere bewijskracht (bijvoorbeeld meerdere n=1-studies).
- Sterke aanwijzingen voor effectiviteit: effectiviteit is aangetoond met twee Nederlandse onderzoeken met sterke bewijskracht (met een controlegroep en een follow-up na zes maanden) of één Nederlands onderzoek met sterke bewijskracht naar de betreffende studie in combinatie met sterke vergelijkbare (buitenlandse) onderzoeken.

Het CGL stimuleert het gebruik van erkende interventies in de praktijk door:

- Online interventieoverzichten met aanbevolen interventies voor thema's en doelgroepen. Deze lijsten maken onderdeel uit van de Handreiking Gezonde Gemeente en de Gezonde School-aanpak.
- Erkende interventies als eerste resultaten, als voorkeursinterventies, te presenteren bij zoeken in de interventiedatabase.
- Erkende interventie bij professionals onder de aandacht te brengen via social media (bijvoorbeeld #erkendgezond).
- In samenwerking met ZonMw, VWS en uitvoeringsorganisaties erkende interventies op te nemen in subsidievoorwaarden, zoals bijvoorbeeld in het uitvoeringsprogramma Gezonde Slagkracht (ZonMw) en de menukaart Sportimpuls van het NISB en NOC*NSF, waarbij het indienen van interventies bij het Erkeningstraject wordt gepromoot.

Tot nu toe is er weinig bekend over het effect van de activiteiten om het gebruik te stimuleren. Eerder bracht de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) het gebruik van erkende interventies in kaart. Dat was bij de start van het CGL, toen er nog weinig erkende interventies beschikbaar waren (2009). Door een andere prioriteitstelling voert de IGZ deze activiteit niet meer uit. Recentere gegevens komen uit de Evaluatie van vijf jaar CGL (2013), waarin professionals aangaven mondjesmaat gebruik te maken van erkende interventies en dat men in de praktijk slechts een deel van de interventie toepast. Redenen waarom men wel of geen erkende interventies gebruikt of aan 'cherry picking' doet, zijn niet bekend.

Inzicht in het daadwerkelijke gebruik van erkende interventies en redenen waarom professionals wel of geen gebruik maken van het erkende aanbod, is belangrijke informatie voor het CGL. Daarmee kan het centrum de ondersteuning van professionals bij het uitvoeren van lokale gezondheidsbevordering zo goed mogelijk laten aansluiten bij de praktijk.

1.2 Doelstelling onderzoek

Het doel van dit onderzoek is daarom inzicht krijgen in:

1. Het gebruik van erkende interventies door professionals gezondheidsbevordering werkzaam bij GGD'en, organisaties voor verslavingszorg (VZ), thuiszorg (TZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ), en het sport- en beweegveld.
2. Factoren die het gebruik van erkende interventies door professionals beïnvloeden.

2 Opzet van het onderzoek

2.1 Onderzoeksvragen

1. Hoe vaak worden erkende interventies uitgevoerd in vergelijking met niet erkende interventies?
2. Welke factoren beïnvloeden de keuze van professionals om wel of niet-erkende interventies uit te voeren?
3. In welke mate verschilt de uitvoering van (erkende) interventies in de praktijk met de interventie op papier? Wat zijn de (meest voorkomende) redenen om een interventie op onderdelen anders uit te voeren?

2.2 Methoden

Het onderzoek bestaat uit een kwantitatief en een kwalitatief deel.

Kwantitatief deel

Voor onderzoeksvraag 1 is geen bron (database) beschikbaar waarin het gebruik van erkende interventies in Nederland vastgelegd is. Uit een telefonische belronde blijkt dat eigenaren van erkende interventies zelf niet of nauwelijks bijhouden wat het gebruik (afname) van interventies is en professionals bevestigen dit beeld voor alle velden (GGD, VZ, TZ, GGZ en Sport en bewegen). Omdat er geen totaalbeeld is van het gebruik van erkende interventies kwantificeren we het gebruik op basis van meerdere bronnen:

- De IGZ vroeg in het voorjaar 2013 bij alle GGD'en naar de uitvoering van erkende interventies op de thema's overgewicht en bewegen. De data is beschikbaar gesteld voor analyse en geeft inzicht in het gebruik van erkende interventies op gevraagde thema's.
- De Menukaart Sportimpuls (samenwerking NISB en ZonMw-programma Sport- en Bewegen in de Buurt) bevat interventies die lokale organisaties kunnen aanvragen om in hun gemeente uit te voeren. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen erkende en niet-erkende interventies.
- Gemeenten kiezen interventies uit een overzicht van het ZonMw-programma Gezonde Slagkracht (GS) om ze uit te voeren. Op basis van gegevens uit 2012 keken we hoe vaak gemeenten interventies uitvoerden en hoe daarbij de verdeling was tussen erkend en niet-erkend. Op de lijst kwamen veel niet-traceerbare activiteiten voor. Vanuit het overzicht zijn alleen de interventies die in de Interventiedatabase staan in dit onderzoek meegenomen.
- In de Interventiedatabase staan leefstijlinterventies waarbij onderscheid is gemaakt tussen erkende en niet-erkende interventies en tussen basis- en afgeleide interventies. Een basisinterventie is de oorspronkelijke interventie die erkend is. Een afgeleide interventie is een basisinterventie die een organisatie uitvoert, maar niet zelf ontwikkelde. Een voorbeeld is de Gezonde School en Genotmiddelen van het Trimbos-instituut, veel GGD'en voeren deze interventie uit en maken dit zichtbaar in de Interventiedatabase door dit als een afgeleide interventie van de basisinterventie Gezonde School en Genotmiddelen in te voeren. Van alle afgeleide interventies bepalen we de verhouding erkend versus niet-erkend.
- Voor de Interventiedatabase bepalen we op basis van bezoekersaantallen een top 100 van interventies die het meest bekeken zijn (grote indicator voor uitvoer). Daarbinnen maken we een verdeling tussen erkend en niet-erkend.

In de analyse van deze databronnen is steeds de verhouding erkend versus niet-erkend onderzocht tussen de aanbodzijde (Interventiedatabase, Menukaart Sportimpuls, Gezonde Slagkracht) en de uitvoer (afgeleide interventies Interventiedatabase, gekozen interventies Menukaart Sportimpuls en Gezonde Slagkracht). Stel dat tien procent in de aanbodzijde erkend is (negentig procent niet-erkend) en in de uitvoering is dertig procent erkend (zeventig procent niet-erkend), dan luidt de bevinding dat erkende interventies verhoudingsgewijs vaker in uitvoer zijn dan de niet-erkende.

Kwalitatief deel

Gespreksleidraad

De onderzoeksvragen 2 en 3 zijn kwalitatief onderzocht. Om de resultaten in een theoretisch kader te kunnen plaatsen, hebben we een gespreksleidraad opgesteld op basis van het door TNO ontwikkelde Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (Fleuren, 2012). Dit meetinstrument bevat 29 determinanten van het daadwerkelijk gebruik van in te voeren innovaties. De determinanten zijn onderverdeeld in vier categorieën: de innovatie, de gebruiker, de organisatie en de sociaal-politieke omgeving. Deze dienden als uitgangspunt voor het ontwikkelen van de gespreksleidraad, die we in samenwerking met Movisie opstelden, omdat zij het gebruik van interventies ook in kaart brengen. Door dezelfde leidraad te gebruiken hopen we later (buiten deze rapportage om) de resultaten te kunnen vergelijken en meer massa te creëren door bevindingen uit de sociale sector en gezondheidsbevordering samen te voegen. De leidraad is in verschillende versies uitgetest in testinterviews en op basis daarvan aangepast.

Determinanten van Innovaties (Fleuren, 2012)

De innovatie

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| 1. procedurele helderheid | 5. congruentie huidige werkwijze |
| 2. juistheid | 6. zichtbaarheid uitkomsten |
| 3. compleetheid | 7. relevantie cliënt |
| 4. complexiteit | |

De gebruiker

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 8. persoonlijk voordeel/nadeel | 14. descriptieve norm |
| 9. uitkomstverwachting | 15. subjectieve norm |
| 10. taakopvatting | 16. eigen-effectiviteitsverwachting |
| 11. tevredenheid cliënt | 17. kennis |
| 12. medewerking cliënt | 18. informatieverwerking |
| 13. sociale steun | |

De organisatie

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 19. formele bekrachtiging management | 24. beschikbaarheid materiaal/voorziening |
| 20. vervanging bij personeelsverloop | 25. coördinator |
| 21. capaciteit/bezettingsgraad | 26. turbulentie in de organisatie |
| 22. financiële middelen | 27. beschikbaarheid informatie over gebruik |
| 23. tijd | 28. feedback aan gebruik |

De sociaal politieke omgeving

- | | |
|-------------------------|--|
| 29. wet -en regelgeving | |
|-------------------------|--|

Interviews

Voor de velden GGD'en, VZ, TZ en GGZ nam één onderzoeker alle interviews af. In het veld van sport- en bewegen hield een tweede onderzoeker de interviews. Per veld zijn vier tot zes respondenten telefonisch geïnterviewd. Elk gesprek is opgenomen en getranscribeerd. Na een gesprek beluisterden we of er nieuwe informatie naar voren kwam (saturatiepunt gezocht) en beoordeelden we per veld of een nieuw gesprek nog aanvullende informatie zou opleveren.

Respondenten en werving

Bij de werving van respondenten richtten we ons op professionals die de Interventiedatabase ooit hebben geraadpleegd, die bekend zijn met interventies uit de database (of in het sport- en beweegveld met de Sportimpuls/Effectief Actief). Deze ervaringsdeskundigen kunnen ons goed informeren over het daadwerkelijke gebruik van de databases en over de bevorderende en

belemmerende factoren. Via sleutelfiguren per veld zijn deze professionals benaderd (sneeuwbalmethode).

Analyseren kwalitatieve gegevens

Om de data systematisch te analyseren gebruikten we de methode van thematische analyse zoals beschreven door Braun & Clarke (Braun & Clarke, 2006). Eerst zijn de getranscribeerde interviews gecodeerd met korte beschrijvende labels bij alle tekstfragmenten die mogelijk relevant zijn voor beantwoording van de onderzoeksvragen. Deze codering werd door de twee onderzoekers uitgevoerd. Daarbij is één interview gezamenlijk gecodeerd om zeker te zijn dat beide codeerders dezelfde lijn hanteerden. Daarna formuleerden de onderzoekers op basis van de codes de belangrijkste thema's en subthema's uit de data. Deze thema's checkten zij vervolgens aan de hand van de interviews om te zien of ze de data goed samenvatten en beschrijven. Hierna hebben beide onderzoekers in onderling overleg een definitieve indeling in thema's en subthema's vastgesteld.

3 Resultaten

De resultaten van het kwantitatieve en kwalitatieve deel presenteren we afzonderlijk. In de interpretatie van de resultaten en in de conclusies is het onderscheid tussen kwalitatief en kwantitatief zoveel mogelijk losgelaten om tot één beeld te komen.

3.1 Resultaten kwantitatief deel

De cijfers voor het kwantitatieve deel baseerden we op vier bronnen (zie bijlage 1 voor overzicht resultaten per bron):

1. De vragenlijst IGZ gezondheidsbevordering 2013.
2. De menukaart Sportimpuls van het NISB.
3. Het uitvoeringsprogramma Gezonde Slagkracht van ZonMw.
4. De Interventiedatabase Gezond en Actief Leven.

De tijdsperiodes waarover de cijfers gaan variëren van 2012 tot 2013. De cijfers uit Gezonde Slagkracht beslaan 2012, omdat de volledige cijfers over 2013 nog niet beschikbaar waren.

Uit de vragenlijst van de IGZ (bron 1) valt op te maken dat de praktijk voor twee grote thema's, overgewicht en bewegen, een aanzienlijk deel van het erkende aanbod uitvoert: respectievelijk 64 en 36 procent. Veel van de interventies bevatten beide thema's en zijn dus zowel op overgewicht als op bewegen gericht. Hier voor geldt dat bijna de helft (49 procent) van het erkende aanbod in praktijk wordt uitgevoerd. Onduidelijk is waarom het uitvoeringspercentage tussen overgewicht en bewegen van elkaar verschilt. Vermoedelijk speelt het grote aantal sport- en beweeginterventies een rol. Er stonden bijna twee keer zoveel beweeginterventies op de lijst als overgewichtinterventies. Een van de verklaringen hiervoor is dat gemeenten financiering kregen voor de uitvoering van sport- en beweeginterventies van de menukaart Sportimpuls. Deze bron geeft geen informatie over de voorkeur voor erkend versus niet-erkend, omdat de vragenlijst alleen erkende interventies bevatte waarover GGD'en konden aangeven of ze die uitvoerden in hun regio.

De menukaart Sportimpuls (bron 2) bevat 175 interventies waaruit lokale organisaties konden kiezen. 36 procent daarvan is erkend (63 interventies). Uit de aanvragen (voor uitvoering) blijken erkende interventies de voorkeur te hebben. Van de 1.132 aanvragen zijn er 555 gericht op een erkende interventie (49 procent). Het percentage aangevraagde erkende interventies is daarmee hoger dan het percentage erkende interventies op de oorspronkelijke lijst waaruit ze kozen.

Op de lijst van Gezonde Slagkracht (bron 3) waaruit gemeenten interventies hebben gekozen om uit te voeren, staan 49 interventies die in de Interventiedatabase beschikbaar zijn. Het merendeel van deze interventies (39) is eenmaal uitgevoerd. De overige 10 interventies zijn door meer dan één gemeente uitgevoerd. 65 procent (32) van de 49 interventies is erkend. Van de 10 interventies die vaker dan eenmaal zijn aangevraagd, zijn er 8 erkend. In de aanvragen is het aandeel erkende interventies hoger dan niet-erkende interventies.

De Interventiedatabase Gezond en Actief Leven (bron 4) bevat in totaal 1.831 interventies, 246 (13 procent) daarvan zijn erkende interventies. Als we naar basisinterventies kijken zien we dat er 122 door één of meer organisaties worden uitgevoerd. Daarvan zijn 93 (76 procent) interventies erkend. Van de overige ruim 1.700 interventies weten we niet of ze in de praktijk uitgevoerd worden. Op basis van de 122 interventies waarover uitvoeringsinformatie beschikbaar is ontstaat het beeld dat het merendeel van de uitgevoerde interventies erkend is.

Uit webstatistieken weten we dat de Interventiedatabase gemiddeld ruim 5.000 bezoekers per maand trekt. Ook zijn de interventies bekend die zij het meest raadplegen. Van de top 100 van meest bekeken interventies is 90 procent erkend en 10 procent niet-erkend. Het bekijken van een interventie zegt iets over de populariteit van interventies, het geeft geen informatie over de uitvoering van een interventie. Erkende interventies doen het in dit opzicht beter dan de niet-erkende interventies.

De vier geraadpleegde bronnen laten zien dat erkende interventies ten opzichte van niet-erkende interventies

- a. vaker bekeken worden (in de Interventiedatabase);
- b. vaker uitgevoerd worden (menukaart Sportimpuls en Gezonde Slagkracht);
- c. vaker in uitvoering zijn.

Daarnaast blijkt dat een aanzienlijk deel van het erkende aanbod in uitvoering is.

Interpretatie

In de geraadpleegde bronnen zit een mate van sturing om het gebruik van erkende interventies te bevorderen. De Interventiedatabase bijvoorbeeld brengt erkende interventies prominenter in beeld dan niet-erkende interventies. Dat heeft invloed op hoe vaak een interventie geraadpleegd wordt. Daarnaast eisen of stimuleren de programma's Sportimpuls en Gezonde Slagkracht het gebruik van erkende interventies via de subsidievoorwaarden. Het resultaat dat erkende interventies verhoudingsgewijs vaker in uitvoering zijn dan niet-erkende blijft geldig. Hoe en op basis waarvan professionals interventies kiezen, blijkt niet uit deze bronnen. Evenmin zeggen de bronnen iets over het wel of niet aanpassen van de uitgevoerde interventie. Dit komt verder aan bod bij de resultaten uit het kwalitatief onderzoek (paragraaf 3.2).

3.2 Resultaten kwalitatief deel

In het kwalitatieve deel van het onderzoek interviewden we in totaal 27 respondenten (zie bijlage 2 voor overzicht per veld). Een interview duurde gemiddelde 30 minuten.

Op de onderzoeksvraag over factoren die de keuze van professionals beïnvloeden voor wel/geen erkende interventies uit te voeren, komen uit de gesprekken zowel directe als indirecte factoren naar voren. Directe factoren zijn bepalend voor het wel of niet kiezen van een erkende interventie. Indirecte factoren daarentegen spelen wel een rol bij het kiezen van interventies, maar zijn minder bepalend voor of er een erkende interventie wordt gekozen. Beide factoren lichten we toe en vermelden daarbij de bijbehorende categorie van Fleuren. De categorieën van Fleuren zijn:

1. Determinanten van de innovatie (=erkende interventie)
2. Determinanten van de gebruiker
3. Determinanten van de organisatie
4. Determinanten van de sociaal economische omgeving

Factoren die direct van invloed zijn op het kiezen voor wel of niet-erkende interventies

A. Door de respondent ervaren voor- en nadelen (Categorie: de gebruiker)

Uit de interviews blijkt dat het veel uitmaakt of een professional persoonlijk vooral voor- of nadelen ziet van het gebruik van erkende interventies. Van beide geven we voorbeelden die professionals aangaven. Daarna beschrijven we vervolgens de tweedeling tussen praktijk- en wetenschapsgericht denken die bij genoemde voor- en nadelen zichtbaar is.

Voordelen van het gebruik van erkende interventies

Een veelgenoemd voordeel is dat een erkenning een bewijs is van de kwaliteit van de interventie waar de professional op kan vertrouwen.

'Nou, het is een soort kwaliteitskeurmerk. Je wilt toch laten weten aan je afnemers dat je een product aanbiedt dat kwalitatief goed is. Je krijgt ook heel vaak de vraag van: ja, werkt het? Nou ja, goed, die vraag is natuurlijk heel lastig te beantwoorden. Maar je kunt dus wel zeggen van: we voeren een interventie uit waarvan theoretisch onderbouwd is dat het goed in elkaar zit.' (Verslavingszorg)²

'Maar een voordeel is dat je erop kunt vertrouwen dat iemand anders ernaar heeft gekeken en dat het een landelijk instituut is waarvan je ervan uit mag gaan, in ieder geval waar ik het vertrouwen in heb van: als zij zeggen dat het akkoord is of goed is, dan moeten we erop kunnen bouwen.' (GGD)

Ook noemen respondenten dat het gebruiken van een erkende interventie het waarschijnlijk maakt dat je je doel behaalt.

'Ik denk dat het meer voordelen oplevert dan nadelen, want ik vind het prettig om te weten dat dit gewoon werkt of [dat er] zoveel mogelijk kans is dat het werkt.' (Verslavingszorg)

Ten slotte noemt men dat de kwaliteit van erkende interventies ook een argument is om andere partijen, zoals subsidiegevers, te overtuigen.

'Bijvoorbeeld scholen of gemeenten, die zullen het belangrijk vinden dat je werkt met beschreven interventies, dat zal hen eerder over de streep halen, dan wanneer je helemaal gaat pionieren.' (GGD)

'Of als je dat op die manier met een gemeente of met iemand bespreekt, en mensen zijn toch altijd al heel sceptisch van: ja, helpt preventie wel? Dat je zegt: ja, wij werken met erkende interventies. Dan heb je, nou, dan beoog je het zo grootst mogelijk resultaat.' (Verslavingszorg)

Nadelen van het gebruik van erkende interventies

Er worden ook kanttekeningen geplaatst bij het belang van erkende interventies. Een aantal professionals geeft aan dat erkenning belangrijk is, maar dat dit niet de enige factor is voor het leveren van goede preventie. Zij onderstrepen het belang van een goede professional en het belang van maatwerk: een interventie moet aansluiten bij de doelgroep en context waarin deze wordt uitgevoerd.

[Interviewer: 'Verwacht je met erkende interventies betere gezondheidspreventie te kunnen leveren?']

² Omwille van de leesbaarheid zijn stopwoordjes zoals 'eh' zoveel mogelijk weggelaten. Ook zijn de citaten indien nodig ingekort, zonder daarbij de zinsbouw of woordkeuze te wijzigen. Soms zijn ter verduidelijking woorden tussen vierkante haken toegevoegd .

'En voelt de patiënt zich veilig? Voelt die zich begrepen? Maak je goed contact met de patiënt? Als dat niveau er is, dan heb je de helft al gewonnen. En als dat er niet is en je hebt al een heel mooie interventie, maar er is niet een goede verbinding, emotionele verbinding met elkaar dan blijft die interventie, wordt maar een dood ding.' (GGZ)

Er zijn ook professionals die ronduit nadelen zien aan het werken met erkende interventies. Ook zij noemen de rol van de professional en het belang van maatwerk, maar zijn daarbij nog kritischer over de relevantie van erkende interventies voor hun eigen werk. Het belangrijkste probleem dat zij noemen is dat de standaard werkwijze zoals die beschreven is voor een erkende interventie niet aansluit bij de kenmerken en wensen van hun doelgroep.

'Wat mijn ervaring is, dat alle onderbouwde activiteiten bijna niet in de praktijk realiseerbaar zijn, omdat het dan gaat om een interventie die per definitie uit tien bijeenkomsten moet bestaan, met minimaal zoveel deelnemers. En dan heb ik niets aan die onderbouwde interventie.' (Thuiszorg)

'Ja, weet je, ik denk zelfs dat we even weg moeten blijven bij interventies, omdat het ook vaak het gesprek belemmert, hè, dat we al met de interventie onder de arm naar de professional toegingen, wat ze dan in het contact zou kunnen gebruiken. Maar dat sluit niet aan bij de klantvraag.' (Thuiszorg)

'En alles wat erkend is, is hartstikke mooi, alleen, in de praktijk werkt het vaak toch weer hartstikke anders. Ik had het er gisteren met jouw collega's ook erover dat bij de erkende Beweegkuur wordt er een eigen bijdrage van 15 euro gevaagd. Nou, dat zullen jij en ik absoluut geen probleem vinden en ook niet een hoog bedrag vinden, alleen, de doelgroep waar wij mee werken, ja, 15 euro is daar gewoon verschrikkelijk veel geld. Nou, ga je hem dan precies volgen zoals die erkende beweeginterventie is, dan ga je het heel lastig krijgen met deze doelgroep.' (Sport)

Voor- en nadelen: verschil tussen wetenschaps- en praktijkgericht denken

Tussen de respondenten die vooral voordelen en respondenten die vooral nadelen zien is een verschil in benadering te zien die we samenvatten als een tweedeling tussen wetenschaps- en praktijkgericht denken. De genoemde voordelen van kiezen voor erkende interventies zijn gebaseerd op vertrouwen in het wetenschappelijke systeem achter het erkenningstraject. Professionals die vooral voordelen zien aan het werken met erkende interventies, laten vaak ook ergens in het interview merken dat ze waarde hechten aan wetenschappelijk onderzoek en een wetenschappelijk verantwoorde werkwijze. Zo onderschrijven zij het belang van wetenschappelijk (effect)onderzoek naar interventies:

'Ik denk dat het eerder zo is dat die interventies die we doen nu bijvoorbeeld, goed beschreven of theoretisch goed onderbouwd zijn, eigenlijk dat je daarvan moet zeggen: zet daar nou eens gewoon een goede gecontroleerde studie op.' (Verslavingszorg)

Deze professionals vinden het ook belangrijk om interventies op een gestandaardiseerde manier uit te voeren, in overeenstemming met de wetenschappelijke evidentie.

'Maar ja, dan hebben mensen af en toe wel de neiging om bijvoorbeeld allerlei dingen uit te vragen, terwijl dat pas aan het eind van het gesprek moet of in het tweede. En dat is natuurlijk niet voor niets dat dat in de tweede moet. Maar als je het leert en weet, als je die inoefent, die interventie, dat het meer effect heeft bij bijeenkomst drie dan in twee of in één, ja, dan moet je daar wel naar handelen, anders doe je het allemaal door elkaar.' (Verslavingszorg)

Voorbeelden van wetenschapsgericht denken komen het meeste voor in interviews met professionals uit de verslavingszorg en GGZ.

Als professionals kanttekeningen plaatsen bij het gebruik van erkende interventies, of zelfs ronduit nadelen zien, is dat meestal gebaseerd op de uitvoeringspraktijk. Zij vragen zich af hoe toepasbaar erkende interventies zijn en zijn bang dat het werken met erkende interventies maatwerk en cliëntgericht werken bemoeilijkt. Professionals die vooral nadelen zien staan vaak ook kritisch tegenover de relevantie van effectonderzoek.

'Onlangs sprak ik daar nog een collega over, die hebben wel iets gedaan ook rondom die erkende interventies en daar een universiteit bij betrokken en die mensen mochten dan voor die interventie gratis komen. Dan krijg je ook een ander publiek dan als je er toch een bijdrage voor vraagt. Ik vraag me af of het nou echt wel weergeeft een doorsnee van hoe het wel of niet zou kunnen werken.' (Thuiszorg)

Zij benadrukken het vermogen van de professional om zelf op basis van praktijkervaringen te beoordelen of een interventie wel of niet goed is.

'En bovendien vind ik ook: wij zijn allemaal professionals, wij kunnen zelf ook heel goed zien als iets wat we doen het gewenste effect heeft bij mensen. Daar heb ik niet voor nodig dat het op papier komt te staan. Wij kunnen prima zien als mensen die onze cursus omgaan met dementie doen, daarna naar huis gaan zo van: ik heb daar wat aan gehad. En dat is voor ons voldoende.' (Thuiszorg)

Voorbeelden van praktijkgericht denken komen vooral voor in interviews met professionals uit de thuiszorg en sport. Bij de GGD'en is het beeld gemengd en zijn voorbeelden van praktijk- en wetenschapsgericht redeneren ongeveer evenveel vertegenwoordigd.

B. Toepasbaarheid van erkende interventies (Categorie: de innovatie)

Toepasbaarheid van interventies speelt een belangrijke rol. Ook professionals die in principe achter het gebruik van erkende interventies staan, geven aan dat sommige interventies in de praktijk niet goed toepasbaar zijn, omdat ze bijvoorbeeld te lang of te omslachtig zijn. Dit kan ertoe leiden dat ze toch niet gebruikt worden.

[Interviewer: 'Wat denk je dat er nodig is dat [POH GGZ en wijkteams] erkende preventieve interventies gaan uitvoeren?']

'Ik denk inkorten. Dat geven huisartsen en POH GGZ ook mee terug, ze willen wel een groep geven, maar dan niet, en dat willen patiënten of cliënten ook niet echt, zeggen zij, en dan niet tien keer twee uur. Hè, dus ze gaan liever voor de, nou, niet voor de quick win, zo zou ik het ook niet willen formuleren, maar wel kort en intensief.' (GGZ)

Eh, en daarnaast heb ik bij een aantal interventies wel het idee dat het te duur is en dat het niet in deze tijd past. We hadden het net over Galm, ja, als je ziet dat die testen uitgevoerd moeten worden, ik geloof dat daar een speciale sportarts voor ingehuurd moet worden, terwijl ik denk: ja, dat kan ook op een andere manier gedaan worden. Dus ik vind wel dat veel interventies behoorlijk veel geld kosten en ik denk dat dat goedkoper zou kunnen. (Sport)

C. Beleid binnen de organisatie (Categorie: de organisatie)

Het is een krachtige stimulans als een organisatie het (zoveel mogelijk) werken met erkende interventies in het beleid opneemt. Dit is het geval bij een aantal respondenten uit de GGZ en verslavingszorg. Soms is dit het beleid binnen een organisatie, soms gaat het om landelijke afspraken in een koepelorganisatie.

'Wij hebben, even kort, we hebben iets van 240 interventies, verschillende interventies gevonden in Nederland op het gebied van verslavingspreventie. Als je nou echt gaat kijken van: ja, wat is er nou fatsoenlijk opgeschreven en wat voldoet aan een aantal basiscriteria? Nou, dan valt de helft al af. En als je dan ook nog eens gaat kijken van: ja, wie doet echt moeite om iets te doen op het gebied van effectiviteitsonderzoek en je haalt ook nog eens de dubbelingen eruit en je gaat echt kijken: wat zou er nodig zijn? Dan zou daar eigenlijk moeten uitkomen, maar dat is een ideaalplaatje hoor, dat is er nog niet, dan zouden we uit moeten komen op een, pak hem beet, 30 à 35 gestandaardiseerde interventies.'
(Verslavingszorg)

D. Beleid van subsidieverstrekkers (Categorie: de sociaal-politieke omgeving)

Wanneer het werken met erkende interventies als voorwaarde is gesteld door een subsidieverstrekker dan leidt dat ertoe dat respondenten sowieso erkende interventies gebruiken, los van persoonlijke opvattingen. Dit werd genoemd in sectoren sport en GGZ.

'Een erkende interventie, omdat je deels dan weet dat het een gedragen effectieve methode is en dat zorgverzekeraars, dan wel gemeentes vaak ook, en ZonMw of andere derde geldstromen, zeg maar, in de aanpak vragen van: gebruik zoveel mogelijk evidence[-based] en bewezen interventies.' (GGZ)

Factoren die indirect een rol spelen bij het kiezen voor wel of niet- erkende interventies

Er komen uit de interviews ook factoren die wel een rol spelen bij het keuzeprocess in het algemeen, maar die niet direct van invloed zijn op de keuze voor wel of niet-erkend.

A. Bezuinigingen (Categorie: de organisatie)

Bezuinigingen zorgen er soms voor dat er minder of helemaal geen activiteiten op het gebied van gezondheidsbevordering of preventie plaatsvinden.

'Vlak voordat ik wegging is onze gezondheidsbevorderingsafdeling opgeheven. Dus dat is wel een grote verandering, dat we dus niet meer mensen in dienst hebben die puur en alleen het adviseren op bredere thema's, op alle gezondheidsthema's, zeg maar, in hun pakket hebben. Nou, voor wel of niet erkend weet ik dus niet [of het gevolgen heeft], maar misschien wel voor het überhaupt kiezen en het geregelde contact met scholen over van: goh, wat wil je op welke thema's en wat is er dan allemaal?' (GGD)

'Met de komst van de basis GGZ is onze organisatie eigenlijk opgeschoven in de keten, zijn we meer een curatieve GGZ ambulante organisatie en kunnen wij dus niet meer uitvoeren: preventieve interventies als Niet Piekeren, Beter Slapen, KOP-modules, hè, dus kinderen van ouders met psychiatrische problemen. Sociale vaardigheidstrainingen, Alles Kids kunnen we allemaal niet meer uitvoeren, omdat de cliënt geen DSM-classificatie krijgt.'
(GGZ)

B. Tevredenheid van de einddoelgroep of van de uitvoerende organisatie (Categorie: de gebruiker)

Tevredenheid van de einddoelgroep of van de uitvoerende organisatie (zoals scholen) is wel belangrijk, maar staat meestal los van de keuze voor wel of niet erkend. Meestal zijn deze groepen niet op de hoogte of een interventie al dan niet erkend is. Eén respondent noemde wel dat het voorkomt dat een school heel enthousiast is over een niet-erkende interventie, waardoor toch daarvoor gekozen wordt.

'We komen ook weleens scholen tegen die over een ander pestprogramma, ik kan even de naam niet meer bedenken, maar onlangs was dat nog, die daar enthousiast over waren. Nou, dan ga ik naar collega's en dan zeg ik: kennen jullie dit? Wat vinden jullie daarvan? Ik kan het nergens vinden verder. Ja, dan zeggen ze: ja, wij hebben het weleens gezien, maar wij zijn daar niet zo enthousiast over, het is ook niet goed beschreven of zo in die zin. Maar de school is er wel enthousiast over, ja, dat kan. Wij bepalen het niet, in die zin. Wij adviseren, maar wij bepalen het niet.' (GGD)

C. Bekendheid met terminologie en met het Erkenningstraject (Categorie: de gebruiker)

Veel respondenten laten merken dat ze twijfelen over de precieze betekenis van termen als effectief en *evidence-based*, en over de niveaus die in het Erkenningstraject gelden zoals Goed onderbouwd. Ze hebben wel een globaal idee van wat er bedoeld wordt, maar kunnen niet goed uitleggen wat precies.

'Er staan gewoon heel veel interventies in de database. En ja, specifiek erkende en of dat er dan voldoende zijn, ik hoor collega's wel vaak zeggen van: ja, er zijn er maar een paar evidence-based. Dus daar kijk ik niet alleen naar, maar goed, wat jij ook al zei, er zijn er ook beschreven en daar heb je nog een reeks tussen zitten. Vind ik lastig, daarvoor werk ik er, ja, denk ik zelf te weinig mee om dat echt te kunnen zeggen.' (GGD)

'Eigenlijk, de projectleider inhoud, die gaat eigenlijk echt over met welke interventies wij gaan werken. En die is er allemaal heel goed van op de hoogte, die weet ook al die termen. Ja, die ken ik niet, maar bewezen effectief of goed geëvalueerd, of hoe ja, hoe dat allemaal heet, dat weet ik niet. Bewezen effectief.' (Verslavingszorg)

Ook blijkt dat sommige respondenten ervan uitgaan dat alle interventies op de menukaart van de Sportimpuls of in de Interventiedatabase erkend zijn.

'Ik dacht eigenlijk dat alle interventies die op de menukaart voorkwamen, dat dat erkende interventies waren. En ik was me niet helemaal bewust van gradaties daarin.'
(Sportorganisatie)

[Interviewer: 'Er zijn interventies die erin staan, maar die niet door dat proces zijn gegaan. Dus die hebben geen...']

'O? Die zijn überhaupt niet beoordeeld? O, daar was ik me niet bewust van.' (GGD)

Onder de professionals die niet goed vertrouwd zijn met de terminologie rondom effectiviteit en het Erkenningstraject zijn ook mensen die het wel belangrijk vinden om met erkende interventies te werken. Dit gebrek aan kennis en vertrouwdheid wil dan ook niet zeggen dat zij geen voordelen zien aan het gebruik van erkende interventies. Het is echter wel de vraag of deze mensen het gebruik van erkende interventies overtuigend kunnen promoten bij hun teamleden of externe partijen. De onzekerheid over de gebruikte termen kan daarbij een nadeel zijn.

Op de onderzoeksvraag naar de uitvoering van interventies in de praktijk geven professionals informatie over de mate van aanpassen en redenen daarvoor.

1. Mate van aanpassen

In alle sectoren geven professionals aan dat interventies meestal worden aangepast en niet letterlijk gebruikt zoals ze op papier staan. Dit geldt voor alle sectoren, onafhankelijk van hoeveel belang ze hechten aan het gebruik van erkende interventies.

'Wij passen het natuurlijk wel vaak aan. Ik bedoel: je past het vaak aan, aan de lokale situatie of je schaaft het bij.' (GGD)

'Interventies worden zonder schroom aangepast, dat doen we.' (Verslavingszorg)

Met alle interventies is het denk ik niet zo dat je gewoon een product hebt en dat past overal. Het zal overal aangepast moeten worden op de populatie, op alles, op de partners, op het budget. (Sport)

Professionals in alle sectoren geven aan dat er grenzen zijn aan de mate waarin een interventie aangepast wordt. Zo merken ze op dat de interventie ruimte moet bieden voor aanpassingen. Of aanpassen kan, verschilt per interventie.

'Bij andere, bij een aantal andere producten zitten er wel wellicht wat meer vrijheidsgraden, hè. Ik zit bijvoorbeeld te denken bij KOPP/KVO, ja, goed, dan kun je zeggen: er zijn zoveel bijeenkomsten in het kader van, ik noem maar iets, een dinergroep. En dan zit er wel redelijk uitgekristalliseerd van: wat moet je dan doen in elke bijeenkomst? Maar je bent in die invulling toch redelijk vrij.' (Verslavingszorg)

'Ja, daar zitten keuzes in en ik zat net te denken: als je bij Gezonde School iets adviseert over voeding, of ze het dan precies zo moeten uitvoeren of dat daar dan ook nog weer ruimte in zit om dat op hun eigen manier te doen. En ik denk dat dat heel vaak wel zo is. Er zijn natuurlijk ook trajecten zoals KiVa, die een heel vast stramien hebben en daar zit die ruimte dan weer minder in. Dus ik denk dat dat bij interventie ook wel wat verschillend is, dat sommige trajecten gewoon heel erg een vast stramien volgen en andere trajecten ook wel wat meer ruimte hebben.' (GGD)

Ook noemt men dat het uitmaakt in hoeverre de eigenaar van de interventie ruimte biedt om aan te passen.

'Het ligt er een beetje aan of het officieel mag. Ik weet bijvoorbeeld dat wij twee cursussen gaven, die waren door de NISB ontwikkeld. Die hebben daar natuurlijk ook zeggenschap over en die wilden niet dat je dat zomaar aan ging passen. Nou, dat hebben we niet gedaan. Toen zijn ze ermee gestopt om die actief aan te bieden, hebben ze niet meer in hun pakket zitten. En wij wilden altijd wel graag die twee cursussen samenvoegen en dat gaan we nu dus wel doen.' (Thuiszorg)

Ten slotte zegt men dat het doel van de interventie gelijk moet blijven.

[Interviewer: 'En kies je ook bewust voor bepaalde onderdelen van een interventie om dat toe te passen of zijn er bepaalde onderdelen waarvan je zegt van: nou, dit moet gewoon hetzelfde blijven en andere onderdelen nou, dat kan ik aanpassen?']

'Ja, ik denk het einddoel, gewoon de basis van een interventie. Bij Natuursprong kinderen leren buitenspelen, vrij leren spelen bij de Galm, gewoon inactieve senioren aan het sporten krijgen. Ja, de basis, dat is altijd het uitgangspunt, alleen de manier waarop of bepaalde subdoelen, die kunnen anders zijn.' (Sportorganisatie)

2. Redenen om aan te passen

Een veelgenoemde reden om een interventie aan te passen is het beter aansluiten bij de behoeften en kenmerken van de doelgroep of cliënt. Het gaat dan om inhoudelijke aanpassingen aan de interventie.

'Maar als jij daar wat gaat doen en het gaat over de hoofden van de leerlingen of het is niet een vraag die de docenten zich stellen of waar de school mee geconfronteerd wordt, ja, dan ben je ook niet meer geloofwaardig als instelling. Je moet altijd zorgen dat je zo dicht mogelijk de vraag benadert.' (Verslavingszorg)

Een andere reden die samenhangt met de wensen van de doelgroep is het beperken van de omvang van de interventie om ervoor te zorgen dat er voldoende animo voor is. Dit resulteert vooral in het inkorten van de interventie.

'Ja, het is vaak om praktische redenen. Of weet je, dat je denkt van: nou, een cursus van tien bijeenkomsten, daar komt geen mens op af, daar maken wij er acht van, ik noem maar wat.' (GGD)

'En sommige doelgroepen zijn heel slecht te verleiden tot langdurig cursusaanbod, dus dan pak je twee of drie bijeenkomsten en probeer je het zo in te voegen.' (GGZ)

'Zoals bijvoorbeeld dat voorbeeld dat ik net noemde, we hadden twee cursussen van de NISB en in ons kleine werkgebied gaat meestal één van de twee wel door en de ander niet. En dan merk je ook dat mensen eigenlijk ze wel alle twee willen doen, maar zich niet twee keer voor een cursus op willen geven. Als we ze samenvoegen, dan is het gewoon één cursus en dan heb je de groep vol.' (Thuiszorg)

Maar ook wensen en feedback van uitvoerders vormen een reden om een interventie aan te passen.

'Volgens mij is er ook zo'n interventie voor de horeca: Barcode. En degene die dat dan geeft, als die keer op keer een negatieve ervaring heeft, of een IVA is opnieuw aangepast, de IVA sport, nou, als dan de uitvoerders, die kunnen hem dan een keer geven en die merken van: nou, dat werkt gewoon echt niet in de praktijk, ja, dan voelt iedereen zich bij ons vrij om dat ding echt aan te gaan passen. Dat is gewoon wat er in de praktijk gebeurt.' (Verslavingszorg)

'En als docenten bijvoorbeeld Lang leve de liefde wel naast hun biologie willen gebruiken, maar niet les 1 tot en met 6 gaan doen, dan gaan wij ze niet afraden om het te doen. Dan denken we van: iets is beter dan niets. Maar dan doen ze het dus niet de volle zes lessen, zoals het bedoeld was, maar dan kopiëren ze er stukken uit of dan gebruiken ze het alleen als er tijd over is, naast de biologiemethode. Ja, en dat kunnen wij niet tegenhouden.' (GGD)

3. Hoe er wordt aangepast

Respondenten geven het meest aan dat het aanpassen van een interventie door eigen medewerkers gebeurt, bijvoorbeeld nadat zij eigen ervaringen uitwisselden.

'En daar praten we dan ook over, daar hebben we dan ook vergaderingen over en dan worden de ervaringen uitgewisseld. En als dan bij meerdere mensen hetzelfde blijkt, dan passen wij het aan.' (verslavingszorg)

Ook de eigen deskundigheid van professionals wordt genoemd als basis voor het aanpassen.

'Het is vooral de professionaliteit van de preventiewerker. Dit is wat je moet doen, dit is het boekje of dit is de interventie, dit is de groep en dan, ja, de pijl die daartussen staat, die pijl is het werk van preventiewerkers. Nou, omdat hij die professionaliteit heeft om, denk ik, om die evidence-based producten of dat toolboxje met werkzame bestanddelen in zijn of haar hoofd te hebben en te weten van: ja, dit kan ik wel aanpassen en dit moet ik niet aanpassen, want dan haal ik de interventie onderuit.' (Verslavingszorg)

Een respondent noemt dat ze een externe deskundige hebben ingehuurd voor het aanpassen van een bepaalde interventie.

'We hebben toen bijvoorbeeld iemand voor anderhalve maand ingehuurd die een onderwijskundige achtergrond had en die heeft dat hele draaiboek wat daarbij zat nog eens een keertje aangepast aan de situatie.' (GGD)

Het aanpassen kan bestaan uit een selectie maken uit het interventiemateriaal, op grond van hiaten/behoefte bij de doelgroep of van de doelstelling van de interventie.

'Ja, om als voorbeeld te nemen: je hebt die dvd Let's talk, daar staan een stuk of dertig filmpjes op. En terwijl we dat lesprogramma aan het ontwikkelen waren, we hebben al die filmpjes bekeken en gekeken wat aansloot bij onze doelen. Dus we hebben het vooraf zelf bedacht, welke onderwerpen we willen bespreken en welk doel hebben we daarbij? En vervolgens: welke interventie past er dan bij? Of in dit geval, je hebt Let's talk, de dvd met dertig filmpjes. Dat is veel te veel voor één les, dus je selecteert daaruit wat je nodig hebt. En daarvan hebben wij zelf gekeken van: oké, dit past wel.' (GGD)

Professionals noemen ook dat ze elementen uit verschillende interventies combineren om tot een voor de doelgroep of cliënt passende aanpak te komen.

'Kijk, als je nu kijkt bijvoorbeeld naar de groep allochtone mannen die ontslagen worden, dan heb je Lichte Dagen, Donkere Dagen, wat echt een depressie cursus is voor allochtone mannen, maar dat aspect van het niet meer hebben van werk zit daar totaal niet in. Hè, dus dan ga je toch een beetje, dan pak je iets uit het ene, je pakt iets uit het ander en je kijkt of je eventueel met een samenwerkingspartner er nog iets bij kunt doen wat zich meer richt op bijvoorbeeld inzetten op vrijwilligerswerkgebied of... Dus dan ga je een beetje knutselen.' (GGZ)

4 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk trekken we op basis van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek conclusies en geven we aanbevelingen om het gebruik van erkende interventies verder te stimuleren. Per aanbeveling stellen we een aantal acties voor. In overleg met VWS en onze partners uit het Samenwerkingsverband Interventies zullen we prioriteiten aanbrengen in de acties. CGL voert het merendeel van deze acties zelf uit of initieert de afstemming en samenwerking.

- *Erkende interventies vaker in uitvoering dan niet-erkende interventies*

Erkende interventies zijn verhoudingsgewijs vaker in uitvoering dan niet-erkende interventies. Maatregelen, zoals Sportimpuls en het prominent tonen van erkende interventies in de Interventiedatabase, dragen mede bij aan dit resultaat. De invloed van afzonderlijke maatregelen is onbekend; het totaal van de maatregelen om het gebruik van erkende interventies te stimuleren heeft een positieve uitwerking.

Aanbeveling

Ondersteuning vanuit beleid is een belangrijke factor die het gebruik van erkende interventies stimuleert. Continuering en ook intensivering van dergelijke stimuleringsmaatregelen is nodig om het gebruik van erkende interventies te verbeteren. Mogelijkheden hiervoor zijn het programma GIDS, het vijfde preventieprogramma en het gezamenlijk optreden van de beleidsdirecties van VWS die de databanken met erkende interventies aansturen.

Vanuit het vertrekpunt van erkenning doet CGL er verstandig aan om zich te beperken tot het presenteren en beheren van alleen erkende interventies.

Acties

- Overleg met VWS, ZonMw en partners van het Samenwerkingsverband Effectieve Interventies over opties voor continuering en uitbreiding van stimuleringsmaatregelen.
- Het erkende aanbod nog prominenter presenteren (door bijvoorbeeld een specifieke ingang voor erkende interventies).
- Met partners van het Samenwerkingsverband Effectieve Interventies zal CGL de mogelijkheden bij gemeenten, koepelorganisaties en zorgverzekeraars verkennen om het gebruik van erkende interventies te stimuleren.

- *Bekendheid terminologie van erkende interventies*

Enkele respondenten gaven aan dat zij onbekend zijn met de verschillende termen van het erkenningstraject. Onduidelijk is ook dat er een gradatie in verschillende erkenningsniveaus bestaat. Daarbij wordt een enkele keer genoemd dat de medewerker die verantwoordelijk is voor de keuze van interventies de termen en niveaus van het erkenningstraject wel kent.

Aanbeveling

Onbekend maakt onbemind. Respondenten geven aan dat het CGL samen met partners van het Samenwerkingsverband Effectieve interventies meer promotie-activiteiten dient te ontwikkelen om het begrip van erkende interventies en de verschillende niveaus daarbinnen, te versterken. Daarbij is het goed een onderscheid te maken in de verschillende groepen professionals (professionals die interventies kiezen en ontwikkelen en professionals die interventies

uitvoeren) en rekening te houden met de wetenschapsgerichte benadering versus de praktijkgerichte benadering.

Acties

- Beter in kaart brengen welke professional per domein welke informatie nodig heeft om te werken met erkende interventies.
 - Uitwerken en uitvoeren van op maat communicatiestrategieën rekening houdend met de deskundigheid en behoeften van de verschillende doelgroepen.
 - Gezamenlijk met partners van het Samenwerkingsverband Effectieve Interventies de communicatie richting gemeenten vormgeven en uitvoeren.
 - Uitbreiding communicatie naar initiële- en vervolgopleidingen voor leefstijladviseurs en gezondheidsbevordering.
- *Voor- en nadelen van erkende interventies: gebruikers ervaren spanning tussen wetenschap en praktijk*

De genoemde voordelen van het gebruik van erkende interventies hebben vooral te maken met vertrouwen in de wetenschappelijke onderbouwing van het Erkenningstraject. Respondenten zien een erkenning als een bewijs van kwaliteit op basis van wetenschappelijke maatstaven. Degenen die het meest de voordelen van erkende interventies benadrukken laten ook op andere manieren zien dat ze wetenschap belangrijk vinden. Zij vinden bijvoorbeeld effectonderzoek zinvol en werken bij voorkeur op een gestandaardiseerde manier.

De genoemde nadelen van erkende interventies gaan vooral over de noodzaak van aansluiten bij de specifieke doelgroep of cliënt uit de praktijk. Interventies zijn onderbouwd of effectief bevonden in een bepaalde vorm en voor een bepaalde doelgroep, maar in de praktijk zijn vrijwel altijd aanpassingen nodig om aan te sluiten bij de doelgroep en setting. Het verschilt per respondent hoe zwaar deze nadelen wegen. Sommigen vinden het in principe belangrijk om erkende interventies te gebruiken, maar noemen dat alleen een goede interventie niet voldoende is voor effectieve preventie. Anderen vonden deze nadelen zo zwaar wegen dat zij erkende interventies als niet of weinig relevant voor hun werk beschouwen. Deze respondenten laten ook op andere manieren merken dat zij spanning ervaren tussen wetenschap en praktijk. Zij laten zich bijvoorbeeld kritisch uit over wetenschappelijk effectonderzoek en benadrukken de waarde van het oordeel van de professional

Daarnaast geven sommige professionals ook aan dat zij hun expertise gebruiken om een interventie die uit meerdere onderdelen bestaat aan te passen aan de lokale vraag en mogelijkheden. De mate waarin dat mogelijk is, verschilt per interventie.

Aanbeveling

De communicatiestrategie van het erkenningstraject moet zich richten op het versterken van de voordelen en het verminderen van de ervaren nadelen. Het beeld dat professionals hebben over het niet kunnen leveren van maatwerk met erkende interventies, komt niet overeen met de ruimte die er feitelijk wel voor is. Deze boodschap moet duidelijker naar voren komen. Dit kan bijvoorbeeld door presentatie van voorbeelden en de uitwisseling van ervaringen van professionals die een interventie aangepast hebben aan de lokale vraag en mogelijkheden op o.a. loketgezondleven.nl.

Acties

- Verkennen hoe we uitwisseling over ervaringen met het aanpassen van interventies kunnen faciliteren.

- Storytelling op Loketgezondleven.nl over succesvolle aanpassingen van interventies.
 - Overleg met ZonMw en VWS over mogelijkheden om eigenaren in staat te stellen interventies op basis van praktijkervaringen aan te passen (zoals Prima het programma heeft doorontwikkeld tot een modulair programma ipv een totaal programma).
- *Interventies worden in de praktijk binnen bepaalde grenzen vrijwel altijd aangepast*

Respondenten uit alle sectoren geven aan dat interventies vrijwel altijd worden aangepast wanneer ze in de praktijk worden uitgevoerd. Wel geven respondenten aan dat de interventie en de interventie-eigenaar daartoe de ruimte moet bieden en dat het doel van de interventie gelijk moet blijven. Een belangrijke reden voor het aanpassen van interventies is het aansluiten bij de behoeften van de doelgroep. Een andere reden is aansluiten bij de wensen en ervaringen van de uitvoerders. Het kan gaan om inhoudelijke aanpassingen of om het inkorten van een interventie. Manieren om een interventie aan te passen zijn onder andere elementen combineren uit verschillende interventies of een selectie maken uit het interventiemateriaal. Meestal vindt de aanpassing plaats op basis van de deskundigheid van de professional, al dan niet in overleg met collega's.

Aanbeveling

Interventie-ontwikkelaars dienen er rekening mee te houden dat hun interventie nooit 100 procent zal worden uitgevoerd zoals deze op papier staat. Ontwikkelaars van interventies moeten aangeven in hoeverre hun interventie ruimte biedt voor aanpassingen en welke elementen niet weggelaten of gewijzigd kunnen worden. Dit doen zij door de werkzame elementen te benoemen. Hoe de aanpassing van een interventie aan de hand van de werkzame elementen gebeurt, is niet duidelijk. CGL doet er goed aan om praktijkvoorbeelden van aanpassing van interventies te presenteren. Dit verlaagt mogelijk de drempel van het gebruik van erkende interventies.

Acties

- Begeleiden van interventie-eigenaren bij het expliciet formuleren van de werkzame elementen.
- Maken van overzichten met werkzame elementen op specifieke thema's met partners van het Samenwerkingsverband Effectieve interventies en thema-instituten.

Literatuur

Braun, V., Clarke, V., Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3: 77-101.

Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., Dommelen van, P., Buuren van, S., *Ontwikkeling van MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI)*, TNO-rapport R10625, 2012.

Noordink M. et al. *Evaluatie RIVM- Centrum Gezond Leven*, 2013.

Bijlage 1 Kwantitatieve bronnen met aanbod, gebruik en beeld

Bron	Thema	Aanbod	Gebruik	Beeld
IGZ-vragenlijst 2012-2013 (1)	Overgewicht	De vragenlijst bevatte 44 erkende overgewicht interventies	Van de 44 overgewichtinterventies zijn 28 interventies gebruikt door GGD'en (64%).	
	Bewegen	De lijst bevatte 81 erkende beweeginterventies.	Van de 81 beweeginterventies gebruiken GGD'en 29 interventies (36%).	
	Combinatie overgewicht en bewegen	Bij interventies op beide thema's zijn de dubbele eruit gehaald. Het totaal kwam op 89 erkende interventies.	In totaal werden in deze periode 44 erkende interventies (van de 89 interventies) (op gebied van bewegen en overgewicht) uitgevoerd (49%).	Bijna de helft van de erkende interventies op thema's overgewicht en bewegen worden door GGD'en in de praktijk uitgevoerd
Menukaart Sportimpuls (2)	Sport en bewegen	In de menukaart Sportimpuls wordt 175 interventies aangeboden. Hiervan zijn er 63 erkend (36%)	De 175 aangeboden interventies zijn 1132 keer aangevraagd. Erkende interventies (63) zijn in totaal 555 keer aangevraagd (49%) versus niet erkende interventies (112) 577 keer.	Er worden meer erkende interventies aangevraagd.
Gezonde Slagkracht (3)		Binnen Gezonde Slagkracht worden vele activiteiten uitgevoerd. Hiervan zijn er 49 interventies die in de Interventie database zitten	Van de 49 gebruikte interventies zijn er 32 erkend (65%). 39 interventies zijn 1x in uitvoer en 10 interventies zijn vaker uitgevoerd. Van deze 10 zijn er 8 erkend.	Erkende interventies zijn vaker in uitvoer.
Interventie database (4)		Op 3-6-2014 stonden er 1831 interventies in de IDB, 245 hiervan zijn erkend (= 13% van alle interventies)	Er zijn 122 afgeleide interventies waarvan er 85 erkend (70%)	Erkende interventies zijn vaker in uitvoer dan niet erkende
Bezoekerscijfers van de IDB (5)	Bezoekers aantallen en bezochte interventies (over 1 kalenderjaar het aantal unieke bezoekers)		In 2013 bezochten in totaal 58.354 bezoekers de IDB (gemiddeld 5.171 per maand). Van de top 100 meest bezochte interventies waren er 90 (90%) erkende en 10 (10%) niet erkende interventies.	In de IDB worden erkende interventies vaker bekeken dan niet-erkende interventies.

Bijlage 2 Overzicht aantal interviews per sector

Sector	Aantal interviews
GGD	6
Thuiszorg	5
Verslavingszorg	4
Sport	4
GGZ	4