



Succesvolle strategieën om de impact van beweginginterventies ter preventie van cognitieve achteruitgang te vergroten

Strategieën voor het bereik, de adoptie, de implementatie en de borging

in opdracht van Hersenstichting

Jorien Slot-Heijs (Mulier Instituut)
Dorine Collard (Mulier Instituut)
Liesbeth Preller (Kenniscentrum Sport)

Met medewerking van:
Godelief Willemsen (Kenniscentrum Sport)
Margot Fleuren

December 2017

Colofon

Mulier Instituut | Herculesplein 269 | 3584 AA Utrecht | T +31 (0)30 721 02 20 | www.mulierinstituut.nl

Dorine Collard e-mail: d.collard@mulierinstituut.nl

Kenniscentrum Sport | Horapark 8 | 6717 LZ Ede | T +31 (0)318 490 900 | www.kcsport.nl

Liesbeth Preller e-mail: liesbeth.preller@kcsport.nl

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
1.1	Theoretisch kader	5
1.2	Doel en onderzoeksvragen	6
1.3	Methode	6
1.4	Leeswijzer	7
2.	Relevante doelgroepen en intermediairs	9
3.	Bereik	13
3.1	Literatuur	13
3.2	Bestaande interventies	14
3.3	Ervaring van de einddoelgroep	15
3.4	Ervaring van experts	16
3.5	Succesvolle strategieën	18
4.	Adoptie	21
4.1	Literatuur	21
4.2	Bestaande interventies	22
4.3	Ervaring van de einddoelgroep	22
4.4	Ervaring van experts	23
4.5	Succesvolle strategieën	23
5.	Implementatie	25
5.1	Literatuur	25
5.2	Bestaande interventies	27
5.3	Ervaring van de einddoelgroep	27
5.4	Ervaring van experts	28
5.5	Succesvolle strategieën	30
6.	Borging	33
6.1	Literatuur	33
6.2	Bestaande interventies	33
6.3	Ervaring van de einddoelgroep	34
6.4	Ervaring van experts	34
6.5	Succesvolle strategieën	35
7.	Conclusie en aanbevelingen	37
	Literatuurlijst	41
	Bijlagen	45

1. Inleiding

De Hersenstichting zet actief in op het gezond houden van hersenen, het genezen van hersenaandoeningen en het verbeteren van patiëntenzorg. Het grote aantal gunstige effecten van regelmatige lichaamsbeweging is recent door de Gezondheidsraad uiteengezet. Bij ouderen is overtuigend aangetoond dat bewegen het risico op botbreuken verlaagt en dat de spierkracht en de loopsnelheid worden verbeterd. Ook hangt veel bewegen bij deze groep samen met een lager risico op lichamelijke beperkingen, cognitieve achteruitgang en dementie. Uit onderzoek blijkt dat de laatst genoemde relatie aannemelijk is, maar nog niet overtuigend aangetoond (Gezondheidsraad, 2017). In de Beweegrichtlijnen 2017 wordt aanbevolen om minimaal 2,5 uur per week tenminste matig intensief te bewegen (bijvoorbeeld wandelen of fietsen). Daarnaast is het nodig om tweemaal per week bot- en spierversterkende activiteiten te doen, voor ouderen gecombineerd met balansoefeningen. Uit de Gezondheidsenquête blijkt dat bijna de helft van de 18- t/m 64-jarige Nederlanders voldoet aan de nieuwe Beweegrichtlijnen 2017. Voor de groep 65-plussers is dit ongeveer een derde (RIVM, 2017).

Omdat aannemelijk is dat bewegen kan helpen bij het langer gezond houden van het brein (Gezondheidsraad, 2017, Scherder, 2014) is bewegestimulering bij volwassenen, maar met name bij ouderen aan te bevelen. Om werkelijk verandering te bewerkstelligen en een impact te hebben, is het van groot belang dat dergelijke beweginginterventies effectief zijn, maar ook in de praktijk worden toegepast. Op het moment financiert de Hersenstichting onderzoek naar beweginginterventies die mogelijk niet alleen als resultaat hebben dat men meer gaat bewegen, maar daarnaast ook een gunstig effect hebben op cognitief functioneren. Voor de Hersenstichting is het van groot belang dat dergelijke interventies uiteindelijk niet alleen ontwikkeld worden, maar ook daadwerkelijk toegepast zullen worden in de praktijk. Daarom worden in dit rapport strategieën bijeengebracht om de impact van beweginginterventies in de praktijk te vergroten. De beoogde populatie is in dit rapport beperkt tot thuiswonende inactieve volwassenen en ouderen vanaf 45 jaar, die geen of hooguit een lichte cognitieve beperking hebben.

1.1 Theoretisch kader

Om strategieën te benoemen die de impact van beweginginterventies kunnen vergroten, is het noodzakelijk om eerst een kader te schetsen. De impact op (cognitieve) gezondheid van een beweginginterventie is afhankelijk van verschillende elementen, zo blijkt uit de literatuur. Niet alleen effectiviteit is belangrijk, maar ook vier andere elementen, zo blijkt uit het RE-AIM model (Glasgow et al., 1999). RE-AIM staat voor *Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance* (zie figuur bijlage 1). Gesteld wordt dat een aanpak alleen impact kan hebben als de doelgroep wordt bereikt (*reach*), als intermediairs bereid zijn de interventie uit te voeren (*adoption*), als de interventie wordt geïmplementeerd zoals bedoeld (*implementation*), als de interventie effectief is in de praktijk (*effectiveness*) en als de interventie wordt geborgd (*maintenance*). Als één van de vijf elementen niet wordt benut, zal de impact op (cognitieve) gezondheid niet of slechts ten dele bij de beoogde doelgroep worden behaald.

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Het hoofddoel van dit onderzoek is om, vanuit een ‘*evidence en practice based*’ kader, meer zicht te krijgen op strategieën om de impact van beweeginterventies in de praktijk te vergroten. Aannemelijk is dat met het bevorderen van bewegen het cognitief functioneren wordt verbeterd en het risico op hersenaandoeningen wordt verkleind. De focus van het onderzoek ligt niet op het bepalen van de effectiviteit, maar met name op het formuleren van strategieën om bereik, adoptie, implementatie en borging te vergroten.

De hieruit volgende onderzoeksvragen worden in het onderzoek beantwoord:

1. Wat is bekend over wat wel en niet werkt om mensen bij een beweeginterventie te betrekken (bereik)?
2. Wat is nodig om ervoor te zorgen dat intermediairs bereid zijn een beweeginterventie in de praktijk te brengen (adoptie)?
3. Welke succes- en faalfactoren zijn te benoemen met betrekking tot het toepassen van een beweeginterventie door een intermediair in de praktijk (implementatie)?
4. Wat is nodig om een beweeginterventie in de praktijk duurzaam uit te kunnen voeren (borging)?

Voorafgaand aan het beantwoorden van bovenstaande onderzoeksvragen is nagegaan of binnen de beoogde populatie verschillende doelgroepen te onderscheiden zijn waarvoor verschillende implementatiestrategieën gehanteerd dienen te worden. Daarnaast is bekeken welke organisaties, professionals en andere mensen in de sociale omgeving essentieel zijn om deelname aan beweeginterventies te beïnvloeden.

1.3 Methode

Om factoren te identificeren die zorgen voor een groot bereik en succesvolle adoptie, implementatie en borging van beweeginterventies is in deze rapportage gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden, te weten een literatuurverkenning, identificatie van factoren vanuit bestaande interventies, focusgroepen met actieve en inactieve volwassenen en ouderen, interviews met experts en een expertmeeting.

Onderstaand overzicht geeft inzicht in welke methoden in deze rapportage gebruikt zijn om succes- en faalfactoren binnen de verschillende elementen van het REAIM-model te beschrijven. Een uitgebreide verantwoording van de methode staat beschreven in bijlage 2.

Tabel 1.1 Overzicht van gebruikte methoden

	Literatuur- verkenning	Ervaring met bestaande interventies	Ervaring van de einddoelgroep	Ervaring van experts
R = Bereik	X	X	X	X
E = Effectiviteit	-	-	-	-
A = Adoptie	X	X	-	X
I = Implementatie	X	X	X	X
M = Borging	X	X	-	X

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden kenmerken benoemd die gerelateerd zijn aan (te) weinig bewegen. Essentieel voor het slagen van beweeginterventies is het bekend zijn met de beperkingen van mensen die (te) weinig bewegen. Ook is een overzicht gemaakt van organisaties en professionals die een rol kunnen spelen bij het bevorderen van bewegen. In de hoofdstukken 3 tot en met 6 komen de verschillende elementen van het RE-AIM model aan bod, namelijk bereik (onderzoeksvraag 1), adoptie (onderzoeksvraag 2), implementatie (onderzoeksvraag 3) en borging (onderzoeksvraag 4). Deze hoofdstukken zijn allen op dezelfde manier in paragrafen opgebouwd: resultaten uit literatuur (§1), informatie uit bestaande interventies (§2), ervaring van de einddoelgroep (§3) en ervaring van experts (§4). Ieder hoofdstuk eindigt met een overzicht van succesvolle strategieën. De rapportage wordt in hoofdstuk 7 met een conclusie en aanbevelingen afgesloten.

2. Relevante doelgroepen en intermediairs

Om na te gaan welke kenmerken gerelateerd zijn aan (te) weinig bewegen bij volwassenen en ouderen (de populatie in dit onderzoek) is op basis van literatuur een overzicht gemaakt van deze kenmerken. Essentieel voor het slagen van beweeginterventies is het bekend zijn met de beperkingen van mensen die (te) weinig bewegen. In tabel 2.1 zijn de kenmerken die gerelateerd zijn aan (te) weinig bewegen bij thuiswonende volwassenen en ouderen opgenomen. De verzamelde individuele kenmerken zijn in de volgende indeling in de tabel opgenomen:

- Fysieke beperkingen;
- Mentale en cognitieve beperkingen;
- Andere beperkingen.

Mogelijk zijn aan de hand van het overzicht in tabel 2.1 verschillende doelgroepen te onderscheiden waarvoor verschillende implementatiestrategieën nodig zijn. Een combinatie van een aantal van de genoemde kenmerken lijkt het meest bepalend te zijn voor een hoog risico op weinig bewegen. Dat zijn onder andere obesitas, meerdere chronische aandoeningen tegelijk, onder andere leidend tot pijnklachten, lage gezondheidsvaardigheden, weinig 'beweegkapitaal' en wonen in een achterstandswijk. Tijdens de expertmeeting is nagegaan op welke doelgroepen volgens experts met name moet worden ingezet om bewegen te stimuleren, waarbij onderscheid werd gemaakt tussen leeftijd (45-65 jaar of 65+), fysieke beperking (ja/nee) en mentale beperking (ja/nee). Over het inzetten op personen met of zonder fysieke beperkingen was geen consensus. Ook werden de volwassenen (45-65 jaar) en ouderen (65+ jaar) even belangrijk gevonden door experts. Bij verdere prioritering gaven de experts aan het belangrijk te vinden dat met name gefocust moet worden op de groepen die geen mentale beperkingen hebben, onafhankelijk van de aanwezigheid van fysieke beperkingen en leeftijd.

Uit de expertmeeting blijkt dat de gehele preventieketen aandacht moet krijgen. Dat betekent dat beweegprogramma's ingezet moeten worden op mensen zonder cognitieve aandoeningen en geen grote risico's daarop (primaire preventie), mensen zonder cognitieve aandoeningen maar met een verhoogd risico op cognitieve achteruitgang (secundaire preventie) en mensen met cognitieve aandoeningen (tertiaire preventie).

In de literatuur worden implementatiestrategieën veelal algemeen beschreven, dus niet specifiek voor mensen met bepaalde beperkingen of kenmerken. Daarnaast zijn heel veel verschillende doelgroepen te beschrijven. Hierdoor is het niet mogelijk om per doelgroep succesvolle strategieën te benoemen om beweeginterventies in de praktijk te brengen. Daar waar mogelijk, worden in het rapport wel verschillen tussen doelgroepen benoemd.

Wie kunnen de doelgroepen bereiken?

Om na te gaan welke organisaties, professionals en betrokkenen in de sociale omgeving essentieel zijn om deelname aan beweeginterventies te bevorderen is op basis van *expert judgement* een overzicht gemaakt van organisaties die de beoogde doelgroep zouden kunnen bereiken (tabel 2.2). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de potentie die verschillende organisaties en personen hebben om mensen te bereiken, en het ingeschatte huidige effectieve bereik van de doelgroep, dat wil zeggen het feitelijk aantal mensen dat aangezet wordt om te bewegen. De wijze van bereiken varieert, bijvoorbeeld van persoonlijk aanspreken tot signaleren en doorverwijzen naar andere professionals en organisaties.

Het overzicht is zeker niet uitputtend. De netwerken rond weinig bewegende volwassenen en ouderen, en de organisatie van die netwerken, vertonen sterke lokale verschillen. Naast de organisaties die in de tabel staan, kunnen ook algemene media en de sociale omgeving (familie, burens, kennissen) beweeggedrag beïnvloeden. Aanvullend werden tijdens de expertmeeting de sportvereniging, leeftijdgenoten (*peers*) en sleutelfiguren genoemd, en voor mensen in het arbeidsproces werkgevers en bedrijfsartsen.

Uit tabel 2.2 blijkt dat landelijk gezien geen enkele stakeholder weinig bewegende volwassenen en ouderen goed bereikt. De potentie van bereik is het grootst voor de (praktijkondersteuner van de) huisarts, gevolgd door andere eerste- en tweedelijnszorgverleners en organisaties die werken vanuit het gemeentelijke publieke domein. Feitelijk bereik hangt af van de lokale context, en van persoonlijke drijfveren van individuele personen en opvattingen bij organisaties om bewegen preventief in te zetten.

Tabel 2.1 Overzicht van kenmerken gerelateerd aan (te) weinig bewegen

Categorie	Kenmerk
Fysieke beperkingen	Obesitas Zintuiglijke beperkingen Veroudering, met name 75+ ; personen bewegen meer direct na pensionering Beperkte mobiliteit Slecht evenwicht Kwetsbaar Revalidanten, na opname ziekenhuis Diabetes type 2 (met name in combinatie met luchtwegaandoeningen, cardiovasculaire aandoeningen) Meerdere chronische aandoeningen Pijn Gebrek aan conditie/kracht Ervaren fysieke belemmeringen bij bewegen
Mentale en cognitieve beperkingen	Angsten: denken bewegen niet vol te kunnen houden; valangst; angst voor blessures; angst voor verergering van aandoening of ernstig incident Gebrek aan sociale vaardigheden en eenzaamheid Lage gezondheidsvaardigheden GGZ-problematiek Weinig beweegkapitaal
Andere beperkingen	Gebrek aan motivatie Tijd: mantelzorg (zorg voor partner, ouders), drukke werkzaamheden Arbeidsongeschikt/werkloos zijn Financiën: schulden Laag inkomen Locatie: fysiek ver weg wonen, afstand te groot vanwege veiligheid en beperkte mobiliteit, wonen in achterstandswijk

Bronnen: Bukman, 2016; Devereux-Fitzgerald et al., 2016; Dörenkamp et al., 2016; Elling, 2010. Friis et al., 2016; Gibney & Doyle, 2017; Hildebrandt et al., 2015; Hoogendoorn & Hollander de, 2016; Piscaer, 2017; Preller 2015a; Preller & Groothuis, 2015b; Preller, 2015c; Preller & Schaars, 2016. Raaijmakers et al., 2012; Vorst van der et al., 2016. Kenter et al., 2013.

Tabel 2.2¹ Potentie bereik doelgroepen en inschatting effectief bereik op nationaal niveau

	Organisatie/professional	Soort beperking	Potentie bereik	Inschatting huidig (effectief) bereik
Zorg en ziekte gerelateerd	Huisarts, praktijkondersteuner huisarts	F, M	+++	0
	Fysiotherapeut/Ergotherapeut	F, M	++	Var
	Diëtist	F	+	Var
	Thuiszorg	F, (M)	+	0
	Tweedelijnszorg specialismen	F	++	0/var
	Valpoli, sportloket	F	+	+
	Woonzorginstelling met wijkfunctie	F, M	+	0
	GGZ	M	+	0
	Patiëntenorganisaties (kruisvereniging)**	F	+	+
	Zorgverzekeraar	F	++	0
Indicerende artsen	F (M)	?	0	
Organisaties met publieke functie	Gemeente op populatieniveau (GGD)	F	++	Var
	Gemeente op individueel niveau casemanager (Wmo, ouderenadviseur)	F, M, A	++	0
	Sociale dienst, schuldhulpverlening, UWV	A	+	0
	Sportservice/buurtportcoach*/ aanbieders beweeginterventies	NS	+	+var
	Welzijnswerk (aspecifiek)	(M)	++	0
	Sociaal wijkteam	F, M, A	++	0
	Thuishulp	(M)	+	0
Maatschappelijke organisaties/overig	Leger des Heils (e.a.)	M	+	0
	Ouderenbonden**	F	++	+
	Maaltijdservice	F	+	0
	Alzheimercafé	A	+	0/var
	Sportverenigingen/fitness	(F), NS	0/+	0/var
	Laagdrempelig beweegaanbod (Meer bewegen voor ouderen)	F	++	+var
	Voedselbank	A	+	0
	Kerk/moskee	NS	+	0

Soort beperking: F: fysieke beperkingen; M: mentale beperkingen; A: andere beperkingen; NS: niet specifiek
 Bereik: +++ zeer groot; ++ goed voor beperktere groep; + kleine(re) doelgroep; Var= sterk variabel; 0 vrijwel afwezig; ? onbekend, twijfel

*Buurtportcoach: Sinds 2012 landelijk 2900 fte. Rollen: zorgen voor aanbod in wijk en verbinding tussen sport/bewegen en andere sectoren. ** Deze organisaties kunnen ouderen in het algemeen alleen collectief bereiken, bijvoorbeeld via collectieve media-uitingen.

¹ Waar huidig bereik als '0' is geclassificeerd, en waarbij dus wordt ingeschat dat maar een klein aantal mensen in Nederland wordt bereikt, zijn voorbeelden bekend waar de invloed op lokaal of individueel niveau juist zeer groot is. Dit geldt onder meer voor eerstelijnszorgverleners. Bij sterke variatie, waarbij ingeschat wordt dat op landelijk niveau toch een groter aantal mensen wordt bereikt, is huidig bereik als 'var(iabel)' geclassificeerd.

3. Bereik

Bereik gaat over de mate waarin de beoogde doelgroep wordt bereikt om aan een beweeginterventie deel te nemen. In dit hoofdstuk wordt op basis van literatuur, ervaringen binnen bestaande beweeginterventies en meningen van de einddoelgroep en experts, uiteengezet wat bekend is over wat wel en niet werkt om de verschillende doelgroepen bij een beweeginterventie te betrekken.

3.1 Literatuur

In de literatuur zijn verschillende aspecten gevonden die het bereik kunnen beïnvloeden, die geassocieerd zijn met kenmerken van de organisatie, kenmerken van deelnemers, communicatie en kenmerken van de interventie.

Kenmerken van de organisatie

Om potentiële deelnemers te bereiken, is het vormen van een netwerk met relevante partners voorafgaand aan het werven belangrijk (Belza et al., 2007). Relevante partners zijn onder andere interventie-eigenaren, organisaties in de zorg met hun uitvoerders, (lokale) overheid, sportorganisaties en partners die al in contact staan met de doelgroep (Preller & de Greef, 2017). Welzijnsorganisaties, wijkteams of leden van moskeeën zijn voorbeelden van partners die al met een beoogde einddoelgroep in contact staan en daarmee de doelgroep goed kunnen bereiken. Omdat zij midden in de gemeenschap staan, kunnen zij de boodschap geloofwaardig overbrengen (Belza et al., 2007). Dit is met name belangrijk wanneer het doel is om mensen van niet-westerse komaf te bereiken.

Kenmerken van de deelnemers

Om de einddoelgroep te bereiken, is allereerst kennis over de doelgroep, en inzicht in hun wensen en behoeften, nodig. Met kennis worden woonsituatie, geslacht, leeftijd, beperking en dagelijkse bezigheden van de einddoelgroep bedoeld. Wensen en behoefte van mensen met een fysieke beperking zijn anders dan van mensen met een cognitieve beperking. Ook zijn de wensen en behoeften van ouderen anders dan van jongere volwassenen. Inactiviteit bij ouderen kan komen door het opgroeien in een tijd waarin sporten en bewegen in de vrije tijd minder gewoon was dan tegenwoordig (Hoogendoorn & de Hollander, 2016). Zij kunnen een gebrek aan beweegervaring hebben en zullen in dat geval niet altijd het nut van een beweeginterventie inzien. Hierdoor kunnen zij andere behoeften hebben.

Mannen zijn over het algemeen moeilijker voor groepsbeweeginterventies te werven dan vrouwen (Belza et al., 2007). Mannen hebben meer behoefte aan informatie over de inhoud van de beweeginterventie (oefeningen met gewichten, teamwork, eventueel competitie) of aan de mate waarin wordt gerefereerd aan sport in het verleden. Ook zijn mannen minder gevoelig voor het sociale aspect van de beweeginterventie. Partners die in het netwerk contact hebben met de einddoelgroep, kunnen wensen en behoeften inventariseren en in kaart brengen (Belza et al., 2007).

Voor volwassenen en ouderen beïnvloedt het advies en de steun vanuit de omgeving, zoals vanuit de gezondheidszorg of de sociale omgeving, de keuze voor deelname aan beweeginterventies (Hoogendoorn & de Hollander, 2016). Volwassenen en ouderen die via de eerste lijn van een beweeginterventie horen, zoals via huisartsen of praktijkondersteuners of via familie en vrienden die al aan de beweeginterventie deelnemen, zullen dus sneller geneigd zijn deel te nemen dan wanneer zij dit via onbekenden horen.

Communicatie

De communicatie naar potentiële deelnemers moet worden aangepast aan hun specifieke wensen en behoeften. Er dient rekening gehouden te worden met de (eigen ervaren) gezondheid en leeftijd van potentiële deelnemers. Om met hen in contact te komen, moet aansluiting worden gevonden bij de belevingswereld van mensen met verschillende achtergronden (Bielderman et al., 2015). In sommige culturen is overgewicht een teken van welvaart en wordt dit niet geassocieerd met gezondheidsproblemen, en kunnen normen en waarden op het gebied van sporten en bewegen anders zijn. Daarnaast zal bijvoorbeeld een gezond persoon van 50 jaar zich minder aangesproken voelen door de boodschap 'langer thuis kunnen blijven wonen' dan een persoon van 75 jaar met enige coördinatieproblemen. De doelgroep 45-65 jaar voelt zich meer aangesproken door de term 'sport' en de doelgroep van 65 jaar en ouder zal de term 'bewegen' meer aanspreken. Literatuur laat zien dat voor ouderen angst om te vallen een reden kan zijn om niet deel te nemen aan een beweeginterventie, terwijl valangst juist door middel van een beweeginterventie kan worden verminderd (Forberger et al., 2017). Het is dus belangrijk om door de wervingsboodschap te communiceren dat valangst eigenlijk juist een extra reden is om deel te nemen.

Kenmerken van de interventie

Naast bovenstaande kenmerken moeten ook de kenmerken van de beweeginterventie aansluiten bij de wensen en behoeften van de potentiële deelnemers. Voor personen in de leeftijd 50-65 jaar is tijdgebrek een grote belemmerende factor in de keuze voor sport- en beweegactiviteiten (Preller, 2015a). Om personen in deze leeftijdsgroep te werven, moet de beweeginterventie dus niet te veel tijd vragen.

3.2 Bestaande interventies

In de negen bestaande interventies worden verschillende strategieën gehanteerd om de einddoelgroep te bereiken. Zelfs binnen één interventie worden deelnemers op verschillende wijzen bereikt, afhankelijk van de locatie. De volgende positieve aspecten werden in de uitgebreide documentatie over de beweeginterventie of in het interview met interventie-eigenaren bij minimaal twee interventies genoemd.

Kenmerken van de deelnemers

Om de juiste einddoelgroep voor een beweeginterventie te selecteren, wordt in verschillende erkende interventies van data over populaties gebruikgemaakt. Over het algemeen worden de gemeentelijke basisadministratie en/of data van de GGD gebruikt. Het belangrijk dat wervingsmaterialen eenvoudig en aantrekkelijk vormgegeven zijn, een positieve boodschap bevatten en duidelijk beschreven staat wat het programma inhoudt. Het inspelen op goede gezondheid en motivatie helpt daarbij.

Kenmerken van de organisatie

In verschillende interventies worden de positieve effecten van het inzetten van wijknetwerken en het inzetten van diverse intermediairs zoals gemeente, fysiotherapeut, huisarts en vrijwilligers, benoemd. Uit ervaring blijkt dat verwijzing door een huisarts alleen positief werkt als de huisarts daar zelf bewust voor kiest. Bij sommige bestaande interventies verwijst de fysiotherapeut de deelnemers naar beweegaanbod door.

Communicatie

Uit de bestaande interventies is tevens informatie verkregen over de verschillende methoden van werving. Om de einddoelgroep te werven, benoemen de interventie-eigenaren regelmatig het belang van een combinatie van methoden, zoals aandacht in de media én persoonlijke mondelinge benadering. Bij een aantal bestaande interventies hebben de interventie-eigenaren positieve ervaringen met werving door een brief van de gemeente, die door de wethouder is ondertekend. Ook een voorlichtingsbijeenkomst of feestelijke opening kan helpen om de doelgroep te werven. De ervaring leert dat huis-aan-huisbenadering om slecht bereikbare mensen te werven een hoge respons oplevert, maar dat dit tegelijkertijd een grote investering vergt. Interventie-eigenaren en uitvoerders van bestaande interventies geven aan dat blijvend werven tijdens de uitvoering belangrijk is om voldoende mensen te blijven trekken. Voor de werving dient tevens voldoende tijd uitgetrokken te worden. Interventie-eigenaren benoemen ook dat bepaalde doelgroepen nu eenmaal lastig te werven zijn. Zo blijkt het lastig om mensen te betrekken die weinig gemotiveerd zijn, die eenzaam zijn en die moeite hebben met de Nederlandse taal.

3.3 Ervaring van de einddoelgroep

Met volwassenen (45-65 jaar) en ouderen (65+ jaar) is gesproken over hoe zij het liefst bereikt zouden willen worden. Binnen en tussen de verschillende focusgroepen is sterke consensus dat persoonlijke benadering vanuit de sociale omgeving goed werkt om interesse te wekken voor deelname aan beweeginterventies. Dit is qua methodiek de enige besproken methode die effectief lijkt te zijn. De volwassenen en ouderen zijn het er ook over eens dat internet geen geschikt middel is om potentiële deelnemers te bereiken. Hetzelfde geldt voor een open dag of open bijeenkomst. De volwassenen en ouderen zijn niet enthousiast over het potentiële effect daarvan, zeker niet om mensen te bereiken die toch al minder bewegen.

Over de wijze van bereik denken de verschillende groepen anders. De belangrijkste bevindingen worden hier benoemd:

- Lokale media bereiken ouderen wel, volwassenen niet.
- Ouderen stellen een folder van de welzijnsorganisatie met een overzicht van activiteiten op prijs.
- Over een uitnodigingsbrief van de gemeente zijn de meningen verdeeld: sommige ouderen reageert positief, de groep volwassenen sterk afwijzend.
- De twee groepen ouderen vinden bereik via de fysiotherapeut een goede wervingsmethode. Voor de groep volwassenen is dit niet zo relevant, omdat minder potentiële deelnemers in aanraking komen met een fysiotherapeut.
- Doorverwijzing door een arts of (huis)arts wordt door vrijwel iedereen (erg) belangrijk gevonden. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat de huisarts in de praktijk zelden doorverwijst naar beweegaanbod wanneer iemand daarvoor in aanmerking komt.
- Bij de volwassenen wordt wisselend gereageerd op bereik via het werk. In deze groep lijkt het erop dat mannen dit meer onderschrijven dan vrouwen.
- Weinig personen reageren positief op bereik via niet sport en beweeg gerelateerde contexten waarin personen bij elkaar komen, zoals hobbyclubs of kerk. In één van de groepen wordt door iemand opgemerkt dat het wel makkelijker is om mensen te bereiken die al samen zijn.
- De meningen zijn ook verdeeld over het gebruik van een combinatie van meerdere wervingsmethoden: sommigen denken dat het nuttig is, anderen niet.

De boodschap waarmee mensen bereikt worden is volgens iedereen van belang. In alle groepen kwam naar voren dat het belangrijk is om te benadrukken dat bewegen leuk en gezellig is. Voor de twee groepen ouderen is een kopje koffie achteraf belangrijk, voor de groep volwassenen niet. Zij geven aan hun sociale leven uit andere activiteiten te willen halen. Door de groepen wordt verschillend gedacht over de inhoud van de boodschap om mensen te betrekken.

- De twee groepen ouderen benadrukken het belang van de boodschap dat bewegen goed voor je is. Daarentegen spreekt dat de groep volwassenen absoluut niet aan.
- Het vermelden van bepaalde details, zoals prijs of bereikbaarheid, wordt door enkelen belangrijk gevonden.
- In de groep volwassenen werd door de personen die weinig bewegen, en niet in groepsverband bewegen, genoemd dat zij het belangrijk vinden dat al in de boodschap wordt vermeld dat de activiteit niet competitief is. In de groepen ouderen is het aspect competitie niet besproken.

3.4 Ervaring van experts

Ook met experts is gesproken over wat nodig is om mensen aan te zetten mee te doen aan een beweeginterventie. Voor het bereiken van volwassenen en ouderen die te weinig bewegen, benadrukken alle experts het belang van een afgebakende einddoelgroep. In het afbakenen van de einddoelgroep spelen mee: woonplaats, wel of niet werkend, niveau van fysiek functioneren en reeds aanwezige stoornissen. Experts in de expertmeeting geven aan dat de boodschap passend en helder moet zijn voor deze afgebakende doelgroep en dus ook afhankelijk moet zijn van de kenmerken van de doelgroep. Welke factoren van belang zijn en welke strategie succesvol is, blijkt dus sterk afhankelijk van de doelgroep die je wilt bereiken. Eén succesvolle strategie die voor alle doelgroepen werkt bestaat niet, zoals een expert vertelt in het tekstkader.

“Je merkt dat er in de strategieën van het benaderen niet één strategie is waardoor je mensen bereikt. De één bereik je door te vertellen hoeveel grote gezondheidsproblemen je op termijn krijgt. Een ander moet eerst zelf problemen ervaren. En weer iemand anders wordt getriggerd doordat je aangeeft: realiseer je eens hoeveel makkelijker je allerlei dingen weer kan doen die je geleidelijk aan verloren bent, bijvoorbeeld wanneer je 10 of 20 kilo minder zou wegen. En een aantal mensen krijg je nooit gemotiveerd. Dus het is maatwerk hoe je mensen kan bereiken.”

Voor alle doelgroepen geldt dat het belangrijk is om interesse te wekken bij iedereen die moet worden bereikt, maar uiteindelijk hebben potentiële deelnemers zelf de regie in handen. Experts benoemen allemaal hoe complex het bereiken van personen is. Door afbakening wordt de groep van potentiële deelnemers een groep met gelijke kenmerken, waarop een gepaste wervingsstrategie kan worden bedacht. Maar zelfs binnen een bepaalde afgebakende doelgroep, bijvoorbeeld personen met overgewicht, kunnen verschillende wervingsstrategieën nodig zijn. Ondanks dat wervingsstrategieën niet voor iedereen even succesvol is, benoemen de experts een aantal essentiële aspecten die in het werven van potentiële deelnemers meespelen:

Gebrek aan motivatie en *self-efficacy*

Een grote belemmering in het werven van deelnemers is het gebrek aan kennis en motivatie bij volwassenen en ouderen om te gaan bewegen. Potentiële deelnemers willen niet alleen gaan, zien (nog) niet in wat de voordelen van bewegen zijn en weten niet welk aanbod er is. Wat ook veel voorkomt is

een gebrek aan *'self-efficacy'*: met name ouderen denken dat ze al te oud zijn om te bewegen en er geen winst meer mee kunnen halen.

Kwetsbare doelgroepen bereiken kost tijd

Weinig gezondheidsvaardigheden, lage socio-economische status en/of sociaal geïsoleerd zijn maakt personen kwetsbaar. Deze groepen hebben het meeste baat bij een beweeginterventie, maar zijn ook het moeilijkst te bereiken, dus dat kost veel tijd en energie. Ze lezen geen krantjes of folders, hebben geen kennis over het belang van bewegen en hebben vaak simpelweg geen zin om te bewegen. Een expert vertelt over een manier die wel werkt in het bereiken van thuiswonende ouderen:

'Een voorbeeld van het bereiken van ouderen die nog wel thuis wonen, is in Den Haag. Daar gaan mensen van zorg- en welzijnsorganisaties op huisbezoek. Mensen die 75, 80 en 85 jaar worden krijgen een brief thuis waarin ze worden uitgenodigd voor een gesprek met een ouderenconsulent. En die belt dan op, naam staat in de brief: 'dat ben ik, ik wil graag een afspraak maken, vindt u het leuk als ik langskom?' Dat vinden ze eigenlijk altijd wel leuk. Dan kom je daar thuis, probeer je iemand beter te leren kennen en te kijken of iemand een hulpvraag heeft of niet. Dan leer je iemand best wel goed kennen en zij jou, dan zie je wat diegene belangrijk vindt en kun je ze helpen: heb je hier wel eens aan gedacht? Ik merk dat mensen vaak helemaal niet weten wat er allemaal is in hun wijk.'

Enthousiasme en betrokkenheid in werving

De betrokkenheid van de persoon die werft, hangt samen met het succesvol bereiken van inactieve volwassenen en ouderen. Personen die bij het werven enthousiast zijn en geloven in de beweeginterventie, hebben duidelijk meer succes dan personen die dit niet zijn of hebben. Ook is het kunnen overbrengen van kennis over bewegen en het effect daarvan belangrijk. Dit wordt vaak gezien als lastig, omdat potentiële deelnemers die deze kennis nog niet hebben, ook vaak geen motivatie hebben of geen zin hebben om te luisteren. Het werven van deelnemers moet continu onder de aandacht blijven. Dit kost tijd en energie, maar daarmee worden uiteindelijk meer personen bereikt. Ook helpt deze investering in het betrokken en gemotiveerd houden van personen/stakeholders die werven. Het werven voor en stimuleren van bewegen bij mensen zonder gezondheidsklachten (primaire preventie) is vaak lastig en vraagt om een andere communicatiestrategie dan het werven van mensen met verhoogde risico's op gezondheidsproblemen (secundaire of tertiaire preventie).

Passend beweegaanbod

Het beweegaanbod moet de einddoelgroep aanspreken zodat zij intrinsiek gemotiveerd worden om deel te nemen.

- Personen met een migratieachtergrond en personen met bepaalde geloofsovertuigingen zijn moeilijker te bereiken. Voor deze doelgroep moet een passend aanbod zijn, zoals een fitnessuur voor moslima's, of een uur zwemmen alleen voor vrouwen.
- De randvoorwaarden van de beweeginterventie moeten voor deelnemers aantrekkelijk zijn. Met name voor ouderen spelen bijkomende kosten vaak een rol in hun beslissing voor deelname, dus houd deze zo laag mogelijk.
- Ook afstand tot de beweeginterventie en mogelijkheden om op locatie te komen speelt een rol in het succes van het bereik.
- Sportscholen kunnen een leuk aanbod hebben, maar veel personen vanaf 45 jaar associëren een sportschool met jonge, strakke, fitte personen en voelen zich daar niet prettig bij. De locatie moet dus een veilige omgeving zijn voor de einddoelgroep die moet worden bereikt,

bijvoorbeeld op een voor de einddoelgroep bekende locatie. Een interventie in een thuis situatie kan daarom succesvol zijn, zo blijkt uit een voorbeeld van een expert (zie tekstkader). Uit de literatuur is echter bekend dat het volhouden van een thuis oefenprogramma vaak moeilijk is.

‘Wij zien dat de respons juist hoog is onder mensen met een lage socio-economische klasse en onder mensen met een hoog BMI, dat zijn juist hele kwetsbare groepen die moeilijk te bereiken zijn met andere interventies. Dat kan worden verklaard door de thuissetting, thuis is heel laagdrempelig. Het zijn oefeningen die mensen gewoon zelf thuis kunnen doen.’

3.5 Succesvolle strategieën

Om impact te genereren, is het belangrijk dat een beweeginterventie inactieve volwassenen en ouderen voldoende bereiken. Uit de verschillende bronnen (literatuur, deskresearch, ervaringen van de doelgroep en experts) komt duidelijk naar voren dat de wervingsstrategie afhankelijk is van de specifiek geselecteerde doelgroep. Verschillende doelgroepen dienen op verschillende manieren gestimuleerd te worden tot bewegen. Om een groot bereik te behalen, is continu aandacht voor werving van deelnemers en enthousiasme van de intermediairs essentieel. Een combinatie van wervingsmethoden is aan te bevelen omdat niet iedereen zich op dezelfde manier aangesproken voelt. Uit de resultaten van het onderzoek zijn de volgende succesvolle strategieën te benoemen voor het werven van deelnemers aan een beweeginterventie:

- Baken eerst de beoogde doelgroep af, zodat de wervingsstrategie daarop kan worden aangepast. Dit is maatwerk, want er is niet één altijd werkende strategie. Het in kaart brengen van bestaande kennis over de beoogde doelgroep en hun wensen en behoeften is hierbij van belang. Dit is het beste te doen door iemand die de doelgroep al kent. Vraag potentiële deelnemers wat ze leuk zouden vinden, wanneer en met wie.
- Of het zinvol is om een bepaalde interventie in een wijk voor een specifieke doelgroep aan te bieden, hangt af van de samenstelling van de wijk en concurrerend aanbod voor de beoogde doelgroep. Zorg dus dat beide bekend zijn, waarbij voor het eerste gebruikgemaakt kan worden van GGD-gegevens over bevolkingssamenstelling. Een teveel aan vergelijkbaar aanbod verkleint de kans op voldoende deelnemers per interventie.
- Vorm een netwerk met relevante partners om wensen en behoefte van de doelgroep te verzamelen voorafgaand aan de werving, of sluit bij een bestaand netwerk aan. Potentiële partners staan in tabel 2.2 in hoofdstuk 2. Een cruciale partner voor werving is een persoon of organisatie die al in contact staat met de einddoelgroep. Welke personen en organisaties verder betrokken kunnen worden hangt af van de interventie, doelgroep en de lokale context. Betrek vooral mensen die zelf gemotiveerd zijn om met de doelgroep aan de slag te gaan. Het vormen van een goed netwerk kost tijd, maar maakt de werving van deelnemers aan de beweeginterventie succesvoller. Ook voor de andere elementen, zoals adoptie en borging, is een netwerk belangrijk.
- Pas de communicatie richting de doelgroep aan, naar aanleiding van de afbakening van deze groep. Met de nodige informatie over de specifieke doelgroep waar de beweeginterventie op gericht is, dient een plan gemaakt worden om zoveel mogelijk personen te bereiken (Belza et al., 2007). Zorg dat eerst bekend is waar de specifieke doelgroep of het individu in positieve of negatieve zin gevoelig voor is; vooral een negatieve associatie lijkt sterk van invloed bij een besluit om deelname niet te overwegen. Dit gaat bijvoorbeeld over het nut (gezond, vitaal versus leuk en gezellig), maar

ook het aanspreken van de groep (oudere/senior versus volwassene). De boodschap dient de mensen te kunnen verleiden, eventueel gekoppeld aan bepaalde levensdoelen. Laat een persoon werven die enthousiast is en betrokken bij de beweeginterventie. Ook moet diegene een doorzetter zijn en geduld hebben, omdat het motiveren van mensen veel tijd en energie kost.

- Het is niet aan te geven welke wervingsmethodiek het meest succesvol is. Dit is wederom afhankelijk van de doelgroep die moet worden bereikt. Een persoonlijke brief, media-aandacht en aansluiten bij bestaande activiteiten worden veel genoemd. Betrek hierbij in ieder geval waar mogelijk de sociale omgeving en 'peers', om extra te motiveren. Ook lijkt mond-tot-mondreclame in de praktijk te werken. Bij kwetsbaardere groepen draagt intensieve werving aan de deur bij aan een hoge respons. Dit is een strategie die voor zover bekend niet wordt toegepast bij minder kwetsbare personen; de bijbehorende investeringen zijn erg hoog.
- Tot slot is het bij de werving van deelnemers nodig om zoveel mogelijk rekening te houden met verschillen in:
 - o Leeftijd
 - o Geslacht
 - o Taal en taalvaardigheden
 - o Aanwezigheid van aandoeningen en (ervaren) fysieke beperkingen
 - o Passie en motieven om juist wel te bewegen
 - o Culturele aspecten
 - o De beweeghistorie (ervaringen in eerdere levensfasen).

4. Adoptie

Adoptie gaat over de bereidheid van intermediairs om een beweginginterventie in de praktijk te brengen. In dit hoofdstuk wordt vanuit literatuur, deskresearch, gesprekken met de doelgroep en experts een overzicht gegeven van wat nodig is om ervoor te zorgen dat intermediairs bereid zijn een beweginginterventie te adopteren.

4.1 Literatuur

In de bereidheid tot adoptie zijn verschillende niveaus te onderscheiden: het niveau van de beweginginterventie, de intermediair en de organisatie. Hieronder worden de belangrijkste aspecten benoemd die uit de literatuur zijn gebleken.

Kenmerken van de beweginginterventie

- Het is belangrijk dat het doel van de beweginginterventie aansluit bij een gezondheidsprobleem die volwassenen en ouderen op dat moment ervaren en waar ook de intermediair mee te maken heeft of zal krijgen (Huijg et al., 2013). Dit verhoogt namelijk het nut voor een intermediair om een beweginginterventie in te zetten. Beweginginterventies met als doel het voorkomen van cognitieve achteruitgang zijn hierom waardevoller voor intermediairs vanuit de zorg dan intermediairs vanuit de sport.
- De beweginginterventie moet flexibel genoeg zijn om aan te sluiten bij de wensen van de deelnemers en de intermediair (Huijg et al., 2015; Hoogendoorn & de Hollander, 2016). Hierbij is wel voorzichtigheid geboden, want aanpassingen aan de beweginginterventie kunnen leiden tot een verminderde effectiviteit. Als een beweginginterventie waarbij drie keer in de week een bewegingactiviteit wordt aangeboden effectief is gebleken, kan de keuze om twee keer in de week een bewegingactiviteit uit te voeren ten koste gaan van de effectiviteit van de interventie.

Kenmerken van de intermediair

Ook kenmerken van de intermediair bepalen of een beweginginterventie wordt geadopteerd.

- Het is belangrijk dat de intermediair zelf intrinsiek gemotiveerd is en het nut inziet van de beweginginterventie. Een gemotiveerde en enthousiaste intermediair is bepalend voor het opzetten en slagen van een beweginginterventie (Belza et al., 2007; Greenhalgh et al., 2004; Huijg et al., 2015)
- Ten tweede moet de intermediair zelf overtuigd zijn dat hij/zij over de juiste kennis van de interventie beschikt, voldoende ervaring heeft met de beoogde doelgroep en passende vaardigheden heeft om de beweginginterventie uit te voeren, of in staat zijn dit eigen te maken (Belza et al., 2007; Greenhalgh et al., 2004; Huijg et al., 2015). Een gebrek hieraan blijkt uit de literatuur een belemmering te zijn in het adopteren van een beweginginterventie. Dit betekent dus dat een complexe interventie, waar veel specifieke kennis en vaardigheden voor nodig zijn, een belemmerende factor kan zijn voor de mate waarin de interventie wordt geadopteerd (Rogers, 2003).
- Het blijkt dat een intermediair een innovatie alleen adopteert als hij of zij het gevoel heeft dat deze inhoudelijk goed aansluit bij de behoefte van de doelgroep. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om inhoudelijke aspecten zoals de intensiteit, kosten en groepsgrootte (Fleuren et al., 2014).

- Tot slot hangt de bereidheid tot adoptie af van wat de investering oplevert voor de intermediair zelf, en de mate waarin de intermediair hulp krijgt bij planning, implementatie en uitvoering (Belza et al., 2007).

Kenmerken van de organisatie

Naast kenmerken van de beweeginterventie en de intermediair zijn ook enkele kenmerken van de organisatie van belang voor het adopteren van een interventie, zo blijkt uit de literatuur.

- Het blijkt essentieel dat een organisatie aan de intermediair voldoende tijd beschikbaar stelt om de beweeginterventie te kunnen uitvoeren (Huijg et al., 2013). Het gaat hierbij niet alleen om het uitvoeren van de beweeginterventie, maar ook de tijdsinvestering in de implementatie, het opbouwen en onderhouden van een netwerk en het blijven werven van deelnemers.
- De aanwezigheid van een 'leider', oftewel een aanjager en verantwoordelijke binnen de organisatie, kan een voorwaarde zijn van een intermediair om een innovatie, zoals een beweeginterventie, te adopteren (Fleuren et al., 2014). Indien iemand binnen een organisatie deze rol kan en wil vervullen, zal dit de kans op adoptie vergroten.
- Steun van landelijke overheid, lokale overheden en bijvoorbeeld zorgverzekeraars spelen mee in de overweging van een intermediair om een innovatie, zoals een beweeginterventie, uit te voeren (Fleuren et al., 2014). De financiën die nodig zijn voor het opzetten en uitvoeren van een beweeginterventie zijn hierin een zeer belangrijk punt en veelal één van de voorwaarden voor adoptie vanuit een intermediair (Belza et al., 2007).

4.2 Bestaande interventies

Uit de ervaringen van eigenaren met hun interventies komen duidelijk twee factoren naar voren die positief bijdragen aan de adoptie van een beweeginterventie. Dit betreft ten eerste het belang van het verwachte plezier dat (groeps)interventies zullen opleveren, zowel voor intermediairs als deelnemers. Ten tweede blijkt dat de mogelijkheid tot monitoring en evaluatie belangrijk is. Monitoring wordt onder andere ingezet om het startniveau van de deelnemers te bepalen en aan de hand daarvan de vooruitgang in de tijd aan te kunnen tonen. Gegevens moeten hierbij eenvoudig te registreren zijn; zware of dubbele administratieve lasten dienen vermeden te worden. Aansluitend daarop bevordert (regelmatige) procesevaluatie binnen een langer lopend programma ook de implementatie, zo blijkt uit de bestaande interventies. Uit de interviews met interventie-eigenaren blijkt echter niet duidelijk wat een procesevaluatie inhoudt. Informatie uit de deskresearch suggereert ook dat het gunstig is als een programma doorlopend is. Het uitwisselen van ervaringen en evaluaties helpen om de programma's te verbeteren. Uit de deskresearch en de interviews met interventie-eigenaren werden nog een paar andere factoren vaker genoemd die adoptie van de beweeginterventie bevorderen. Dat betreft de tevredenheid over landelijk programmamanagement als de interventie door verschillende intermediairs wordt aangeboden, goede protocollen en helderheid in de werkwijze met de interventie. De mate van begeleiding of ondersteuning vanuit de interventie-eigenaar is voor de intermediair ook een factor van belang. Om de doelgroep te betrekken, benoemen interventie-eigenaren tot slot dat het belangrijk is dat de kosten om aan de interventie deel te nemen laag moeten zijn.

4.3 Ervaring van de einddoelgroep

In de focusgroepen is niet gesproken over relevante aspecten voor de adoptie van een beweeginterventie door intermediairs, omdat is verondersteld dat de einddoelgroep hier onvoldoende zicht op heeft.

4.4 Ervaring van experts

Aan de experts is gevraagd welke belangrijke factoren zij zien in het kader van het adopteren van een beweginginterventie door intermediairs. Drie factoren komen hierbij naar voren.

Belang voor intermediair

Om ervoor te zorgen dat intermediairs een beweginginterventie succesvol adopteren, wordt door experts aangegeven dat het belangrijk is dat intermediairs zelf baat hebben bij de beweginginterventie. Hierdoor kan een beweginginterventie voor een intermediair prioriteit krijgen. De prioriteit van gemeenten met betrekking tot de maatschappelijke en economische waarde van sport verschilt, dus niet elke gemeente vindt het adopteren van beweginginterventies belangrijk. Voor een welzijnsorganisatie kan andere problematiek in de wijk voorrang krijgen op het belang van bewegen, waardoor zij geen belang hebben bij het adopteren van beweginginterventies. Het nut van een beweginginterventie voor een organisatie hoeft niet per definitie te zijn dat ze inzetten op het in beweging krijgen van mensen. Redenen voor adoptie kunnen ook zijn: het willen aanboren van een nieuwe doelgroep door een beweginginterventie of het willen samenwerken met verschillende partijen en dit vormgeven door samen een beweginginterventie aan te bieden. Ook een financiële prikkel zal helpen om professionals of organisaties te overtuigen om een beweginginterventie te adopteren, bijvoorbeeld vanuit een gemeente of overheid.

Motivatie

Voor adoptie speelt ook intrinsieke motivatie en ondernemerschap van de intermediair een belangrijke rol in de keuze om een beweginginterventie in te zetten. Het motiveren van intermediairs/organisaties om een beweginginterventie te adopteren, kan veel overtuigingskracht kosten. Experts geven aan dat met name bij preventieve interventies vragen bij intermediairs kunnen ontstaan, bijvoorbeeld: waarom ben ik de geschikte intermediair? Of: waarom zijn wij de geschikte organisatie om deze beweginginterventie te adopteren? Wanneer een beweginginterventie aantoonbaar effectief is, blijkt het makkelijker om intermediairs te laten inzien wat het nut is van de beweginginterventie en daarmee vragen weg te nemen.

Randvoorwaarden

Adoptie van een beweginginterventie hangt volgens experts tevens af van organisatorische zaken. Meestal is de reden voor potentiële intermediairs om niet met een beweginginterventie aan de slag te gaan dat hun organisatie al te veel of soortgelijk aanbod heeft, of dat er een te hoge werkdruk is. Ook hangt adoptie af van de mate waarin de beweginginterventie past binnen het reguliere werk van de intermediairs. De grootste afhankelijke factor is de financiering van de beweginginterventie. Experts geven aan dat het duidelijk moet zijn wat de financiële kosten en baten zijn voordat een intermediair een beweginginterventie adopteert. Dit weegt over het algemeen zelfs zwaarder dan gewetensvolle overwegingen, zoals het inzien dat bewegen belangrijk is.

4.5 Succesvolle strategieën

Om impact te genereren, is het essentieel dat een beweginginterventie door intermediairs wordt geadopteerd. Uit de verschillende gegevensbronnen blijken enkele factoren essentieel bij het adopteren van een beweginginterventie door intermediairs. Een succesvolle adoptie kan worden bereikt door ten minste in te zetten op de volgende strategieën.

- Het is van belang om een toegewijd persoon aan te stellen die zelf gemotiveerd is en over voldoende kennis en vaardigheden beschikt om de beweginginterventie uit te voeren. Zie dit als

voorwaarde om een beweeginterventie tot een succes te maken. Indien aan iemand wordt opgelegd om een beweeginterventie te adopteren, is de kans groter dat dit niet van de grond komt.

- Maak heldere protocollen en handleidingen waarmee inzicht wordt gegeven in de uitvoering van de beweeginterventie.
- Zorg ervoor dat de inhoud van de beweeginterventie aansluit bij de wensen en behoeften van de intermediair en van de doelgroep die bereikt moet worden.
- Overtuig intermediairs van het belang en de baten van het inzetten van bewegen om zorgproblemen te verminderen. Hierbij moet vaak worden herhaald dat het belangrijk is om met de veranderende zorg mee te gaan, dat beweeginterventies kunnen bijdragen aan het behapbaar houden van de zorgvraag in de toekomst. Dit besef kan bijdragen aan het bereid zijn tot adoptie.
- Zorg dat de uitvoerende organisatie voldoende tijd, ondersteuning en financiën vrijmaakt om de beweeginterventie te kunnen opzetten, uitvoeren en borgen.
- Benader organisaties of partners die op één of andere manier belang hebben bij het adopteren van een beweeginterventie voor een bepaalde doelgroep. Het belang kan meer zijn dan alleen het bewegen, bijvoorbeeld het aangaan van samenwerkingen. Hierbij is het cruciaal om aan te sluiten bij het beleid van de partner, zie tekstkader.

'Eerst hadden we als doelgroep het hele brede publiek van 50-plussers. We merkten dat potentiële partners daar eigenlijk niet zo geïnteresseerd in waren. Ze zijn toch met name op zoek naar het bereiken van een kwetsbare groep, zoals mensen die leven in eenzaamheid of ouderen die weinig bewegen. Dus toen we promootten voor het hele brede publiek van 50-plussers waren veel minder partners geïnteresseerd dan nu we ons richten op 65-plussers met een chronische aandoening. Ik denk dat een faalfactor is dat de doelgroep waar je interventie voor is, niet goed aansluit op de doelgroep of beleid van de partner.'

- Organiseer een bijeenkomst met alle samenwerkingspartners. In deze bijeenkomst is het belangrijk om alle partners eigenaar te maken van de interventie, zodat motivatie en initiatief worden gestimuleerd. Tegelijkertijd is het belangrijk dat er altijd een kartrekker is.
- Stuur aan op het monitoren en evalueren van de interventie waardoor resultaten zichtbaar worden en de uitvoering geoptimaliseerd kan worden. Door het delen van successen worden mensen geënthousiasmeerd en dit zorgt voor een tevreden gevoel bij de intermediairs en de einddoelgroep.

5. Implementatie

Implementatie is de mate waarin een beweginginterventie wordt toegepast zoals bedoeld. Dit betekent dat de interventie wel aangepast kan worden om het programma op maat aan te kunnen bieden, maar dat het hierbij belangrijk is dat de werkzame elementen van de interventie behouden blijven. In dit hoofdstuk worden vanuit literatuur, deskresearch, focusgroepen en expertsinterviews factoren beschreven die bepalen of de interventie zoals bedoeld wordt toegepast.

5.1 Literatuur

In de literatuur worden verschillende aspecten benoemd die ervoor zorgen dat de beweginginterventie in de praktijk wordt geïmplementeerd zoals bedoeld. Fleuren et al. (2014) deden onderzoek naar determinanten die in algemene zin de implementatie van innovaties voorspellen. Ze ontwikkelden een generiek instrument, genaamd 'Meetinstrument Determinanten van Innovaties (MIDI)' met 29 determinanten die de implementatie van innovaties voorspellen (zie bijlage 10). Determinanten in het MIDI zijn onderverdeeld naar de kenmerken van de interventie, de intermediair, de organisatie waarin de intermediair werkt en de sociaal-politieke omgeving (bijvoorbeeld de gemeente). De in de literatuur meest genoemde determinanten die relevant zijn voor een succesvolle implementatie worden hieronder benoemd.

Kenmerken van de interventie

Volgens de literatuur worden beweginginterventies over het algemeen succesvol geïmplementeerd op het moment dat:

- de beweginginterventie aantoonbaar positieve effecten heeft (Rogers, 2003). Wanneer uitkomsten zichtbaar zijn voor de intermediair en potentiële deelnemers, geeft dit motivatie en nut om door te gaan met de implementatie en uitvoering;
- de beweginginterventie laagdrempelig genoeg is voor de doelgroep, hoewel ook hier geldt dat werkzame elementen van de interventie behouden moeten blijven. Een veelgenoemde belemmering voor 50-plussers om te bewegen is het ondervinden van lichamelijke problemen, met name vanaf 65 jaar (Preller, 2015a). Voor hen is het belangrijk dat voor deelname geen lichamelijke conditie of grote motivatie vereist is, dus een laag instapniveau is gewenst. Laagdrempelig betekent ook dat de beweginginterventie bestaat uit eenvoudige, gezellige, goedkope activiteiten dicht bij huis waarbij voor ouderen het sociale aspect voorop staat (Hoogendoorn & de Hollander, 2016). De beweginginterventie sluit hiermee aan bij de leefstijl en mate van gezondheid van de einddoelgroep (Borelli, 2011), waardoor zij het gevoel krijgen dat ze de beweginginterventie aankunnen;
- de beweginginterventie aansluit bij de wensen van de deelnemers en de intermediairs (Huijg et al., 2015; Hoogendoorn & de Hollander, 2016), zonder dat dit ten koste gaat van de werkzame elementen van de interventie. Dit verhoogt de kans dat deelnemers en intermediairs aan de beweginginterventie blijven meedoen. Groepsgrootte, frequentie en duur van de beweginginterventie, samenstelling van de groep, de gemiddelde leeftijd en kosten voor deelname aan de interventie spelen daarin mee. Het is daarom aan te raden de wensen van deelnemers op deze aspecten te inventariseren. Zo blijkt uit een review dat een combinatie van kleine groepsgrootte, korte sessies, een hoge proportie vrouwelijke deelnemers en een lage gemiddelde leeftijd voor een hoge mate van blijvende deelname zorgt in de doelgroep thuiswonende personen vanaf 55 jaar (van der Deijl et al., 2014). In de literatuur wordt niet duidelijk gemaakt hoe groot de groep moet zijn of hoe kort de sessies moeten zijn;

- de deelnemers inspraak hebben in de inhoud van de beweeginterventie. Dit vergroot de betrokkenheid en het plezier van deelnemers (Huijg et al., 2013). Ook wanneer de interventie van start is gegaan, blijft inspraak van deelnemers belangrijk, op voorwaarde dat de werkzame elementen behouden blijven;
- rekening wordt gehouden met leeftijdsverschillen, geslacht, culturele achtergrond, normen en waarden van de einddoelgroep. Bij de oudere doelgroep is het bijvoorbeeld essentieel dat het sociale aspect goed naar voren komt. Beweeginterventies kunnen namelijk onbedoeld de ongelijkheid/verschillen in gezondheid en beweeggedrag vergroten, oftewel: de personen die het meeste baat hebben bij de beweeginterventie (bijvoorbeeld eenzame of inactieve personen) worden niet bereikt (Forberger et al., 2017);
- de werkwijze goed en volledig beschreven is, zodat intermediairs op dezelfde manier werken, en bovendien zoals bedoeld (Fleuren et al., 2014).

Kenmerken van de intermediair

In de literatuur komt een aantal aspecten met betrekking tot de intermediair naar voren die bijdragen aan een succesvolle implementatie van de beweeginterventie. Om een beweeginterventie succesvol te implementeren, dient:

- de intermediair toegewijd en goed gekwalificeerd te zijn. De beweeginterventie moet tevens aansluiten bij de taken binnen de functie en vaardigheden van de intermediairs, want uiteindelijk ligt veel van het succes van een beweeginterventie in hun handen. Investeren in het werven van de juiste intermediairs, en in training van de intermediairs, is van belang voor succesvolle implementatie (Belza et al., 2007; Huijg et al., 2013; Fleuren et al., 2014).
- de betrokkenheid van de intermediair groot te blijven.

Kenmerken van de organisatie

Ook kenmerken van de organisatie waarbinnen de beweeginterventie wordt uitgevoerd, zijn essentieel bij het implementeren van interventies. In de literatuur worden de volgende aspecten benoemd.

- Het opnemen van de beweeginterventie in het beleid van de organisatie is nodig om ervoor te zorgen dat het een onderdeel van de taken van het personeel wordt. Op deze manier blijft de beweeginterventie onder de aandacht (Belza et al., 2007).
- Er moet voldoende personeel voor de uitvoering van de beweeginterventie zijn, zodat de beweeginterventie altijd kan doorgaan, ook als intermediairs eventueel uitvallen (Belza et al., 2007; Huijg et al., 2013).
- Er moet voldoende tijd worden vrijgemaakt en voldoende ruimte en materialen beschikbaar zijn voor de uitvoering van de beweeginterventie. Voor een succesvolle implementatie dienen er garanties te zijn in het altijd door kunnen laten gaan van de beweeginterventies (Belza et al., 2007).
- Financiering voor het uitvoeren van een beweeginterventie is veelal een kritiek punt voor de implementatie. Het beschikken over voldoende financiering speelt al een rol vanaf het idee om een beweeginterventie te implementeren, tot het kunnen borgen van een beweeginterventie.
- Een sleutelpersoon binnen de organisatie, een verantwoordelijke coördinator, is essentieel voor een succesvolle implementatie (Forberger et al., 2017). Op deze manier blijft de beweeginterventie onder de aandacht en worden de vorderingen in de gaten gehouden.
- Net als bij bereik, speelt bij een succesvolle implementatie het creëren van een breed netwerk met stakeholders ook een belangrijke rol.

5.2 Bestaande interventies

Uit de beschrijvingen van bestaande interventies, en interviews met interventie-eigenaren en -uitvoerders, zijn de aspecten gehaald die bepalen of een implementatie succesvol is.

Deelnemers

- Plezier bij deelname aan (groeps)interventies;
- Geen of een klein niveauverschil binnen een groep van deelnemers;
- Een goede aansluiting van de inhoud van de beweeginterventie bij het (beweeg)niveau van de deelnemers;
- Goede aansluiting van de beweeginterventie bij wensen van deelnemers. Een voorbeeld is het aangaan van een 'lidmaatschap', een strippenkaart die de mogelijkheid biedt alleen te betalen voor bijgewoonde sessies;
- Meten van voortgang in beweeggedrag en gezondheidsindicatoren, zodat de effecten van de interventie concreet en zichtbaar zijn.

Organisatie en intermediair

- Complexiteit van interventies. De kans op succesvolle implementatie is minder groot wanneer een interventie bestaat uit meerdere componenten (bijvoorbeeld het stimuleren van bewegen en tegengaan van eenzaamheid binnen één interventie).
- Het niveau van de docent ten aanzien van kennis over bewegen, als ook het goed kunnen omgaan met de deelnemers.
- Ondersteuning van de doelstellingen van een beweeginterventie in gemeentelijk beleid werkt positief voor een succesvolle implementatie. Ondersteuning zorgt bijvoorbeeld voor meer aandacht voor de interventie en voor betere randvoorwaarden, waar onder financiële ondersteuning, om een interventie uit te voeren.

5.3 Ervaring van de einddoelgroep

Binnen de focusgroepgesprekken is nagegaan welke factoren bepalen of een interventie succesvol geïmplementeerd wordt of niet. Hierbij is aan de volwassenen (45-65 jaar) en ouderen (65+ jaar) vooral gevraagd naar de gewenste inhoud van beweegactiviteiten, aangevuld met onderwerpen als duur en frequentie van de interventie en begeleiding en samenstelling van de groep.

Inhoud

- Er zijn wisselende ideeën over de inhoud van een (beweeg)programma. De inhoud hangt erg af van de persoonlijke situatie en voorkeuren.
- Een deel van de respondenten doet op dit moment mee aan (structurele) beweegactiviteiten met een mix van (spel)activiteiten, en met aandacht voor balans, coördinatie, en spierversterkende oefeningen. Zij zijn erg enthousiast over de inhoud en vinden dit de ideale inhoud van een beweeginterventie.
- De volwassenen benoemen dat zij vooral activiteiten als fietsen en wandelen zouden willen doen. Ze zijn geen voorstander van wisselende activiteiten en balspelen. Meerdere volwassenen associëren beweeginterventies met een verplichting, terwijl hen dat juist niet aanspreekt. Wanneer bij deze groep deelname in de (iets verdere) toekomst ter sprake komt, wordt hun houding ten aanzien van groepsactiviteiten positiever. Voor hen zou deelname aan een groepsactiviteit aantrekkelijker worden indien ze gezondheidsproblemen krijgen, wanneer eenzaamheid een rol gaat spelen, de partner wegvalt of na pensionering.

- De intensiteit van de activiteit moet passend zijn bij de mogelijkheden van elk individu. Dit wordt belangrijk gevonden door iedereen.
- Verschillende mensen geven aan dat het stimuleert als ze door de interventie positieve effecten ervaren op hun fysieke mogelijkheden.

Frequentie en duur

- Een grote meerderheid van de deelnemers aan de focusgroepen vindt een frequentie van eenmaal per week en de duur van een uur prima. Sommigen willen de mogelijkheid hebben om een tweede keer te bewegen. Voor de ouderen is een uur bewegen wel het maximum. De volwassenen geven aan de duur te laten hangen van de activiteit. Wandelen en fietsen in het weekend duurt namelijk al snel meer dan een uur. Is een activiteit 's avonds na werk, dan is een uur meer dan genoeg.

Begeleiding

- De ouderen noemen in eerste instantie het belang van een fysiotherapeut als begeleider, maar uiteindelijk zijn de meesten het eens dat een andere deskundige begeleider ook tot de opties behoort. Hierbij noemen zij wel dat het begeleiden van mensen met bepaalde aandoeningen wel specifiek om een fysiotherapeut vraagt. De volwassenen geven aan geen deskundige begeleider nodig te hebben.
- Voor alle deelnemers is de persoonlijkheid van de (eventuele) begeleider belangrijk. De begeleider moet kunnen enthousiasmeren. Ook de kenmerken geduldig zijn, oog hebben voor het individu, en humoristisch zijn vinden alle deelnemers belangrijk.

Andere factoren

- Gezelligheid en thuis voelen in een groep wordt in alle focusgroepgesprekken als een belangrijke voorwaarde genoemd voor het succesvol zijn van een interventie. De ouderen vinden gezamenlijk een kopje koffie drinken belangrijk, terwijl de jongere respondenten aangeven daar geen tijd voor te hebben. Zij geven aan dat gezelligheid ook tijdens het bewegen kan.
- De meeste deelnemers geven de voorkeur aan buiten bewegen. Ouderen hechten belang aan het fysiotherapiecentrum als locatie, of tenminste een locatie die goed bereikbaar is.
- De wensen ten aanzien van de groepsgrootte variëren in de verschillende groepsgesprekken. De ene groep ouderen heeft voorkeur voor een kleine groep, de andere groep ouderen benoemen een maximum van twintig deelnemers. Voor de volwassenen maakt de groepsgrootte niet uit.
- Uit de focusgroepgesprekken blijken de kosten van de interventie voor sommigen wel, en voor sommigen niet belangrijk te zijn.

5.4 Ervaring van experts

In interviews met de experts is ook navraag gedaan naar aspecten die een implementatie succesvol maken. De aspecten die door de experts worden benoemd, kunnen worden ingedeeld in kenmerken van de interventie, intermediair en organisatie.

Kenmerken van de interventie

Experts geven aan dat al bij het ontwikkelen van een beweeginterventie over implementatie dient te worden nagedacht. Veel interventies worden in een soort onderzoeksetting ontwikkeld, maar de beweeginterventie moet in het dagelijks leven van de doelgroep toepasbaar zijn en passen bij wensen

en behoeften van de deelnemers (zie tekstkader), en dat van de intermediairs. Vooral bij preventieve en selectieve preventie moet hier goed over worden nagedacht, omdat mensen zonder klachten of mensen met een verhoogd risico veelal moeilijker te bereiken zijn dan mensen die al klachten of een aandoening hebben (zie ook hoofdstuk bereik).

'Een organisatie had een bewegingsapparaat neergezet, maar er was eigenlijk nooit een gesprek geweest met een beoogde doelgroep. Dat ding werd dus ook niet gebruikt. Eerst dacht de organisatie: het staat vast op de verkeerde plek, dus toen is het verplaatst. Maar er werd nog steeds geen gebruik van gemaakt. In een interview met de organisatie bleek toen dat het heel nauw komt met hoe je zo'n ding neerzet, maar naar behoeften wordt eigenlijk helemaal niet gekeken. Daar was geen rekening mee gehouden.'

Om een interventie te ontwikkelen die past bij de wensen en behoeften van de doelgroep en bij hun dagelijks leven, is het van belang om de doelgroep zelf te betrekken, al vanaf de ontwikkeling van de beweginginterventie. Hieronder staan de belangrijkste aspecten die door experts worden benoemd om de kans op succesvolle implementatie te beïnvloeden.

- De interventie moet niet te ingewikkeld zijn voor zowel de intermediair als de einddoelgroep.
- Er zijn eenvoudige en begrijpelijke protocollen nodig die ingaan op hoe de interventie moet worden uitgevoerd. Veelal geven protocollen het 'wat' van een beweginginterventie weer, maar niet het 'hoe'.
- Voor het slagen van een beweginginterventie is het belangrijk dat de interventie aansluit bij wat al in de buurt gebeurt rondom sport- en bewegingsactiviteiten (zie ook bereik).
- De interventie moet voor de einddoelgroep haalbaar, bereikbaar en aantrekkelijk zijn.
- Een veilige omgeving is belangrijk voor de einddoelgroep. Het niveau moet bijvoorbeeld niet te hoog of te laag zijn en de intermediair moet betrouwbaar zijn.
- Deelname aan de interventie moet niet te duur zijn. Een kleine bijdrage kan juist wel goed zijn, dit werkt als een stok achter de deur om te gaan. Als personen al betaald hebben, is de kans groter dat ze gaan. Ook geeft een kleine bijdrage een gevoel van verplichting en binding.

Kenmerken intermediair

Experts geven aan dat het afhankelijk is van de doelgroep welke intermediair de beweginginterventie dient te begeleiden. Wanneer de doelgroep geen chronische aandoening heeft en nog geen beperkingen, kan de beweginginterventie geleid worden door een intermediair zonder zorgachtergrond. Er is namelijk geen zorg nodig en bovendien zijn kosten voor begeleiding daardoor vaak lager. Bij een beweginginterventie voor mensen met een chronische aandoening of cognitieve beperking dient volgens de experts vaak wel een zorgprofessional ingezet te worden om het goed te laten slagen, bijvoorbeeld een fysiotherapeut wanneer de doelgroep moeite heeft met bewegen.

Daarnaast wordt door experts een aantal andere aspecten voor succesvolle implementatie genoemd, die ook in de literatuur terugkomen:

- Betrokkenheid van een intermediair bij de beweginginterventie
- Voldoende kennis en vaardigheden van een intermediair
- Enthousiasme en motivatie van een intermediair (zie tekstkader).

‘Wat je misschien niet helemaal kunt vormen, maar ook heel vaak werkt: een enthousiaste instructeur. We hebben wel eens gekeken: wat maakt dat een beweegprogramma in de ene setting wel succesvol is en in de andere niet? En dan hoor je gewoon dat de oudere mensen het deden voor degene die de instructie gaf. ‘Dat was zo’n lief mens’, daar deden ze het voor.’

Aanvullend wordt door experts genoemd dat volwassenen en ouderen zich moeten kunnen identificeren met de intermediair en dat de intermediair moet passen bij de einddoelgroep. Dit hoeft niet te betekenen dat de intermediair dezelfde kenmerken heeft als de deelnemers, maar wel dat de intermediair kennis heeft van de einddoelgroep en daarop inspeelt.

Kenmerken organisatie

Een expert vertelt dat ze vaak meemaakt dat er veel wordt gepraat en overlegd nadat een organisatie besluit een beweeginterventie in te zetten, maar dat de beweeginterventie daardoor uiteindelijk niet eens van de grond komt. Randvoorwaarden (zoals afspraken met zorgverzekeraar, over financiering en over mogelijkheden voor vervoer) moeten vooraf duidelijk zijn. Eventueel kan de aanpak tijdens de uitvoering, op basis van evaluaties, ook nog worden bijgestuurd. De aanpak hoeft dus niet vooraf al vastgelegd te zijn. Financiering is een veelgenoemde belemmering in het hele traject van ontwikkeling tot borging van een beweeginterventie.

5.5 Succesvolle strategieën

Om impact te genereren, is het essentieel dat een beweeginterventie op de juiste wijze wordt geïmplementeerd. Uit de resultaten van het onderzoek blijken dit succesvolle strategieën om succesvolle implementatie te bevorderen.

- Zorg dat bekend is wat de wensen, behoeften en het niveau is van de doelgroep. Geef deelnemers waar ze willen en kunnen inspraak en ontwikkel de interventie in co-creatie met de doelgroep. Verschillende doelgroepen hebben verschillende behoeften, bijvoorbeeld dicht bij huis, gezelligheid als belangrijkste factor en dat de kosten zo laag mogelijk zijn. Hierbij is het wel van belang om de werkzame elementen van de beweeginterventie te behouden.
- Zorg dat mensen zich thuis voelen bij en plezier hebben in de interventie.
- Het is belangrijk dat de beweeginterventie laagdrempelig is, niet te complex is en past bij het niveau van de doelgroep. Op basis van de ervaringen van de experts worden door het toepassen van deze essentiële strategieën bij een interventie implementatie bevorderd.
 - o Het type activiteit hangt af van de wensen en behoefte van de doelgroep;
 - o Het beweegaanbod moet niet verplicht worden gesteld;
 - o De meest genoemde ideale frequentie is één keer per week, gedurende één uur;
 - o De beweegactiviteiten zouden buiten moeten worden uitgevoerd;
 - o Ouderen vinden een kleine groeps grootte prettig, volwassenen vinden grotere groepen ook goed;
 - o Het aanbod moet niet teveel geld kosten.
- Het werven van intrinsiek gemotiveerde intermediairs is belangrijk. Een toegewijde en goed gekwalificeerde intermediair is succesvoller. Ook dient de intermediair iemand te zijn waar de doelgroep zich mee kan identificeren. Zorg daarom voor een passende werving en de juiste training om vaardigheden van de intermediair te verbeteren en/of aan te leren. Binnen een training kunnen de intermediairs leren wat de kernelementen van de beweeginterventie zijn en welke richtlijnen zij moeten volgen.

- Wanneer de doelgroep ouder is en/of aandoeningen heeft, wordt geadviseerd de beweegactiviteiten te laten begeleiden door een gekwalificeerde zorgprofessional die goed geschoold is om de doelgroep (met eventuele beperkingen) te begeleiden. Dit zou een fysiotherapeut kunnen zijn. De volwassenen, die meestal nog weinig of geen aandoeningen hebben, kunnen ook door een sportprofessional worden begeleid of zonder begeleiding.
- Zorg voor een heldere handleiding waarin de uitvoering van de interventie duidelijk staat beschreven zodat intermediairs de interventie makkelijk en juist kunnen implementeren.
- Stuur aan op monitoring en evaluatie rondom de beweeginterventie zodat de voortgang en het proces in kaart kunnen worden gebracht. Resultaten geven inzicht in succes- en faalfactoren en positieve resultaten, waardoor de betrokkenheid van deelnemers, intermediairs en partners wordt vergroot. De evaluatie betreft bijvoorbeeld de mate waarin voldoende personeel beschikbaar is, het verloop van het deelnemersaantallen en de mate waarin kosten tegen de baten opwegen. Evaluatie kan worden gedaan met behulp van bijvoorbeeld registraties, (telefonische) gesprekken of vragenlijsten.
- Regel de juiste randvoorwaarden om implementatie succesvol te laten verlopen. Dat wil zeggen: zorg voor voldoende personeel (ook voor *back-up* bij uitval van een trainer), tijd en materiaal.
- Om voor voldoende en structurele financiering te zorgen, kunnen de volgende strategieën worden ingezet:
 - o Verzamel bewijs dat de beweeginterventie daadwerkelijk de effecten genereert die worden beloofd, want dat is veelal een belangrijke voorwaarde voor potentiële financiers;
 - o Bouw een band op met potentiële geldschieters en houd ze op de hoogte van de vorderingen binnen de beweeginterventie. Houd potentiële financiers ook op de hoogte wanneer ze niet direct instemmen met het geven van financiering. Misschien zullen ze dit in de toekomst wel doen, bijvoorbeeld wanneer een beweeginterventie bekendheid krijgt;
 - o Afhankelijk van de deelnemers geven experts aan dat zelforganisatie een oplossing kan zijn voor het probleem van financiering. De neiging is om alles voor de deelnemers te regelen, maar deelnemers kunnen ook veel zelf regelen. Dit kan de kosten verlagen. Een optie is om het organiseren van de activiteiten geleidelijk naar de deelnemers zelf over te dragen.
- Het kennen van onderliggende agenda's van potentiële financiers. Speel in op de redenen waarom financiers de boot af kunnen houden:
 - o Financiers geven aan dat er geen budget is voor preventie;
 - o Voor het geld dat er eventueel wel is, zijn meerdere bestemmingen mogelijk naast de beweeginterventie;
 - o Potentiële financiers willen dat een beweeginterventie bewezen effectief is.

Om toch financiering te krijgen, is een goede lobby en veel investering nodig. De beweeginterventie moet telkens weer op de agenda worden gezet. Een expert vertelt dat het drie jaar kan duren voordat de sponsoring van de grond kwam.
- Enkele experts stellen zelfs dat de enige mogelijkheid om daadwerkelijk impact te maken, is dat de landelijke overheid opstaat en (meer) geld steekt in het stimuleren van bewegen, door bijvoorbeeld het financieren van beweeginterventies. Zij roepen op om de handen ineen te slaan en samen bij de landelijke overheid te lobbyen.

6. Borging

Borging gaat over de mate waarin een beweeginterventie voor de organisatie, intermediair en de einddoelgroep deel wordt van een routine. In dit hoofdstuk wordt beschreven wat nodig is om een beweeginterventie in de praktijk duurzaam te kunnen uitvoeren. Succesvolle borging wordt ook bepaald door elementen die bereik, adoptie en implementatie succesvol maken.

6.1 Literatuur

Het succes van een beweeginterventie vergroot de kans op borging (Huijg et al., 2013). Succes creëert meer bekendheid, blijvende toestroom van deelnemers en motivatie bij intermediairs en deelnemers. Naast mate van succes spelen meer aspecten een rol in het borgen van een beweeginterventie, zo blijkt uit de literatuur. Deze aspecten worden uitgesplitst naar borging van de interventie en borging van het beweeggedrag op individueel niveau.

Borging van de interventie

- De mate waarin de beweeginterventie is aangepast aan de specifieke behoeften van de deelnemers en de intermediairs bevordert de mate van borging. (Belza et al., 2007; Huijg et al., 2013). Wanneer de interventie aansluit bij de wensen van beide groepen en de ervaringen van beiden positief zijn, is de kans dat deelnemers blijven deelnemen en de kans op borging groter.
- Wanneer deelnemers en intermediairs vanaf het begin duidelijkheid hebben over wat de beweeginterventie wel en niet inhoudt, is de kans op borging groter (Belza et al., 2007).
- Competente intermediairs die deelnemers goed kunnen begeleiden zijn cruciaal voor de borging van een beweeginterventie (Herens et al., 2015). Het blijven uitvoeren en kunnen blijven inspireren van de deelnemers is belangrijk.
- Continu monitoren is belangrijk om de ontwikkelingen van de beweeginterventie te volgen. Hierdoor kan op tijd worden bijgestuurd als aanpassingen nodig blijken, bijvoorbeeld het extra inzetten op het werven van deelnemers wanneer de deelnemersaantallen teruglopen.
- Financiële middelen blijven nodig, juist ook om een beweeginterventie te kunnen borgen (Huijg et al., 2013).

Borging beweeggedrag van de deelnemers

- In de literatuur wordt zes maanden veelal als minimaal gezien voor duurzame gedragsverandering. Het is aan te raden om de interventie minimaal een half jaar in te zetten om borging van beweeggedrag, dat het bewegen routine wordt, op individueel niveau te verkrijgen (Herens et al., 2015).
- Uit onderzoek onder oudere volwassenen (vanaf 50 jaar) blijkt dat een aantal kenmerken van deelnemers een grotere kans geeft op duurzaam bewegen: vrouw, jonger (< 50 jaar), getrouwd zijn, betaald werk doen, niet-roker, positieve houding ten aanzien van bewegen en hoge zelfredzaamheid bij de start van de beweeginterventie (Stiggelbout et al., 2006).

6.2 Bestaande interventies

Borging van de interventie

Om te zorgen dat de interventie landelijk beschikbaar blijft en lokaal duurzaam kan worden uitgevoerd, komen vanuit bestaande interventies zes belangrijke factoren naar voren.

- Interventie-eigenaren benoemen dat financieringsaspecten in hoge mate de kansen op een duurzame uitvoering bepalen. Hoewel details verschillen, blijkt uit de meeste opmerkingen dat continuering van financiering niet zeker is, en financieringsbronnen kunnen wijzigen.
- Een bestaand netwerk van gecertificeerde intermediairs werkt positief, waarbij (bij)scholing en kwaliteit geborgd zijn, aldus de interventie-eigenaren.
- Het is belangrijk om meerdere partners te betrekken die de implementatie en landelijke verspreiding ondersteunen. Dit is nodig zodat niet telkens opnieuw uitgebreid naar nieuwe partners gezocht hoeft te worden.
- Continuïteit in organisatie op landelijk/lokaal niveau: het werkt positief als er weinig veranderingen zijn in de wijze en organisaties/personen die bij de uitvoering betrokken zijn.
- Er moet continue aandacht zijn voor onder andere lokale werving van deelnemers en contacten met uitvoerders en opdrachtgevers. Ook na de eerste investeringen in het lokaal opstarten van een interventiegroep blijft aandacht voor werving nodig. Deelnemers vallen door ziekte of ouderdom uit, waardoor aanvulling nodig is om te voorkomen dat de interventie stopt. Ook geven interventie-eigenaren aan dat het onvoldoende is om ervan uit te gaan dat een eenmaal rijdende trein door blijft gaan, ook als geen nieuwe deelnemers worden geworven.
- Om borging te garanderen, is het volgens interventie-eigenaren belangrijk om op verschillende niveaus duidelijk te maken wat met de interventie wordt bereikt, onder andere op het niveau van bereik en tevredenheid van de deelnemers.

Borging beweggedrag van deelnemers

Borging van beweggedrag komt niet structureel aan de orde in de beschrijving van interventies, maar is in de telefonische interviews wel nagevraagd. Wanneer een programma continu wordt aangeboden, in tegenstelling tot meer tijdelijke interventies, dan draagt dit bij aan het behoud van het beweggedrag. Als intermediairs behoud van beweggedrag bij een tijdelijk programma belangrijk vinden, wordt door de interventie-eigenaren vaak doorverwezen naar ander geschikt aanbod, bij voorkeur via persoonlijke overdracht waarbij deelnemers geen belemmering ervaren door verandering in locatie of begeleiding. Uit de ervaringen van de interventie-eigenaren komt tot slot naar voren dat plezier en goede groepsbinding een langdurige deelname ondersteunen.

6.3 Ervaring van de einddoelgroep

Het thema borging is niet expliciet in de focusgroepgesprekken besproken. De respondenten die al in een bewegprogramma participeren, zijn enthousiast over elementen als inhoud, locatie, begeleiding en gezelligheid. Dat zijn aspecten waarvan verondersteld kan worden dat die aan de borging bijdragen. Eén van de respondenten geeft aan te zijn blijven bewegen omdat zij veel baat ervaart bij bewegen in relatie tot haar chronische aandoening. Dus succeservaringen zijn belangrijk voor de mate van borging van het beweggedrag bij individuen.

6.4 Ervaring van experts

Ook bij de experts is nagevraagd welke factoren essentieel zijn voor succesvolle borging van een beweginterventie. Hieronder worden de belangrijkste factoren benoemd.

Borging van de interventie

- Experts benoemen voor succesvolle borging het belang van voldoende en blijvende financiering. Onvoldoende financiering is een veelgenoemde reden voor het beëindigen van een

beweeginterventie. Financiering is veelal tijdelijk en daarna is verdere uitvoering van een beweeginterventie niet meer mogelijk. Een praktijkvoorbeeld dat door een expert wordt benoemd is een beweeginterventie die het eerste half jaar wordt gefinancierd door gemeente en zorgverzekeraar. Na een half jaar is het mogelijk deel te nemen aan een vervolgprogramma, maar deelname hieraan wordt niet gedekt door de zorgverzekeraar en daardoor stoppen deelnemers. Ook de intermediairs moeten het vervolgprogramma onbetaald doen. Dit bemoeilijkt de borging.

- Experts geven aan dat een breed netwerk nodig is om te zorgen voor borging van de interventie. Uiteindelijk is het belangrijk dat de intermediairs gemotiveerd blijven en het leuk vinden om de beweeginterventie uit te voeren. Daarom is een levendig netwerk waarin intermediairs elkaar motiveren, elkaar op de hoogte houden en elkaar herinneren waarom de beweeginterventie er is belangrijk. Hierdoor blijft het gevoel van verantwoordelijkheid hoog.
- Net als de interventie-eigenaren geven experts aan dat het belangrijk is om voor de interventie doorlopend deelnemers te werven. Uit de expertmeeting kwam naar voren dat het tevens waardevol kan zijn om sportverenigingen te betrekken bij het organiseren van sportaanbod voor ouderen zodat zij duurzaam kunnen bewegen. Gemeenten kunnen via hun sportbeleid verenigingen die daartoe in staat zijn meer ondersteuning geven.

Borging beweggedrag van deelnemers

- Intrinsieke motivatie bij de einddoelgroep. Het blijven bewegen is uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de deelnemers zelf, maar kan wel worden beïnvloed door deelnemers inspraak te geven.

6.5 Succesvolle strategieën

Een deel van de strategieën die belangrijk zijn bij de andere elementen zoals bereik, adoptie en implementatie zijn tevens belangrijk bij borging van de interventie en borging van het beweggedrag van deelnemers. Een interventie die voldoende mensen weet te trekken, aanslaat bij de wensen en behoefte van de deelnemers en intermediairs, heeft een grotere kans op voortzetting. Hieronder worden de belangrijkste strategieën benoemd die uit het onderzoek naar voren kwamen om beweeginterventies succesvol te borgen.

Borging op het niveau van de interventie

- De eerste voorwaarde voor borging van de interventie is voldoende en blijvende financiering voor de uitvoering. Voor veel mensen die onvoldoende bewegen zijn de werkelijke kosten voor interventies te hoog om volledig zelf te betalen, of zij ervaren de kosten als te hoog. Bij veel interventies wordt daarom om structurele subsidie gevraagd. Dat vergt al vóór implementatie een goede analyse en goede afspraken, en blijvende afstemming tussentijds. Maak dus afspraken over benodigde beloning voor de intermediair en bijdrage van de deelnemers. Zorg dat helder is welke financiering van welke organisaties (vrijwel zeker) structureel is, en wat deze organisaties aan verantwoording vragen om te blijven financieren.
- Verantwoording naar de financier en opdrachtgever vraagt om adequate monitoring op resultaten en evaluatie van processen, en een goede vorm van terugkoppeling hierover. Het is belangrijk om in een zo vroeg mogelijk stadium een plan uit te werken voor monitoring en evaluatie, en daarbij te streven naar methoden die met inzet van beperkte kosten zo goed mogelijk tegemoetkomen aan de vraag naar verantwoording. De borging kan ook gebaat zijn bij het regelmatig monitoren van

tevredenheid en inzichten van de deelnemers, maar ook van evaluatie van processen en samenwerking rond de interventie.

- Toewijzing van subsidies vraagt ook om goede regie: is er in de wijk geschikt aanbod voor iedereen, en worden subsidies doelmatig ingezet? Aangezien in veel situaties de gemeente direct of indirect bepalend is voor toewijzing van de subsidie, ligt het voor de hand die regie te laten voeren door de gemeente of de door hen aangewezen uitvoerende organisatie. Het is belangrijk om een goede afweging te maken bij de keuze voor (relatief hoge) startsubsidies voor nieuwe interventies, met kans op het niet kunnen continueren van de interventie na wegvallen van de subsidie, of verlengen van de subsidie voor bewezen succesvolle interventies.
- Ondersteuning vanuit lokaal beleid kan helpen bij borging, bijvoorbeeld door specifiek benoemen van doelgroepen in beleidsplannen en -uitvoeringsdocumenten.
- Een goed netwerk is van belang voor alle onderdelen van implementatie. Voor borging van de interventie is het belangrijk om te blijven investeren in het opgebouwde netwerk van (potentiële) financiers en organisaties rond de uitvoering. Succesvolle manieren om hiermee borging te bevorderen zijn het versturen van nieuwsbrieven naar alle partners in het netwerk over onder meer resultaten, het organiseren van bijeenkomsten waarin wordt geëvalueerd, maar waar ook ruimte is voor nieuwe ideeën en het benadrukken van succesverhalen (bijvoorbeeld een interview met een enthousiaste deelnemer).
- Het is ook nodig om te blijven investeren in competenties en motivatie van begeleiders, onder andere door voldoende mogelijkheden voor overleg met de organisatie en collega-begeleiders. In de praktijk blijkt het lastig te kunnen zijn om een goede vervanger te vinden voor een vertrekkende begeleider omdat de focus bij opleidingen, tenminste in het verleden, weinig bij deze doelgroepen lag.
- Continu investeren in het werven van nieuwe deelnemers is nodig. Dit geldt voor kortdurende interventies waarbij na afloop weer een nieuwe groep start. Bij doorlopende interventies kan sprake zijn van relatief grote uitval door gezondheidsproblemen en mantelzorgverplichtingen, dus ook hier is investering in werving blijvend nodig.
- Voor borging van de interventie is rond de implementatie en uitvoering een goede organisatie nodig. Als het voortbestaan van de interventie afhankelijk is van verdere landelijke verspreiding, dan is een goede landelijke structuur nodig om dat te kunnen realiseren.

Borging op het niveau van deelnemers na een tijdelijke interventie

- Speel in op de intrinsieke motivatie van deelnemers om te bewegen, of het bereiken daarvan. Elementen van motiverende gesprekstechnieken blijken hierbij goed bruikbaar (Rutten et al. 2014). Zorg tegelijkertijd dat bewegen routine wordt. Voor mensen die niet gewend zijn om voldoende te bewegen is het belangrijk om langdurig contact te hebben om toe te werken naar duurzame gedragsverandering. Minimaal een half jaar, maar vaak wordt een nog langere periode nodig geacht (Preller en Schaars, 2016).
- Het monitoren van effecten bij de deelnemers zelf stimuleert hen om te (blijven) bewegen. Dit kan zowel gaan om ervaren effect als objectief aantoonbare vooruitgang.
- Zorg dat er na afloop van een tijdelijk interventie geschikt vervolgaanbod is. Verandering van locatie, begeleider en/of groep blijkt voor deelnemers een reden te kunnen zijn om van deelname aan vervolgaanbod af te zien.
- De gemeente kan met sportbeleid sturen op het beter gebruik van het potentieel van sportverenigingen door verenigingen die de mogelijkheid hebben, meer in te laten zetten om de doelgroep meer te ondersteunen. Geselecteerde activiteiten bij sportverenigingen zijn voor een deel van de doelgroep na het afronden van een tijdelijke interventie geschikt.

7. Conclusie en aanbevelingen

Het doel van dit project is om vanuit een ‘*evidence en practice based*’ kader meer zicht te krijgen op strategieën om de impact van beweeginterventies - ter bevordering van cognitief functioneren en het verkleinen van het risico op hersenaandoeningen - in de praktijk te vergroten. Om antwoord te geven op de geformuleerde onderzoeksvragen zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt: een literatuurstudie, deskresearch van en interviews bij bestaande erkende relevante beweeginterventies, focusgroepgesprekken met de einddoelgroep, en interviews en een expertmeeting met experts.

De beoogde populatie bestaat uit thuiswonende (te) weinig actieve volwassenen (45-65 jaar) en ouderen (65-plus). Deze populatie heeft het meeste baat bij beweeginterventies gericht op het stimuleren van bewegen. Om na te gaan welke kenmerken (te) weinig actieve mensen hebben is een overzicht gemaakt op basis van een deskresearch. Vaak is bij deze populatie sprake van een combinatie van kenmerken zoals, meerdere chronische aandoeningen, obesitas, eenzaamheid, lage gezondheidsvaardigheden, en weinig ‘beweegkapitaal’. Personen met verschillende kenmerken hebben andere behoeften en wensen met betrekking tot bewegen. Het slagen van een beweeginterventie in de praktijk is vooral afhankelijk van de afstemming op deze wensen en behoeften. Essentieel hierbij is dus dat de doelgroep zo goed mogelijk wordt afgebakend en beschreven.

Verschillende organisaties en professionals kunnen een rol spelen bij het stimuleren van bewegen. Welke organisaties zich inzetten is afhankelijk van de inzet op primaire, secundaire of tertiaire preventie en afhankelijk van de doelgroep. Goed bereik op lokaal- of wijkniveau lijkt vooral te maken te hebben met gemeentelijk beleid, en sterk gemotiveerde organisaties en individuen. In het algemeen biedt de taakomschrijving rond de decentralisaties Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de preventieve gezondheidszorg veel handvatten om op lokaal niveau implementatie van beweeginterventies te ondersteunen.

Uitgaande van het RE-AIM-model kan impact alleen worden bewerkstelligd wanneer de interventie effectief is, de doelgroep wordt bereikt en de interventie goed wordt geadopteerd, geïmplementeerd en geborgd. In deze rapportage zijn op basis van literatuur, ervaring uit bestaande beweeginterventies, interviews met de (in)actieve volwassenen en ouderen en interviews met experts verschillende aspecten benoemd die daarbij belangrijk zijn.

Uit de literatuur blijkt (nog) geen evidentie voor het effect van bewegen op cognitieve prestaties, wel is een relatie tussen bewegen en cognitie aannemelijk (Gezondheidsraad, 2017). Voor het behoud van cognitie wordt, op basis van wetenschappelijke inzichten, gesuggereerd dat bewegen gericht op kracht en uithoudingsvermogen beide belangrijk zijn. Minder duidelijk is aan welke voorwaarden de frequentie en intensiteit van bewegen moeten voldoen. Essentieel is dus om meer zicht te krijgen op de effecten van beweeginterventies op cognitieve prestaties.

Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen laat deze rapportage zien dat de volgende strategieën bij bereik, adoptie, implementatie en borging van belang zijn voor het laten slagen van een beweeginterventie:

- Creëer een breed gedragen netwerk met gemotiveerde partners en een goede kartrekker. De samenstelling van partners in het netwerk is afhankelijk van het aanbod, de doelgroep en de lokale context. Partners die makkelijk toegang hebben tot de doelgroep, tot financiers of

lokale beleidsverantwoordelijken (of dat zijn) zijn daarbij noodzakelijk voor bereik en borging. Het is voor de samenwerking belangrijk elkaars onderliggende agenda's te kennen.

- Wensen, behoeften en mogelijkheden van de doelgroep die moet worden bereikt zullen goed bekend moeten zijn om daar bij bereik en implementatie op aan te kunnen sluiten.
- Goede protocollen en handleidingen over de aanpak van de beweeginterventie dienen beschikbaar te zijn, met name ten behoeve van optimale adoptie en implementatie.
- Adequate monitoring en evaluatie op processen en uitkomsten is nodig om vooral implementatie en borging te optimaliseren. Daarnaast kunnen resultaten relevant zijn voor verantwoording richting financiers (en beleid). Ook kunnen succesverhalen deelnemers zicht geven op vorderingen en daarmee deelname stimuleren.
- Het is essentieel dat voldoende tijd/financiën worden vrijgemaakt om ervoor te zorgen dat de doelgroep wordt bereikt en de adoptie, implementatie en borging slaagt.

Naast deze succesvolle strategieën die essentieel zijn in het kader van alle verschillende elementen van het REAIM-model blijken uit dit rapport nog enkele aanvullende strategieën belangrijk voor specifiek het bereiken, implementeren, adopteren en borgen van een beweeginterventie.

Bereik (onderzoeksvraag 1)

- De doelgroep dient goed gedefinieerd te zijn, want de wijze van bereik is sterk afhankelijk van de beoogde doelgroep, alsook de communicatie die daarbij wordt ingezet.
- Bij het werven van deelnemers is het belangrijk om voldoende rekening te houden met (gebrek aan) *self-efficacy*, om andere positieve effecten dan alleen gezondheid te benadrukken en om mensen te verleiden in plaats van te overtuigen om te participeren.

Adoptie (onderzoeksvraag 2)

- Ga binnen organisaties en partners op zoek naar een gezamenlijk belang om een interventie te adopteren voor de beoogde doelgroep.
- Stel een toegewijde intermediair aan die zelf gemotiveerd is en die over voldoende kennis en vaardigheden beschikt om de beweeginterventie uit te voeren. Daarnaast moet de interventie aansluiten bij de wensen en behoefte van de intermediair.
- De uitvoerende organisatie dient naast beschikbaar maken van tijd te zorgen voor voldoende ondersteuning en financiën om de beweeginterventie te kunnen opzetten en uitvoeren.

Implementatie (onderzoeksvraag 3)

- Zorg ervoor dat de beoogde doelgroep zich thuis voelt bij de deelnemers die meedoen aan de beweeginterventie en plezier haalt uit meedoen met de interventie. Plezier verhogen kan onder andere door deelnemers inspraak te geven in de vormgeving van het programma als zij dat belangrijk vinden.
- De beweeginterventie dient laagdrempelig te zijn qua kosten, bereikbaarheid en het inspanningsniveau. De interventie mag niet complexer zijn dan nodig en moet passen bij het niveau van de doelgroep. Daarnaast ervaren deelnemers een buitenactiviteit met een frequentie van één maal per week en met een duur van een uur als het meest prettig.
- De intermediair die de interventie uitvoert moet iemand zijn waar de doelgroep zich mee kan identificeren, die plezier heeft in de interventie en het begeleiden van de groep, die de juiste vaardigheden heeft en de interventie goed kan aanbieden.
- Wanneer de doelgroep (meerdere) fysieke of mentale beperkingen heeft, is het belangrijk dat de deelnemers voldoende vertrouwen hebben in het specifieke kennisniveau en de opleiding van intermediair die de interventie uitvoert. Dit kan een fysiotherapeut zijn. Hierbij is het aan

te bevelen om met deelnemers duidelijk te communiceren over de competenties van de intermediair.

- Om de implementatie succesvol te laten verlopen is het essentieel dat voldoende personeel (ook voor *back-up* bij uitval van een intermediair), tijd, materiaal en financiering wordt geïnvesteerd.

Borging (onderzoeksvraag 4)

- Zorg voor structurele financiering voor de uitvoering van beweeginterventies. Vrijwel alle interventies zijn afhankelijk van externe financiering. Een mogelijkheid om de kosten voor het uitvoeren van een interventie te verminderen is door een deel van de organisatie bij de deelnemers zelf neer te leggen.
- Investeer in competenties en motivatie van bestaande intermediairs die beweeginterventies uitvoeren om te zorgen voor continuering van het beweegaanbod.
- Investeer continu in de aanwas van nieuwe deelnemers.

Naast het borgen van een beweeginterventie in de praktijk is het ook belangrijk dat deelnemers duurzaam blijven bewegen en het veranderde beweeggedrag wordt behouden. In de rapportage worden belangrijke strategieën benoemd die kunnen bijdragen aan duurzaam bewegen van deelnemers, zoals

- voldoende langdurige begeleiding van deelnemers naar duurzaam bewegen door middel van bijvoorbeeld het toepassen van motiverende gesprekstechnieken.
- Organiseren van vervolgaanbod voor deelnemers die participeren in een tijdelijke beweeginterventie. Het vervolgaanbod kan bijvoorbeeld op de sportvereniging plaatsvinden.

Aanbevelingen

Veel organisaties kunnen een rol spelen bij het verbeteren van de implementatie van beweeginterventies. Belangrijk hierbij is dat de succesvolle strategieën voor het verbeteren van bereik, adoptie, implementatie en borging die in dit rapport staan beschreven hierbij worden meegenomen. In dit rapport komt duidelijk naar voren dat de wensen en behoeften van iedere persoon anders zijn waardoor het nodig is de strategie om mensen in beweging te krijgen te personaliseren.

De Hersenstichting zet met name in op kennisontwikkeling (innovatie) en kennisverspreiding (voorlichting). De aanbevelingen voor de Hersenstichting zullen daarom ook met name hierop gericht zijn.

Om impact te genereren is het als eerste essentieel om de effectiviteit van een beweeginterventie op cognitieve achteruitgang aan te tonen. Met name kennis van de frequentie, intensiteit en type activiteit die binnen een beweeginterventie moeten worden uitgevoerd om cognitieve achteruitgang te voorkomen is nodig. Wanneer een beweeginterventie niet effectief is zal dit niet leiden tot het genereren van impact bij de beoogde doelgroep. Het is ook aan te bevelen om meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van beweeginterventies op cognitie bij verschillende doelgroepen. Hierbij is het nodig om de praktische toepasbaarheid van de beweeginterventie te behouden. Tot slot is het aan te bevelen onderzoek te ondersteunen wat gericht is op de implementatie van specifieke beweeginterventies voor specifieke doelgroepen (kennisontwikkeling).

Om ervoor te zorgen dat een beweeginterventie impact heeft dient de aanpak te passen bij de wensen en behoeften van de doelgroep. Voor de Hersenstichting is het van belang om een aantal relevante doelgroepen te definiëren waarop de focus wordt gelegd (kennisontwikkeling). Geadviseerd wordt om te focussen op mensen die (te) weinig bewegen en een hoge bloeddruk, overgewicht, diabetes type 2

hebben. Daarnaast blijken mensen die sociaal niet actief zijn en werkloos zijn een grotere kans op dementie te hebben dan anderen, dus is het aan te bevelen om beweeginterventies hierop te richten?.

Om vervolgens de gekozen doelgroepen te bereiken en de passende beweeginterventie te implementeren moet onderzoek gedaan worden naar de belemmeringen, motivaties, wensen en behoefte van de specifieke gekozen doelgroepen (kennisontwikkeling).

Op landelijk niveau is het wenselijk bij landelijk opererende organisaties en belangenverenigingen het belang van bewegen op cognitie te agenderen. Tegelijkertijd kan hierbij de mogelijke rol van de verschillende partijen benoemd worden. Het bereiken (en doorverwijzen) van mensen vanuit ziekte- en zorggerelateerde organisaties landelijk nog (te) weinig benut. Het onder de aandacht brengen van het inzetten van bewegen voor mensen met een verhoogd risico op cognitieve achteruitgang bij eerstelijns organisaties is essentieel (kennisverspreiding).

Ten aanzien van het lokale beleid, is het belangrijk te agenderen dat alleen beweeginterventies moeten worden ingezet waarbij gewerkt wordt aan het duurzaam bewegen van mensen. Ook dient er meer zekerheid te komen voor uitvoerende organisaties en intermediairs over duurzame financieringsmogelijkheden van interventies (kennisverspreiding). Ondersteuning vanuit de Hersenstichting kan hierbij bestaan uit het (waar nodig ontwikkelen en) verspreiden van toepasbare kennis, tools en instrumenten om:

- werkzame elementen van beweeginterventies kenbaar te maken en advies te geven over keuzes voor erkende interventies die werken aan duurzaam beweeggedrag
- wijkgericht aanbod en behoeften voor alle beoogde doelgroepen op elkaar aan te kunnen laten sluiten. Hierbij moet beter ingezet worden op aansluiting bij preventieve activiteiten van (sociale) (wijk)teams.
- mogelijkheden voor duurzame financieringsconstructies te verbeteren, waarbij afspraken gemaakt worden tussen partijen over verdeling van kosten en eventuele baten
- wijkgerichte netwerkvorming te faciliteren. Dit kan bijvoorbeeld door inzicht te geven in potentiële partners en processen die leiden tot een netwerk dat implementatie van interventies ondersteunt.

Tot slot kan de Hersenstichting interventie-eigenaren en -uitvoerders ondersteunen bij de implementatie van beweeginterventies in de lokale setting. Zij zijn met name gebaat bij handvatten en goede voorbeelden om het bereik van deelnemers te verhogen en om de interventie te borgen (kennisverspreiding). De Hersenstichting kan hierbij op de volgende manieren ondersteunen:

- Naast ontwikkelen ook aggregeren van kennis over specifieke doelgroepen met hun motivaties, belemmeringen, wensen en behoeften.
- Toepasbaar maken van de wetenschappelijke onderbouwing van het belang van bewegen voor cognitie en het in kaart brengen van werkzame elementen van interventies.
- Monitoring en evaluatie op interventieniveau faciliteren om de kwaliteit van de interventie en de uitvoering te bevorderen en om te kunnen verantwoorden naar gemeenten en (andere) financiers.

Literatuurlijst

- Belza, B. and the PRC-HAN Physical Activity Conference Planning Workgroup (2007). Moving ahead. Strategies and tools to plan, conduct, and maintain effective community-based physical activity programs for older adults: a brief guide. Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, Georgia.
- Bielderman, A., Schout, G.H., Greef, M.H.G., de & Schans, C.P. van der (2015). Understanding how older adults living in deprived neighbourhoods address ageing issues. *British Journal of Community Nursing*, 20(8):394-399.
- Borelli, B. (2011). The assessment, monitoring, and enhancement of treatment fidelity in public health clinical trials. *Journal Public Health Dent*, 71(s1):S52-S63.
- Bukman, A.J. (2016). Targeting persons with low socioeconomic status of different ethnic origins with lifestyle interventions: opportunities and effectiveness. PhD thesis, Wageningen University, Wageningen.
- Deijl, M. van der, Etman, A., Kamphuis, C.B.M. & Lenthe, F.J. van. (2014). Participation levels of physical activity programs for community-dwelling older persons: a systematic review. *BMC Public Health*, 18;14;1301.
- Devereux-Fitzgerald, A., Powell, R., Dewhurst, A. & French, D.P. (2016). The acceptability of physical activity interventions to older adults: A systematic review and meta-synthesis. *Soc Sci Med*. 58:14-23.
- Dörenkamp, S., Mesters, I., Schepers, J., Vos, R., Akker, van den, M., Teijink, J., & de Bie, R. (2016). Disease Combinations Associated with Physical Activity Identified: The SMILE Cohort Study. *BioMed Research International*. doi: 10.1155/2016/9053578.
- Elling, A. (2010). Aanvullende rapportage Sportersmonitor 2008: Niet sporters: achtergronden en opvattingen. Den Bosch: W.J.H. Mulier Instituut.
- Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., Dommelen, P. van, Buuren, S. van, (2014). Measurement Instrument for Determinants of Innovations (MIDI). Leiden: TNO, 2014.
- Forberger, S., Bammann, K., Bauer, J., Boll, S., Bolte, G., Brand, T., Hein, A., Koppelin, F., Lippke, S., Meyer, J., Pischke, C.R., Voelcker-Rehage, C. & Zeeb, H. (2017). How to tackle key challenges in the promotion of physical activity among older adults (65+): the AEQUIPA Network Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 379.
- Friis, K., Vind, B.D., Simmons, R.K. & Maindal, H.T. (2016). The Relationship between Health Literacy and Health Behaviour in People with Diabetes: A Danish Population-Based Study. *J Diabetes Res*. 2016:7823130.
- Gezondheidsraad, 2017. Beweegrichtlijnen 2017. Nr 2017/08.
- Gibney S. & Doyle G. (2017). Self-rated health literacy is associated with exercise frequency among adults aged 50+ in Ireland. *Eur J Public Health*. doi: 10.1093/eurpub/ckx028. [Epub ahead of print].

Glasgow, R. E., Vogt, T., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 1322-1327.

Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., Kyriakidou, O., Macfarlane, F., & Peacock, R. (2004). How to spread good ideas - A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation. Report for the National Co-ordinating centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO), 1-426

Herens, M., Wagemakers, A., Besten, H. den & Bernaards, C. (2015). Welke factoren zijn van invloed op duurzaam beweeggedrag bij vrouwen van niet-westerse herkomst? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 93(3):93-101.

Hildebrandt, V.H., Bernaards, C.M., & Hofstetter, H. (2015). Trendrapport bewegen en gezondheid 2000/2014. Leiden: TNO.

Hoogendoorn, M.P. & Hollander, E.L. de (2016). Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen, RIVM Briefrapport. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op: <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=653b72b6-5cb9-4414-85f2-696c59cca0d7&type=pdf&disposition=inline>.

Huijg, J.M., Crone, M.R., Verheijden, M.W., Zouwe, N. van der, Middelkoop, B.J.C. & Gebhardt, W.A. (2013). Factors influencing the adoption, implementation, and continuation of physical activity interventions in primary health care: a Delphi study. *BMC Family Practice*, 14:142.

Huijg, J.M., Dusseldorp, E, Gebhardt, W.A., Verheijden, M.W., Zouwe, N. van der, Middelkoop, B.J.C., Duijzer, G. & Crone, M.R. (2015). Factors associated with physical therapists' implementation of physical activity interventions in the Netherlands. *Physical Therapy*, 4(95): 539-557.

Kenter, E., Crone, M., Gebhardt, W., Lottman, I., Rossum, M., van (2013). Wat beweegt u? Een kwalitatief onderzoek naar de invloed van levensgebeurtenissen tijdens de ouderdom op het beweeggedrag van senioren uit Alphen aan den Rijn en Oostgeest. Leiden, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland.

Piscaer, N. (2017). 'Sport': een (on)aantrekkelijk begrip? Masterthesis. Eindhoven: Fontys Hogeschool.

Preller, L. & Greef, M. de (2017). Beweegstimulering kwetsbare ouderen achterstandswijken: een nieuwe aanpak. Geraadpleegd op <https://www.allesoversport.nl/artikel/beweegstimulering-kwetsbare-ouderen-achterstandswijken-eeen-nieuwe-aanpak/>.

Preller, L. (2015a). Factsheet vijftigplussers, beweging en sport: SportersMonitor 2011. Nederlands Instituut voor Sport & Bewegen.

Preller, L. & Groothuis, M. (2015b). Wat beweegt mensen met een chronische aandoening?: een onderzoek naar stimulerende en belemmerende factoren om te bewegen bij mensen met een chronische aandoening. Ede: Kenniscentrum Sport.

Preller, L. (2015c). Factsheet sporten met een chronische aandoening. Ede: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen.

Preller, L., & Schaars, D. (2016). Generieke werkzame elementen van Gecombineerde leefstijlinterventies en duurzame uitvoerbaarheid. Ede: Kenniscentrum Sport.

Raaijmakers, L.G.M., Helmink, J.H.M., Hamers, F.J.M. & Kremers, S.P.J. (2012). Implementatie en continuering van de BeweegKuur: Monitorstudie onder zorgverleners, najaar 2011. Maastricht: Universiteit Maastricht.

Rogers, E.M. (2003). Diffusion of innovations. Fifth edition. Free Press.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2017. Mogelijk nieuwe beweegnormen in toekomst: Beweegrichtlijnen 2017. RIVM: Bilthoven.

Rutten, G.M., Meis, J.J., Hendriks, M.R., Hamers, F.J., Veenhof, C. & Kremers, S.P. (2014). The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary behaviour: results of a longitudinal study. *Int J Behav Butr Phys Act.* 16:11-86.

Scherder, E. (2014). Laat je hersenen niet zitten. Amsterdam: Athenaeum.

Stiggelbout, M., Hopman-Rock, M., Crone, M., Lechner, L. & Mechelen, W. van (2006). Predicting older adults' maintenance in exercise participation using an integrated social psychological model. *Health Education Research*, 21(1):1-14.

Vorst, A. van der, Zijlstra, G.A.R., Witte, de N., Duppen, D., Stuck, A.E., Kempen, G.I.J.M., D-SCOPE Consortium. (2016). Limitations in Activities of Daily Living in Community-Dwelling People Aged 75 and Over: A Systematic Literature Review of Risk and Protective Factors. *PLoS ONE* 11(10): e0165127. doi: 10.1371/journal.pone.0165127.

Bijlagen

Bijlage 1. REAIM-model (Glasgow et al., 1999)



Bijlage 2. Verantwoording methode

Om factoren te identificeren die zorgen voor een groot bereik en succesvolle adoptie, implementatie en borging van beweginginterventies is in deze rapportage is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden, te weten een literatuurverkenning, identificatie van factoren vanuit bestaande interventies, focusgroepen met actieve en inactieve volwassenen en ouderen, interviews met experts en een expertmeeting.

Literatuurverkenning

Om factoren te identificeren die zorgen voor een groot bereik en succesvolle adoptie, implementatie en borging van beweginginterventies, is een verkennende literatuurstudie uitgevoerd. Er is naar literatuur gezocht in de internationale wetenschappelijke database Pubmed en nationale kennisbanken (de kennisbank van het Mulier instituut en Kenniscentrum Sport, Implementatiekennis ZonMw). Daar waar relevant, zijn de literatuurlijsten doorlopen om relevante publicaties mee te nemen.

Aan de hand van het RE-AIM model zijn in de literatuur factoren beschreven die bereik, adoptie, implementatie en borging van een beweginginterventie beïnvloeden. Hierbij dient een aantal opmerkingen vooraf te worden gemaakt:

- Benoemde factoren behoren niet altijd bij enkel één element van het REAIM-model. Zo spelen bijvoorbeeld motivatie van alle betrokkenen, financiering en evaluatie in alle elementen van het RE-AIM model een rol. Enkele factoren komen dus in meerdere hoofdstukken terug.
- In de literatuur zijn veelal algemene factoren voor succesvolle implementatie te vinden, niet toegespitst op specifieke doelgroepen. De bevindingen uit de literatuur zijn in algemene termen beschreven en zijn als leidraad gebruikt voor het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek waarin de strategieën steeds concreter zijn gemaakt.

Deskresearch en ‘expert judgement’

De beoogde populatie voor deelname aan beweginginterventies zijn thuiswonende mensen die te weinig bewegen. Zij voldoen niet aan de tot medio 2017 gehanteerde Nederlandse Norm Gezond Bewegen van minimaal 5 dagen in de week, 30 minuten per dag matig intensief bewegen. Om na te gaan welke doelgroepen hierbinnen te onderscheiden zijn, die mogelijk vragen om verschillende implementatiestrategieën, is daarom in eerste instantie via deskresearch nagegaan welke kenmerken gerelateerd zijn aan (te) weinig bewegen bij thuiswonende volwassenen en ouderen. Essentieel voor het slagen van een beweginginterventie is het bekend zijn met de beperkingen van mensen die (te) weinig bewegen. Ook is een overzicht gemaakt van organisaties en professionals die een rol kunnen spelen bij het bevorderen van bewegen. Hiervoor zijn stakeholders (organisaties, professionals en andere mensen in de sociale omgeving) geïdentificeerd die potentieel essentieel zijn om deelname aan beweginginterventies te beïnvloeden. Het belangrijkste uitgangspunt hierbij was het bereiken van de doelgroep. De identificatie is gebeurd op basis van ‘expert judgement’ waarbij tijdens een interne bijeenkomst naast een auteur nog twee ouderenexperts van Kenniscentrum Sport waren betrokken. Twee van de experts van Kenniscentrum Sport hebben daarna via de stakeholders onafhankelijk van elkaar een semi-kwantitatieve inschatting gemaakt van het potentieel en huidig bereik van de doelgroep. Waar verschil van inzicht bestond is na overleg consensus bereikt. De informatie over doelgroepen en stakeholders wordt in een later stadium gebruikt om uitspraken te kunnen doen over het belang van verschillende implementatiestrategieën voor verschillende doelgroepen.

Ervaringen bestaande interventies

Informatie van [erkende beweeginterventies](#), die reeds in de praktijk worden uitgevoerd, is gebruikt om succes- en faalfactoren te identificeren die worden ervaren tijdens het implementeren van bestaande beweeginterventies². Van bestaande interventies is hiermee uitgebreide documentatie over de inhoud en de uitvoering van de beweeginterventie beschikbaar.

Uit de database zijn beweeginterventies geselecteerd die voldeden aan de volgende voorwaarden:

- Geschikt voor de doelgroep 45-plus en ouderen;
- Geschikt voor thuiswonende volwassenen/ouderen zonder specifieke mentale beperkingen en aandoeningen.

Interventies specifiek gericht op werknemers (vanwege selectief bereik via werkgevers), op valpreventie (te specifieke inhoud) en sportkennismaking (meestal te beperkt gericht op begeleiding bij intensiveren van bewegen) werden uitgesloten.

Op basis van bovenstaande voorwaarden zijn 42 beweeginterventies geïdentificeerd (bijlage 3). In de lijst van deze beweeginterventies zitten geen interventies die als doel hebben beschreven om cognitieve achteruitgang bij de doelgroep te verminderen. Daarom is door de onderzoekers vervolgens een selectie gemaakt van beweeginterventies waarbij het effect op cognitie het meest aannemelijk is. Hierbij werd rekening gehouden met de volgende criteria die naar de laatste wetenschappelijke inzichten relevant zijn bij het bevorderen van cognitie:

- Duur van minimaal 12 weken en minimale frequentie van eenmaal per week;
- Zowel aandacht voor (elementen van) duur- als krachttraining in de interventie, of zeer goed toe te voegen aan de interventie.

Daarnaast is aan interventies die erkend zijn op het niveau van 'effectief' of 'goed onderbouwd' een hogere prioriteit gegeven. Op basis hiervan zijn negen van de 42 interventies geselecteerd voor nadere beschouwing om relevante factoren en strategieën voor bereik, adoptie, implementatie en borging te identificeren. Voor verdere verdieping zijn tevens de interventie-eigenaar als een uitvoerder aan de hand van een topiclijst (bijlage 4) telefonisch over succes- en faalfactoren bevroegd (n=3). Van de interviews is op hoofdlijnen een verslag gemaakt en teruggekoppeld naar de geïnterviewde met het verzoek om correcties en eventuele aanvullingen te geven.

Focusgroepen met de einddoelgroep

Verschillende actieve en inactieve volwassenen en ouderen zijn benaderd om deel te nemen aan een focusgroepgesprek van vijf kwartier. Om diverse mensen te bereiken die naar verwachting een andere houding hebben ten aanzien van bewegen, zijn drie verschillende groepen benaderd:

- Een groep ouderen die meedoet aan een structurele wekelijkse beweegactiviteit;
- Een groep ouderen die recentelijk een (tijdelijke) valpreventie cursus met beweegactiviteiten heeft gedaan;
- Een groep volwassenen (45-65 jaar) die als vrienden bij elkaar komt en nooit aan een beweeginterventie heeft deelgenomen.

Overige kenmerken van de deelnemers staan in bijlage 5 beschreven.

² De interventies zijn erkend door een beoordelingscommissie, bestaande uit wetenschappers en mensen uit de praktijk en beleid, waarbij een [landelijke systematiek](#) wordt gehanteerd. Om in aanmerking te komen voor erkenning, dient de interventie op tenminste drie locaties uitgevoerd te zijn, dient een procesevaluatie beschikbaar te zijn en dient een uitgebreide beschrijving volgens een vast format van de interventie te worden aangeleverd. Beschrijvingen van interventies zijn gebruikt die in mei 2017 via internet beschikbaar waren.

Deelnemers zijn vooraf schriftelijk geïnformeerd en gaven tijdens de bijeenkomst mondeling toestemming voor opname van het gesprek en gebruik van de verzamelde gegevens. De doelgroepen werden met name bevraagd over voorkeur voor inhoud van een (potentieel) beweegprogramma en optimaal bereik. Bijlage 6 geeft inzicht in de leidraad voor de focusgroepgesprekken. Tijdens de gesprekken heeft een onderzoeker de informatie schriftelijk verwerkt, en later bij twijfel aangevuld op basis van de geluidsopnames. De uitgewerkte verslagen zijn toegevoegd in bijlage 7.

Interviews met experts en expertmeeting

In overleg met de Hersenstichting is een namenlijst opgesteld met experts vanuit onderzoek, beleid en praktijk op het terrein van beweegstimulering bij ouderen of implementatie. Negen experts zijn benaderd voor deelname aan een telefonisch interview. Vooraf is een interviewleidraad opgesteld (bijlage 9) om na te gaan wat volgens experts succesvolle strategieën zijn om de impact van beweeginterventies in de praktijk te vergroten. Van het interview is een verslag gemaakt en dit is aan de geïnterviewde teruggekoppeld. Resultaten zijn in het rapport anoniem verwerkt. Tot slot is een expertmeeting georganiseerd om met elkaar de resultaten te bespreken. Hierbij waren zeven experts aanwezig. In de expertmeeting is met experts ingegaan op de selectie van de meest relevante doelgroepen voor het stimuleren van bewegen, de lacunes in kennis bij stakeholders om beweeginterventies te implementeren en mogelijke oplossingen. Een overzicht van de experts die geïnterviewd zijn en bij de expertmeeting aanwezig waren, is opgenomen in bijlage 8. De opzet van de expertmeeting is tevens in bijlage 8 meegenomen.

Bijlage 3. Overzicht geselecteerde interventies voor deskresearch

50Plusport
Actief en fit Ouderen in Beweging op een Olga Commandeur Plein (beweegtuin)
Actief Plus*/**
Be-Interactive
Beweegcoach
Beweegkuur
Beweegpret 55+ aan zet
Beweegtuin voor ouderen
Bewegen als Warming-up voor re-integratie ('Bewegen Werkt')
Bewegen op recept bij de sport
Big Move GGZ
CIB
Coach2Move*
Coach-methode
De Gezondheidsroute*
Diabetes voorkómen
Elke stap telt*
Fit4Life (beweegtuin)
Fitcoach Leefstijlplan
Fitness 2.0
Fitness voor overgewicht en (pre)diabetes?
Functionele Training Ouderen (FTO)*
GALM
GoldenSports*/**
GoldenSports, samen buiten sporten in de buurt voor 55+
Health4U
Het Otago oefenprogramma*
Iedereen kan sporten
Kies je aangepaste sport
Klaar voor de start?!
Liever Bewegen dan Moe
Masters Trendweken
Meer Bewegen voor Ouderen*
Revalidatie, Sport en Bewegen
SCALA
Scoren met Gezondheid
SMALL
Sociaal Vitaal*/**
Sportclub als Buurthuis van de Toekomst
Sportdorp; Vitale kernen en buurten
Stap je gezond
Stapjefitter
Wandelfit

*Geselecteerd voor verdere verdieping ** Geselecteerd voor interview interventie-eigenaar/-uitvoerder

Bijlage 4. Topiclijst interviews interventie-eigenaren of uitvoerders

De duur van het gesprek was maximaal een uur. De vervolgvragen waren afhankelijk van de functie van de geïnterviewde: interventie-eigenaar of -uitvoerder. Niet alle vervolgvragen kwamen aan de orde.

Bereik

Starten met een open vraag:

- Wat zijn de belangrijkste succesfactoren met betrekking tot bereik van doelgroep?
- Wat zijn de belangrijkste 'faalfactoren' met betrekking tot bereik?

Vervolgvragen

- Wat is de exacte doelgroep? Waarom specifiek gekozen voor deze groep?
- Heeft de gemeente beleid op deze groep?
- Wat is de ambitie per locatie: de groep vol of de juiste mensen bereiken?
- Ben je tevreden over het bereik?
- Is er zicht op mensen die je van deze doelgroep niet bereikt? Zijn er eventuele verbeteringen?
- Zijn er aanpassingen mogelijk om mensen te bereiken die nu te weinig gemotiveerd zijn?
- Houd je rekening met het bereiken van groepen die in het algemeen lastig zijn te bereiken: laag opgeleiden, laag geletterden, obesitas, met aandoeningen, eenzaam et cetera?
- Is er tussentijdse uitval: is er inzicht in hoeveel en waarom?
- Met welke primaire boodschap trek je mensen?
- Hoe belangrijk is de periode van het jaar bij bereik?
- Wat zijn de belangrijkste stakeholders bij uitvoering?

Adoptie en implementatie

Starten met open vraag:

- Wat zijn de belangrijkste succesfactoren met betrekking tot implementatie interventie?
- Wat zijn de belangrijkste 'faalfactoren' met betrekking tot implementatie?

Vervolgvragen

- Waarom willen uitvoerders deze interventie uitvoeren?
- Wat doe je om lokale implementatie te bevorderen?
- Wat doe je om uitvoerders (uitvoerende organisaties) gemotiveerd te krijgen, te houden en voldoende te ondersteunen bij invoering en uitvoering?
- Wat maakt het leuk om te blijven uitvoeren?
- Wat wil je bereiken met individuele deelnemers?
- Wat vind je lastige zaken bij de uitvoering in de volle breedte?
- Hoe belangrijk is persoonlijke aandacht voor het niet laten afvallen?
- Indien van toepassing: op welke manier draagt niveau van vergoeding van uitvoerders bij aan wil om uit te voeren?
- Wie ondersteunt de uitvoerder?

Borging (behoud interventie (landelijk), duurzame lokale uitvoering, en behoud beweeggedrag na interventie)

Open vraag voor resp. duurzame lokale uitvoering en behoud beweeggedrag

- Wat zijn de belangrijkste succesfactoren met betrekking tot borging?
- Wat zijn de belangrijkste 'faalfactoren' met betrekking tot borging?

Vervolgvragen

- Wie betaalt (betalen) de interventie/uitvoering?

- In hoeverre is er aandacht voor dat de interventie duurzaam uitgevoerd kan worden op lokaal niveau?
- En wat op landelijk niveau?
- In hoeverre sluit de interventie aan bij (meer structureel) beleid van gemeente, ondersteunende organisatie et cetera?
- In welke fase is er aandacht voor borging? Wanneer kwam dit voor het eerst ter sprake, welke acties zijn ondernomen, wie is erbij betrokken?
- Wat zijn daarbij belangrijke factoren?
- Welke stakeholders zijn betrokken? Is dit onderdeel van meer structureel beleid?
- Als de interventie ophoudt, bied je mensen dan iets aan als vervolg?
- In hoeverre is de koppeling met andere/afgeleide doelstelling belangrijk voor borging?

Afronding. Zijn er nog andere belangrijke zaken die niet genoemd zijn?

Bijlage 5. Samenstelling focusgroepen

	Focugroep1: Deelnemers structureel beweegprogramma	Focusgroep 2: Ex-deelnemers (tijdelijk) valpreventie programma	Focusgroep 3: Vriendengroep, geen eerdere of huidige deelname beweegprogramma
Aantal deelnemers	9	4	8
Leeftijdscategorie (n)	60-69 jaar: 4 69+ jaar: 5	60-69 jaar: 2 70 - 80 jaar: 1 Ouder dan 80: 1	< 50 jaar: 1 50-59 jaar: 5 60-69 jaar: 2
Geslacht (n)	Man: 4 Vrouw: 5	Man: 1 Vrouw: 3	Man: 4 Vrouw: 4
Leefsituatie (n)	Alleen: 6 Samen: 3	Alleen: 1 Samen: 3	Alleen: 0 Samen: 8
Ervaren belemmeringen bij bewegen (n)	Ja: 0 Nee: 9	Ja: 2 Nee: 2	Ja: 1 Nee: 7

Bijlage 6. Leidraad focusgroepen

Voorstelronde (10 minuten)

Kenmerken van de groep. Als je geen antwoord wilt geven, mag je passen.

- (opschrijven: # man en vrouw)
- Wie is op dit moment jonger dan 50, tussen 50 en 59, 60 en 69, ouder?
- Wie woont alleen? Wie samen met minimaal een ander?
- Wie vindt dat hij/zij belemmerd wordt bij de dagelijkse bezigheden wegens fysieke problemen? En wie wordt niet belemmerd en kan vrijwel alles nog doen wat ie wil bij dagelijkse bezigheden?
- Wat doet u op dit moment (of afgelopen jaar) aan (georganiseerde?) sport en bewegen? (Even een rondje doen)

Deel 1. Beweegprogramma (30 minuten)

Stel, u mag zelf een beweegprogramma samenstellen. Hoe zou dit programma er dan uit zien? Bespreek met elkaar wat u dan leuk zou vinden en schrijf dit met elkaar op de flap-over.

Denk aan: met hoeveel mensen, welke activiteit, hoe vaak en hoe lang, hoe duur, door wie wordt het gegeven, welke mede-deelnemers...

Deel 2. Bereik (30 minuten)

Bent u wel eens benaderd voor een beweegprogramma? Hoe, door wie, en waarom ging u daar niet op in?

Stel: er komt een nieuw programma. Hoe wilt u daar het liefst over horen? Open beginnen en de dingen die niet genoemd worden nog voorstellen (hoe zou u dit vinden?)

Hoe?

- Lokale media (krant, lokale omroep)
- Via brief (in brievenbus, is vaak via een klantenbestand)
- Via e-mail
- Zelf zoeken op website
- Persoonlijke mondelinge benadering
- Door middel van een open dag/voorbeeldles/voorlichting/feestelijke opening
- Combinatie (graag noemen wat)

Door/van wie?

- Organisatie van programma
- Gemeente
- Arts
- Fysiotherapeut
- apotheker
- van vrienden/familie/bekenden
- via een andere groep waar u misschien bij zit: wijkcentrum, kerk, hobbyclub

Wanneer? Ver van tevoren, kort van tevoren,

Met welke boodschap? Wat trek het meest? Het is leuk, gezellig, fit, gezond, goed om langer thuis te kunnen blijven wonen, zelf dingen kunnen blijven doen, helpt tegen vallen...

Deel 3. Prioritering beweegprogramma (20 minuten)

Er spelen veel aspecten mee die zorgen voor een succesvol beweegprogramma. Op deze kaartjes ziet u al veel aspecten staan, zoals die punten waar u in deel 1 over heeft nagedacht. Nu gaat het erom hoe belangrijk u deze punten vindt.

(Deelnemers mogen alles belangrijk vinden. Volgende punten benoemen en handen opsteken wie dit belangrijk vindt. N.a.v. daarvan leggen we deze bij belangrijk, onbelangrijk of er tussenin)

- Kosten
- Hoe vaak
- Hoe lang
- Soort activiteiten
- Hoe zwaar/zwaarte activiteiten
- Waar
- Grootte van de groep
- Gezelligheid tijdens en na activiteit
- Deskundige begeleider
- Enthousiaste begeleider met persoonlijk aandacht
- Eigen inspraak van deelnemers

Hebben jullie nog meer aspecten die meespelen om te gaan deelnemen aan een beweegprogramma?
Deze schrijven we ook op.

Bijlage 7. Verslag focusgroepen

Focusgroep 1

1. Inhoud beweginginterventie

Het ideale beweegprogramma

Iedereen is zeer tevreden met het huidige beweegprogramma en vindt dit een ideaal programma. Er worden oefeningen aangeboden gericht op balans, coördinatie, kracht, spierversterking door middel van spel, rekken/strekken en andere oefeningen. Dit gebeurt onder leiding van een fysiotherapeut. Ook de afwisseling is belangrijk en wordt gewaardeerd (anders wordt het saai). In een periode van 6-8 weken worden oefeningen aangeboden en die worden steeds iets zwaarder door deze periode heen. Na de periode begint een volgend blok met nieuwe oefeningen. Dit periodieke is fijn en hoort zeker bij een ideaal beweegprogramma.

Zouden er nog dingen anders kunnen/nieuwe dingen toegevoegd kunnen worden om het nog idealer te maken?

Een vrouw noemt dat ze het leuk zou vinden ook af en toe oefeningen met muziek te doen. Daar zijn vier anderen het mee eens, dus een meerderheid in totaal (ook mannen). Uiteindelijk gaat het om plezier. Dit moet vooral benadrukt blijven worden.

Het beweegprogramma moet gaan over *bewegen*, niet sport. Hier is iedereen het roerend mee eens, sport schrikt ouderen af. Er wordt opgemerkt dat dit wel echt voor ouderen geldt, wellicht dat jongere doelgroepen wel meer aangesproken worden door sport i.p.v. bewegen.

Samenstelling groep

Maximaal 20 personen. Bij het programma waar ze aan deelnemen geldt een maximaal aantal van 28, maar toen er zoveel waren, werd gesproken om dit op te splitsen, 28 was te veel. Aan de andere kant is minder ook niet nodig, meestal wordt de groep voor de oefeningen toch in kleinere groepen opgesplitst. Bij groter dan 20 wordt het lastig om bij te houden wie wie is. Bij het huidige programma wordt gewerkt met naamstickers, maar het persoonlijke gaat er daarmee wel af. Deze grootte is gezellig en niet te groot/klein.

Een man noemt dat hij het leuk zou vinden wanneer meer mannen zouden participeren. Er komen meer vrouwen af op het programma. Anderen stemmen daarmee in. Op de vraag waarom mannen lastiger te werven zijn, wordt geantwoord dat dames 'bewegen' wellicht leuker en gezelliger vinden, mannen willen dan liever naar de sportschool.

Mensen met migratie achtergrond worden ook gemist. Iemand noemt dat ze uitgenodigd worden, maar niet komen. Enkel benoemen dat ze allochtone vrouwen wel vaak zien lopen en zien zwemmen, maar dan alleen met elkaar (zonder mannen).

Frequentie

Het beweegprogramma is nu één keer in de week. Vijf personen willen dit zo houden, vier personen zouden wel twee keer in de week willen. Of in elk geval de mogelijkheid hebben om een tweede keer te gaan (niet verplicht twee keer). Iemand geeft aan wel twee keer in de week te willen, maar daar geen tijd voor te hebben.

Eén keer in de week is dus ideaal. Over de tijdsduur was iedereen het unaniem over eens: een uur is perfect.

Locatie

Buiten. Deelnemers waarderen dat erg. Voor één persoon was het zelfs doorslaggevend in de keuze om mee te doen aan het huidige programma. Op de vraag of dit ook voor andere ouderen zou gelden, merkt iemand op: 'ik denk het wel, maar er zijn natuurlijk altijd mensen die het in de winter te koud vinden en in de zomer te warm, en daarom afhaken.'

Wat afstand betreft vindt iedereen het fijn dat het dichtbij is, maximaal 10 minuten van het huis af. Eén persoon vertelt dat hij het programma al wel kende, maar pas ging meedoen toen het in zijn buurt georganiseerd werd. Afstand speelde dus voor hem wel mee in de keuze om mee te doen. De anderen stemmen ermee in.

Begeleiding

Deskundige begeleiding is heel belangrijk. Dit hoeft niet per se een fysiotherapeut te zijn, maar wel iemand met kennis. Iedereen wil de oefeningen wel goed doen, anders heeft het geen zin of is er meer kans op blessures. Ook geeft een fysiotherapeut een veilig gevoel, je durft ook met diegene te praten als er wat is of vragen te stellen. De begeleider moet ook geduldig zijn, oog hebben voor het individu, kunnen uitdagen en stimuleren, humor hebben en tegen een geintje kunnen.

2. Bereik

Hoe bent u bereikt voor dit beweegprogramma?

70 procent via mond-tot-mondreclame, genoemd worden: fysiotherapeut, vriend(in), buurvrouw. Ook noemen enkele via een advertentie in de plaatselijke krant of een poster bij de huisarts. De begeleider van het beweegprogramma, een fysiotherapeut, heeft veel deelnemers geworven vanuit zijn fysiotherapiepraktijk.

Hoe kunnen ouderen in het algemeen voor een beweegprogramma worden bereikt?

Duidelijk naar voren kwam dat één methode niet werkt. Het moet een combinatie zijn van meerdere manieren (vooral via-via en media) zodat er maximale aandacht bij de ouderen komt. Mond-tot-mondreclame werkt het beste, in elk geval om het onder de aandacht te krijgen. Ook de eigen kennissenkring is belangrijk. Een berichtje in de plaatselijke krant kan ook werken, maar niet iedereen leest dit. Hetzelfde geldt voor sociale media (daar zijn de meningen verdeeld over). Iemand geeft aan dat wanneer een vriend zegt dat een bepaald beweegprogramma leuk is, een bericht in een plaatselijke krant voor hem de doorslag kan geven om zich op te geven. Opgemerkt wordt wel dat berichten in media regelmatig moeten zijn, niet eenmalig. Het moet vaker onder de aandacht komen. Iemand met autoriteit werkt bij ouderen goed om ze te laten inzien waarom ze moeten bewegen. Iedereen is enthousiast over Erik Scherder, hij kan goed uitleggen waarom bewegen goed is en je ziet hem op televisie (DWDD). Ook een doorverwijzing via huisarts of fysiotherapeut werkt heel goed bij ouderen. En posters bij huisarts of fysiotherapeut hebben ook effect.

Een man vertelt dat hij vorig jaar een hartoperatie heeft gehad en daarna een revalidatieprogramma volgde. Toen dat klaar was, had hij graag gehoord dat dit beweegprogramma bestond, maar dat was niet zo. Nu is hij alsnog bij het beweegprogramma gekomen, maar een verwijzing na revalidatie zou wel heel goed werken.

Boodschap: bewegen voor ouderen, gezelligheid benadrukken, dat het onder leiding van deskundig iemand is (fysiotherapeut), waarom het goed is om mee te doen (boodschap van Scherder erbij)

E-mail? Nee, veel zien dat gewoon als reclame. Anderen lezen het wel, maar gooien het weg. Niemand zou dat serieus nemen.

Brief van de gemeente? Ja, dat is een goed idee. Met goede uitleg, inhoud (goed voor je hersenen), locatie en tijd. Dat vindt niemand overdreven, positief.

Is er iemand die wel eens zelf op zoek gaat naar dergelijke programma's? Nee. Eén persoon geeft aan dat ze zichzelf dit vaak voorneemt, maar dan alsnog nooit doet.

Via-via? Ja. Werkt het beste.

Voorbeeldes? Laatst was de sportdag van het beweegprogramma. Over het algemeen vonden de respondenten dat weinig 'externen' meededen en dat het niet geresulteerd heeft in nieuw bereikte ouderen. Iemand zegt dat er toch mensen kwamen vragen wat het beweegprogramma inhoudt en vindt dat het wel kan werken. Hier is discussie over onder de deelnemers.

Het moet vooral duidelijk zijn *waarom* bewegen zo belangrijk is, liefst via autoriteit. Verspreid vooral het waarom, daar zijn ouderen gevoelig voor.

Overig over bereik

Iemand noemt nog dat in het promoten gebruikt kan worden dat er wordt verwacht dat ouderen steeds langer thuis blijven wonen. Een beweegprogramma zorgt ervoor dat je ook echt minder zorg nodig hebt, of zorg voorkomt. 'We moeten allemaal langer thuis wonen, dus we moeten coördinatie/kracht/balans trainen zodat dat kan'.

Promoten in een supermarkt wordt nog genoemd. Maar je moet oppassen dat het dan niet iets commercieels gaat worden. Iedereen is het daar over eens.

Iemand oppert dat het wellicht helpt om de boodschap in de eigen taal van de mensen met een migratie achtergrond aan te bieden. Oudere mensen met migratie achtergrond lezen namelijk geen Nederlands, maar je wilt ze wel bereiken. Over het algemeen vond iedereen dit een goed idee, maar enkele zijn van mening dat ook dat niet gaat helpen om mensen met migratie achtergrond te laten meedoen. Hier reageert iemand op: 'je kunt niet zeggen: we laten ze zitten, want ze komen toch niet'. De ouderen vinden dit een lastig punt en weten ook niet goed hoe ze bereikt worden.

Iemand heeft nog als idee om gewoon te vragen aan potentiële deelnemers wat ze willen doen. Na het antwoord kun je zeggen: leuk, dat kun je bij ons komen doen.

Eenzame ouderen en ouderen met handicap komen ook ter sprake. Er is op zich wel aanbod voor iedereen. Het is alleen heel moeilijk om ze te bereiken. De groep weet hier zelf ook niet zo goed een antwoord op.

Bij het betrekken van ouderen met handicap reageert iemand: 'maar het moet ook weer niet te makkelijk worden. Dat is weer niet leuk voor ons.'

3. Prioriteit

Kosten? Belangrijk. Het moet voor iedereen toegankelijk zijn, dus niks of weinig kosten.

Hoe vaak? Geen consensus, één of twee keer in de week.

Hoe lang? Belangrijk.

Soort activiteit? Belangrijk.

Hoe zwaar? Belangrijk.

Waar? Belangrijk.

Groote van de groep? Belangrijk.

Gezelligheid? Belangrijk.

Deskundige begeleider? Belangrijk.

Enthousiaste begeleider? Belangrijk.

Eigen inspraak? Geen consensus. Sommigen vinden het leuk dat ze mogen aangeven wat ze gaan doen, een ander zegt het juist fijn te vinden om daar niet over te hoeven nadenken. Een vrouw noemt een voorbeeld uit de les die ze net achter de rug hebben: 'we konden kiezen tussen hockey en handbal en niemand zei wat. Dus blijkbaar hoeven we niet per se te kiezen'.

Andere toevoegingen? Nee.

Focusgroep 2.

1. Inhoud beweginginterventie

Wat is voor u het ideale beweegprogramma?

- Ik doe nu nog fitness, omdat ik parkinson heb. In een groepje doen we oefeningen op apparaten. Eerst was het verplichting, maar nu leuk. Ook doen we oefeningen in de grote zaal. Oefeningen voor stabiliteit, balans. Soms badmintonnen. Dat doen we in een groepje van vier personen, allemaal mensen met Parkinson. Ik vind het heel belangrijk, je houdt rekening bij verschillende dingen en denkt eraan.
Roeien vind ik het leukst. Andere dingen? Nee, zwemmen en zo vind ik niks. Als ik zelf mocht bedenken vind ik fitness in een kleine groep het ideale programma.
- Fietsen vind ik wel leuk. Hoeft niet met een groepje. Fietsen vind ik tot nu toe het allerleukste, samen fietsen met één andere persoon (in dit geval met partner)
- Ik wandel veel, en zo af en toe therapie. Ik zou het niet weten. Ik zou wel willen blijven bewegen, ik doe wel wat in huis. In een klein groepje vind ik wel leuk.
- Toen ik begon aan het valpreventieprogramma, dacht ik: moet dat nou helpen, zo'n valpreventieprogramma? Maar na een paar keer zie je dat lopen gewoon beter gaat. Ik bracht laatst de krant naar haar toe, nu durf ik dat weer bij licht te doen. Eerder alleen in het donker, want mensen zien me dan niet zo lopen. En nu? Ik weet het nog niet, ik doe elke morgen thuis een kwartier grondgymnastiek, dat heb ik mezelf aangeleerd. Ik hoeft niet zo nodig in een groepje, dan moet ik m'n vrouw weer thuis laten. Ik vind het goed thuis.

Ideale groepsgrootte?

- Alleen (persoon die thuis wil)
- Klein groepje, niet meer dan vijf (persoon die niet goed weet wat ze wil)
- Groepje van ongeveer vier personen (persoon die al fitness doet)
- Samen met één andere persoon. Op dit moment prima. Of een groepje bij me past? Als het groepje van valpreventie doorgaat, zou ik dat gezellig vinden (persoon die fietst met partner)

Hoe vaak?

Eén keer in de week: drie personen

Twee keer in de week: één persoon

Hoe lang per keer?

Het valpreventieprogramma was steeds vijf kwartier. Twee personen vinden dat wat te lang, een uurtje is beter.

Waar?

In het fysiotherapiecentrum zou het fijnst zijn, dat heeft de voorkeur, want het is vertrouwd.

Buurtcentrum kan, maar dat is voor deze mensen te ver weg. Afstand speelt dus zeker een rol. Thuis vinden de deelnemers een optie, maar iemand noemt dat er dan toch niks van komt, dus liever niet thuis. Buiten? Nee.

Begeleiding?

Valpreventieprogramma werd gedaan door een fysiotherapeut. Dat werd gewaardeerd. Eén persoon doet ook nog wel eens alleen fitness, maar dan zijn er wel fysiotherapeuten aanwezig die helpen, dat is fijn en vindt zij belangrijk. Als het in een groepje plaatsvindt, zou het wel met fysiotherapeut moeten. Zij hebben ervaring en kennis, wij niet.

Andere sportbegeleiders?

-Zou wel kunnen, maar ligt eraan wat je mankeert.

-De persoon met Parkinson geeft aan dat in haar geval het wel belangrijk is dat ze door een fysiotherapeut begeleid wordt, omdat diegene meer weet en goede tips kan geven.

-Een andere persoon weet het niet.

Zijn nog andere dingen belangrijk voor een beweegprogramma?

- Hoe meer je beweegt, hoe beter. Als je in de stoel zit, dan blijf je zitten. Als je ernaar toe moet, dan ga je ernaar toe. Stok achter de deur is dus belangrijk, dus een begeleider die stimuleert om te komen.
- Ik heb nu negen jaar Parkinson, het gaat nu sinds ik fitness veel beter dan eerder. Als ik dan niet zou hebben bewogen, was het helemaal niet goed.

2. Bereik

Hoe wilt u voor een beweegprogramma worden bereikt?

Iemand noemt het weekkrantje, de anderen knikken. Daar staat alles in. Ook wordt het 'bejaardenfoldertje' genoemd. Daar staat ook altijd van alles in voor personen vanaf 65 jaar. Prachtig. Hier is iedereen het unaniem over eens.

Regionaal tv-kanaal? Eén iemand was wel geïnteresseerd toen het valpreventieprogramma voorbijkwam en vindt dat het werkt, maar de anderen denken dat het minder goed werkt.

Iemand noemt via de fysiotherapie in dit centrum, daar is iedereen het unaniem over eens.

Arts werkt ook goed, anderen knikken.

(Hierna opties genoemd en reactie gevraagd)

Brief? Er wordt niet direct enthousiast gereageerd. Iemand zegt: 'als erin staat dat je gewoon een keer kan meedoen, dat zou fijn zijn. Een brief zou me wel helpen erover na te denken, maar dan wil ik het eerst een keer uitproberen. In het begin van het valpreventieprogramma dacht ik: wat doe ik hier? Ik

had geluk dat instructrices leuk en enthousiast waren, en heel trouw. Ik voelde, mijn lichaam had er baat bij, daarom ben ik doorgedaan.'

E-mail? E-mail hebben we, ja... Dat lezen we wel. Er wordt getwijfeld of dit werkt om hun doelgroep te bereiken.

Zelf actief op zoek? Heeft één iemand gedaan, omdat ze Parkinson heeft en daardoor gemotiveerd werd aan de slag te gaan.

Via-via? Dat stimuleert wel. Unaniem over eens.

Huis-aan-huis? Nee, unaniem nee. Het moet spontaan zijn. De mentaliteit in de buurt is daar ook niet zo geschikt voor.

'Met een koekje zijn mensen te lokken.'

Open dag? Twee deelnemers willen wel dan gaan kijken, twee deelnemers niet. Iemand die niet gaat kijken vindt het wel goed zo. Hij doet al fietsen en oefeningen 's ochtends dus is niet geïnteresseerd in een nieuw programma.

Combinatie? Is niet nodig.

Arts? Ja. Als een arts iets zegt, komt het pas over. Dat speelt zeker mee. Maar gebeurt dit wel eens door een arts? Nee. Huisarts heeft nooit gezegd dat ze moeten gaan bewegen, zelfs niet tegen Parkinson patiënt. Maar arts zou wel heel erg helpen, dat zet je wel aan het denken.

Wat zou de arts dan moeten zeggen?

Vooraf een stok achter de deur is belangrijk, iemand die vaak vraagt: heb je het nou ook gedaan? Dat zou een arts kunnen doen. Maar het blijft wel je eigen verantwoordelijkheid. Als iemand het niet doet: wil diegene het dan wel?

Praktijkondersteuner? Nooit gehad, ook niet echt behoefte aan.

Twee personen hebben thuiszorg, zouden zij een beweegprogramma kunnen voorstellen? Eén deelnemer denkt dat dat goed helpt, zij geven goede adviezen. De andere mevrouw twijfelt met ja.

Apotheker? Nog nooit wat van gehoord. Zou ook niet echt helpen, heeft geen nut. Apotheker denkt alleen maar aan geld. Naar een arts wordt eerder geluisterd.

Wanneer moet een beweegprogramma plaatsvinden na bereik? Kort van tevoren, niet langer dan drie weken.

Wat moet de boodschap zijn bij werven van deelnemers?

-De boodschap moet zijn: je hebt dit of dat en het zou wel goed voor je zijn om te gaan bewegen.
-Maar als je niks mankeert, dan helpt die boodschap dus niet. Mensen zijn van nature niet gewend aan hard werken.

-Als je niet meer kan lopen, en je moet ergens heen, dan kom je niet. In de boodschap moet dus daarover iets staan, het is dichtbij of er is vervoer ofzo.

Overig?

-Iemand moet eerst zien dat het werkt, dan pas geloven. Dus dat het werkt moet zichtbaar zijn om te gaan deelnemen.

-Mensen die samen zijn, zijn makkelijker te bereiken, mensen die alleen zijn, hebben het dan toch moeilijker. Een partner kan zeggen: doe het nou maar gewoon eens.

- Een man vertelt over het valpreventieprogramma: 'ik zeg wel eens tegen mensen, doe het nou eens, ga ook naar zo'n programma, het werkt. Maar niemand, niemand kwam bij me vragen waar en waarom.'

Hoe kan het dat u niemand bereikte?

'Cultuur van deze omgeving speelt mee. Ze zien het belang niet in. Hier in dit dorp geldt: je wordt vanzelf wel oud.'

3. Prioriteit

Frequentie? Belangrijk. 1-2 keer in de week.

-Ik moet bijvoorbeeld nog veel oppassen.

-Als het meer is, wordt het zo moeten.

En vaker?

-Dan verzin ik een smoesje om niet te komen.

-Dan past het niet meer in mijn agenda.

Eigen inspraak? Geen consensus.

Twee knikken ja.

Eén: in principe wel, maar anderen moeten eigenlijk zeggen wat we moeten doen. Iemand die weet wat goed is.

Eén heeft geen mening, vindt het niet heel belangrijk. De apparaten wil ik wel zelf inspraak op hebben.

Enthousiaste begeleider? Belangrijk.

Eén deelnemer vindt het niet zo belangrijk: als het goed voor me is dan kom ik toch wel. Iemand die in een winkel staat en niet kan verkopen, verkoopt ook niet, dus zonder enthousiasme werkt het toch niet. Maar ik vind het niet zo belangrijk. En vragen hoe het gaat vind ik vrij normaal. Als ik niet kom, wordt gevraagd waar ik ben.

Anderen vinden enthousiaste begeleider wel heel belangrijk.

Aanwezigheid deskundige begeleider? Geen consensus.

Wat is een deskundige? Iemand die kennis heeft over bewegen. Ja, zeker wel belangrijk.

Voor een wandelgroepje hoeft geen fysiotherapeut mee volgens één deelnemer. Een ander vindt het wel belangrijk, want er gebeurt wel eens wat onderweg.

Gezelligheid? Belangrijk.

Sfeer moet goed zijn. Geen discussie.

Grootte van de groep? Belangrijk.

Niet te groot. Het zou voor twee deelnemers een argument zijn om te stoppen wanneer de groep te groot wordt (meer dan acht). Gezelligheid is wel belangrijk.

Voor de man maakt het niet zoveel uit.

Waar het is? Onbelangrijk.

Als je wilt, ga je overal naar toe. Maar je moet er wel kunnen komen zegt iemand, want zij is afhankelijk van lopen. Fysiotherapiepraktijk, buurthuis, kerk, maakt niet uit. Dus afstand is wel belangrijk, wat voor soort locatie maakt niet uit.

Hoe zwaar activiteiten zijn? Belangrijk.

-Iedereen moet op z'n eigen niveau mee kunnen doen.

-Het moet wel plezierig zijn, niet te zwaar.

Het is wel belangrijk, maar iedereen weet voor zichzelf wat te zwaar is. Te licht is ook niet leuk.

Soort activiteiten? Belangrijk.

Ja, het is wel belangrijk. Het moeten activiteiten die leuk zijn. En ook goed voor je.

Hoe lang het per keer duurt? Belangrijk.

Uurtje ongeveer. Als het twee keer zo lang zou zijn, zou niemand meedoen. 'Dat houd ik echt niet vol hoor'.

Kosten? Onbelangrijk.

Twee deelnemers vinden dit niet zo belangrijk. 'Ik moet er baat bij hebben, dan mag het wel wat kosten.'

'Ik doe zelf graag bewegen, fietsen, huishouden. Daar word ik moe van, stofzuigen of badkamer schoonmaken bijvoorbeeld. Ik doe elke kamer op andere dagen. Ik doe het dus graag zelf. Thuis is gratis, dus doe ik dat liever dan betalen voor een programma.'

Als het een goed programma is, maken kosten niet heel veel uit.

Doelgroep? Onbelangrijk.

Als er jongere mensen meedoen, ook leuk.

Welk aspecten zijn het allerbelangrijkst?

- Goede begeleider.
- Grootte van de groep.

Focusgroep 3.

Wat doet u op dit moment aan bewegen in het dagelijks leven?

1. Sinds paar maanden werk ik niet meer, maar ben sindsdien wel meer gaan bewegen. Werken in de tuin, fietsen. Geen lid van een sportvereniging.
2. Hetzelfde, alleen wandelen lukt niet door artrose in knieën. Maar fietsen gaat prima (getrouwd met nummer 1). En we proberen één keer in de week te zwemmen met een groepje vrouwen. En verder dagelijkse dingen.
3. Hetzelfde. Beperkt toch wel beetje, reuma in de enkels, dus zoveel mogelijk fietsen, want wandelen lukt niet.
4. Lid van een fitnessclub, maar daar kom ik niet zoveel (2/3 keer per maand). Ik wandel veel, 40/50 km per week.

5. Fietsen, wandelen, veel.
6. Ik beweeg nauwelijks.
7. Ik wandel, drie keer per dag met de hond. En ik fiets naar mijn werk, vijf kilometer heen en vijf kilometer terug. Verder geen georganiseerde sport.
8. Niet bij de sportvereniging. Veel fietsen, wandelen met de hond. Soms zwemmen.

Wie voldoet aan de beweegnorm?

Vier handen omhoog.

Eén niet, maar wel als ze aan het werk is. Gemiddeld over de week twijfelt ze.

Twee zeker niet.

1. Ideale beweegprogramma

- Het moet wel gezellig zijn.
- Ik zou wel fitness willen doen, maar ik heb een hekel aan de sportschool, uitgemergelde meisjes en zonnik aan.
- Binnen is niks aan (hierop instemmend ja van anderen).
- Zwemmen. Dat doe ik al, gewoon baantjes trekken.
- Ik heb heel erg hekel aan als iets moet. Daar zijn anderen, hoewel in mindere mate, het over algemeen mee eens.
- Onder begeleiding is wel leuk, maar na een paar keer niet meer leuk, omdat het dan zo verplicht is.
- Gezelligheid is de sleutel, dat je kan praten ondertussen. Wandelen.
- Fietsen.

Balsport? Nee. Die tijd hebben we gehad. Balsporten spreekt niemand aan.

Gemengde activiteiten? Spreekt niet aan, omdat het dan dus weer verplicht is. Bij fietsen heb je een doel, en je ziet van alles. Misschien nog wel nordic walking.

Verplichting? Sociale plicht is wel oké, zoals zwemmen met vrienden elke week. Als het elke dinsdag in de sportschool is, dan motiveert dat niet. Iedereen vindt dat het niet verplicht moet zijn, hoewel een stok achter de deur wel zou werken volgens twee personen. Dit geldt in meerdere mate voor de mannen.

Groepsgrootte? Een persoon is duidelijk: liefst alleen. De anderen zeggen maximaal vijf of zes personen. Ligt eraan wat. Groter is niet leuk, het moeten kleine groepjes zijn.

Hoe vaak? Eén keer in de week is genoeg. Er zijn ook nog andere dingen die je doet. Eén iemand zou wel twee keer in de week willen, buiten.

Hoe lang per keer? Hangt af van activiteit. Zwemmen doe je niet een uur, terwijl je fietsen minstens een uur wilt doen. De activiteit is daarin belangrijker. Dus de deelnemers zouden een activiteit niet laten omdat het wat langer tijd in beslag neemt. Als de activiteit maar leuk is.

Waar? Allemaal buiten.

Sportschool, mannen misschien? Nee.

Thuis? Nee, de Wii werd drie keer gebruikt, vervolgens alleen nog de kleinkinderen, niks aan. Ook anderen zeggen dat thuis niet zal werken.

Deskundige begeleider? Motivator. Ook wel achtergrond wat goed is voor iemand. Iemand met sportachtergrond die verstand heeft van fysio. Hoewel ook weer niet alle fysio's geschikt zijn om een beweegprogramma te begeleiden. In een sportschool is een begeleider wel nodig. Bij het fietsen niet nodig. Er is één deelnemer die wel een deskundige begeleider wil, en dat in een sportschool. Diegene is ook heel gemotiveerd is om te bewegen. Hij doet het omdat hij weet dat het goed voor zijn lichaam is, dat is zijn motivatie. Dus het moet wel goed gedaan worden.

Wie zou ooit mee doen aan een programma als er wat leuks voorbijkomt?

1. Ik merk dat conditie achteruit gaat, dus ik moet wel meer gaan bewegen. Ik zou alleen nu nog niet voor een programma over de streep getrokken worden.
2. Hangt af van de groep, moet je je goed in voelen. Ik zou zeker niet wachten tot je fysiek minder wordt, maar als je met pensioen bent zou ik zeker meer doen. Groep en tijd zijn dus bepalend.
3. Ik zou wel met een groep wat willen doen, sociaal gebeuren en ondertussen lekker bewegen. Ik zou het niet willen als ik fysiek ongemak heb, daar laat ik het niet op aankomen.
4. Ik zou het echt niet weten.
5. Ik beweeg het liefst individueel, maar wel veel, dus zou nooit meedoen, maar kom wel aan de beweging.
6. Nu heeft het een oorzaak dat ik niet meedoe, maar het hangt af wie er in het groepje zitten en de tijd.
7. Als je alleen komt te staan, moet je andere invulling geven. Dat zou voor mij de gezelligheid zijn. Anders vereenzaam je. Dus dan zou ik misschien mee gaan doen.
8. Als je in een situatie komt waarin het zinvol is, fysiek gezien, dan zou ik in een groep meedoen.

2. Bereik

- Eerst een paar leuke gasten bij elkaar zoeken, dan zou ik gaan. Dus mijn vrienden moeten zeggen: ik fiets je eraf, dan ga ik mee. Ik regel het zelf.
 - Via een bekende.
 - Dat is het, je moet een aanspreekpunt hebben die in de groep zit. Via-via.
 - Of je benadert zelf een aantal mensen, een groepsapp. Wie gaan er mee?
- Dus persoonlijk vragen. Iedereen mee eens.
- En de 'rest van jullie omgeving'? Flyer, oppert iemand, maar de rest zegt: nee dat gooit iedereen direct weg.

Plaatselijke krant? Nee.

Als ik wat zoek, zoek ik wel, ook op internet. Als je echt wilt, ja. Dan vinden we het zelf wel.

Huisarts, fysiotherapeut? Ja, want dan heb je al zorg nodig. Iemand benoemt dat de kosten ook wel meespelen. Als je fysio niet vergoed wordt, is dit al een lastige weg.

Persoonlijke gemeentebrief? Eén iemand (de gemotiveerde persoon) zegt: het is een taak van de gemeente om haar inwoners in beweging te krijgen, met wijkteams en dergelijke, daar verwacht ik het wel van de komende jaren, dus ik zou daarop ingaan.

De rest vindt een gemeentebrief niet werken. Gemeente heeft geen gezag, geen taak van de gemeente... Zelfs als de gemeente betaalt, dus je kunt gratis meedoen? Dan zou iedereen het wel

misschien meer overwegen, maar niet omdat het vanuit gemeente komt. Dan heeft het meer met kosten te maken.

Nog andere ideeën?

Een 'niet gemotiveerd' persoon komt met: via werk. Het hoeft niet eens tijdens werktijd te zijn, maar dat zou mij wel stimuleren. Waarom? Dan kan ik met collega's sporten, daarom. Gezellig, en maakt het wat makkelijker. Op het werk, voorafgaand aan het werk, om de collega's.

Anderen zouden dat niet willen met collega's (de mannen zagen hier wel heil in, de vrouwen niet).

Apotheker? Nee.

Hoe lang van tevoren wilt u over een activiteit horen?

Niet te ver van tevoren, een weekje.

Wat moet de boodschap zijn?

Iemand zegt direct: dat bewegen goed voor je eigen gezondheid is. Enkele anderen vinden dat juist helemaal geen goede boodschap. De focus moet meer liggen op leuk, gezellig. Beeldend, het moet iets hebben wat je associeert met iets, bijvoorbeeld met vroeger.

Het moet niet prestatiegericht zijn, dat wordt niet gedragen. De boodschap moet dus daar niet over gaan, dat spreekt niet aan.

Prijs moet erbij staan. Iemand benoemt dit en de rest zegt: o ja, goeie. Als het duur is, valt de interesse direct weg.

Een leuke foto met een groepje, met gezelligheid. Kopje koffie hoeft niet in de boodschap (blijkt later ook helemaal geen behoefte aan te zijn).

Is eigen niveau belangrijk in de boodschap? Nee... Misschien wel dat je vrijblijvend een keer kan meedoen. Anderen knikken instemmend, geen verplichting direct.

'Sporten' of 'bewegen'? Sport associeer je met prestatie, wedstrijdelement, de bekende sporten. Bewegen is wat recreatiever, laagdrempeliger, breder.

We zijn niet opgegroeid met sport, was niet zo gebruikelijk. (Er worden herinneringen opgehaald over sporten vroeger). Er was geen geld voor, zeggen sommigen. Iemand die op korfbal zat, was echt de enige van de klas.

Dus het sporten zit niet echt in deze generatie? Niet van vroeger uit in ieder geval, het is wellicht een beetje onbekend inderdaad.

Kopje koffie en thee voor of na? Nee. Voor één persoon wel misschien om over de streep te halen. De rest vindt dat het dan veel te lang duurt, gewoon gelijk weer naar huis kunnen. En bovendien komt hier het verplichte weer naar boven, ik ga niet verplicht koffie of thee drinken. Geen behoefte aan.

Iemand die niet heel enthousiast is over bewegegroepen benoemt de Albert Heijn sportactie. Daarvan raakte ze geïnteresseerd en had ze gezegd: eens kijken wat er allemaal is. Nu sloot dit niet aan bij hen (60+ jaar), bijna alle activiteiten waren voor kinderen, maar dat was wel een goed initiatief. Waarom was dit een goed initiatief? Lekker goedkoop.

En waarom zou je dan wel gaan, zonder dat een bekende je meeneemt? Goede vraag, misschien omdat je weet dat er meer mensen gaan om het gewoon eens uit te proberen... Het is dus vrijblijvend.

3. Prioriteit

Enthousiaste begeleider? Unaniem: heel belangrijk. Iemand merkt op: waarom is diegene er anders? Om de deskundigheid (volgt ook later) hoeft er geen begeleider bij te zijn, dus als er een begeleider bij is, moet deze enthousiast zijn.

Gezelligheid tijdens en na activiteiten? Eén persoon vindt dit niet belangrijk (de gemotiveerde persoon die bewegen belangrijk vindt): 'gezelligheid zoek ik wel in de kroeg'. Voor anderen is het niet dé focus, maar draagt gezelligheid wel bij aan het leuk vinden van een beweegprogramma. Het gaat uiteindelijk nog steeds wel om het bewegen. Hier wordt wel nadrukkelijk bij gezegd dat het gezelligheid *tijdens* bewegen moet zijn, want voor of na is niet nodig.

Groepsgrootte? Eén wil alleen, of in een kleine groep. Voor de rest maakt het niet zoveel uit, maar juist niet alleen.

Hoe zwaar de activiteiten zijn? Iedereen vindt dat het niveau passend moet zijn, maar één persoon vindt dit niet belangrijk. Haar man zegt daarop: dat vind je wel belangrijk. Als ik met jou ga fietsen, vind je het niet leuk, want dan is het te zwaar, dus ze vindt het wel belangrijk. De vrouw blijft echter zeggen: nee hoor, in zo'n beweegprogramma maakt me dat niet zoveel uit, daar doe ik het niet voor.

Soort activiteit? Voor iedereen belangrijk. Geen discussie.

Hoe lang de activiteit duurt? Belangrijk. De lengte moet passen bij de activiteit, een uur zwemmen is te lang, maar een uur fietsen is minimaal.

Kosten? Wordt belangrijk gevonden, maar er wordt niet heel overtuigend gereageerd. Sommigen aarzelen.

'Niet omdat ik het niet kan betalen, als ik per se zou willen, zou ik het ervoor over hebben.' Daar lijkt iedereen het wel mee eens te zijn.

Eén persoon vindt kosten niet erg: 'ik vind het belangrijk om goed voor mijn lichaam te zorgen, daar heb ik wel wat voor over.'

Locatie? Heel belangrijk. Unaniem. 'Buiten en in de buurt', daar is iedereen het mee eens.

Deskundige begeleider? Niet nodig, niet belangrijk. Kunnen we zelf wel regelen. Iedereen snapt dat dit voor ouderen een belangrijk punt is, in verband met vallen en zo, maar dat heeft deze doelgroep echt nog niet nodig.

Eigen inspraak? Liever niet/zeker wel, wordt tegelijk gezegd. 50/50...

Als het helemaal 100 procent vastligt is niet leuk.

Twee anderen vinden het onbelangrijk, omdat iemand anders beter weet wat goed voor je is. Diegene kan beter zeggen wat je moet doen.

Tijd? Unaniem belangrijk.

Rondje wat het allerbelangrijkste aspect is:

1. Motiverende begeleiding
2. Frequentie ('de gemotiveerde persoon')
3. Soort activiteit
4. Soort activiteit
5. Soort activiteit
6. Soort activiteit
7. Soort activiteit
8. Soort activiteit

Bijlage 8. Namenlijst experts en leidraad expertmeeting

J. Boekhout, MSc*	Open Universiteit
Dr. J.M. Huijg*/**	Leyden Academy
Dr. S. Vrijkotte*/**	Zorggroep Solis
Dr. N.M. Otterman*	Traumacentrum West
Drs. B.M. Schoemaker*	Barbera Schoemaker Management & Advies
Prof. Dr. E.J.A. Scherder*	Vrije Universiteit Amsterdam
B. van Koppen, MSc*	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Dr. Ir. A. Chorus*	Zorginstituut Nederland
Dr. W.J.R. Bossers*	Rijksuniversiteit Groningen
Dr. Ir. A. Haveman-Nies**	Academische werkplaats AGORA
J. de Zeeuw, MSc**	Kenniscentrum Sport
P. van de Vijver, MSc**	Leyden Academy
Drs. M.W.A. Jongert**	Nederlands Paramedisch Instituut
Dr. M.J.G. van Heuvelen**	Rijksuniversiteit Groningen

*=Geïnterviewd ** =aanwezig bij expertmeeting

Overzicht opzet expertmeeting

1. Korte presentatie uitvoering onderzoek, bespreking van en discussie over voorlopige resultaten
2. Prioritering doelgroepen op basis van kenmerken leeftijd, fysieke en mentale belemmeringen, en beweeggedrag.
3. Discussie t.a.v. stakeholders die prioritaire doelgroepen kunnen bereiken
4. Analyse, met behulp van matrix, van kennislacunes en bespreking van mogelijke oplossingen.
Rijen matrix: bereik, adoptie, implementatie, borging en overig
Kolommen matrix: deelnemers, interventie-eigenaar/-aanbieder, gemeente, welzijn/sociaal wijkteam, zorgverlener of zorg-gerelateerd, zorgverzekeraar, landelijk beleid, wetenschappelijke kennisinstellingen, overig
 - Kennislacunes individueel benoemen bij de verschillende groepen stakeholders of in het gebruik daarvan over implementatieaspecten voor de verschillende implementatie-elementen.
 - Prioriteren van cellen in matrix, oplossingen aangeven en gezamenlijk bespreken
5. Afsluiting

Bijlage 9. Leidraad interview experts

Onderdeel 1 (15 min) BEREIK

Wat is naar uw idee de meest succesvolle strategie om de doelgroep (zie boven) te betrekken bij beweeginterventies (*reach*) en waarom?

- Is er naar uw idee een verschil in strategie om mensen tussen de 45-64 jaar te bereiken en om ouderen van 65-plus te bereiken?
- Welke specifieke strategieën zouden moeten worden ingezet om de doelgroep mensen met overgewicht en lage SES te bereiken? Wie zou dat moeten doen?

Wat moet er vooral voorkomen worden als we veel mensen binnen de doelgroep willen bereiken? Met andere woorden: wat zijn de grootste faalfactoren? Waarom?

Onderdeel 2 (15 min) ADOPTIE

Wat is er naar uw idee zeker nodig om ervoor te zorgen dat professionals (sport en zorg) bereid zijn een beweeginterventie in de praktijk uit te voeren?

- Is er naar uw idee een verschil in wat er nodig is als het gaat om verschillende doelgroepen, namelijk volwassenen tussen de 45-64 jaar, ouderen van 65-plus, mensen met overgewicht of lage SES?
- Wat moet er vooral voorkomen worden als we willen dat professionals beweeginterventies in gaan zetten? Met andere woorden: wat zijn de grootste faalfactoren?

Onderdeel 3 (15 min) IMPLEMENTATIE

Welke factoren zijn volgens u essentieel om beweeginterventies succesvol te implementeren?

Benoem factoren betreffende:

- o Kenmerken van de interventie
- o Kenmerken van de professional/intermediair
- o Kenmerken m.b.t. samenwerking tussen verschillende organisaties (welke organisaties dienen sowieso betrokken te worden?)
- o Kenmerken m.b.t. sociaal politieke omgeving
- Is naar uw idee een verschil in de belangrijkste factoren voor het succesvol implementeren van een beweeginterventie als het gaat om de doelgroepen volwassenen 45-64 jaar en ouderen 65-plus?
- Is naar uw idee een verschil in de belangrijkste factoren voor het succesvol implementeren van een beweeginterventie als het gaat om de doelgroepen mensen met overgewicht of lage SES?
- Wat zijn naar uw idee de belangrijkste faalfactoren bij het succesvol implementeren van beweeginterventies?

Onderdeel 4 (15 min) BORGING

- Wat is naar uw idee de belangrijkste succesfactor om te zorgen dat beweeginterventies in de praktijk worden geborgd?
- Wat is naar uw idee de belangrijkste faalfactor om te zorgen dat beweeginterventies in de praktijk worden geborgd?
- Zijn er andere zaken die we bij de implementatie van beweeginterventies ter bevordering van het cognitief functioneren en het verkleinen van het risico op hersenaandoeningen van volwassenen moeten doen of juist achterwege moeten laten?

Bijlage 10. Meetinstrument Determinanten van Innovaties (MIDI) (Fleuren, 2014)

Determinanten m.b.t. de innovatie

1. Procedurele helderheid (o): Mate waarin de innovatie in heldere stappen/procedures is beschreven.
2. Juistheid (o): Mate waarin de innovatie is gebaseerd op feitelijk juiste kennis.
3. Compleetheid (o): Mate waarin de beschreven activiteiten in de innovatie volledig zijn.
4. Complexiteit (o): Mate waarin de innovatie complex is om uit te voeren.
5. Congruentie huidige werkwijze (o): Mate waarin de innovatie aansluit bij de bestaande werkwijze.
6. Zichtbaarheid uitkomsten (o): Zichtbaarheid van de uitkomsten voor de gebruiker, bijvoorbeeld of het effect van een behandeling zichtbaar is.
7. Relevantie cliënt (o): Mate waarin de gebruiker de innovatie relevant vindt voor zijn/haar cliënt.

Determinanten m.b.t. de gebruiker

8. Persoonlijk voordeel/nadeel (o): Mate waarin het gebruik van de innovatie voordeel/nadeel oplevert voor de gebruiker zelf.
9. Uitkomstverwachting (o): Gepercipieerde belang en waarschijnlijkheid dat het beoogde doel met de innovatie bij de cliënt wordt bereikt.
10. Taakopvatting (o): Mate waarin de innovatie past bij de taken waarvoor de gebruiker zich in zijn/haar functie verantwoordelijk voelt.
11. Tevredenheid cliënt (o): Mate waarin de gebruiker verwacht dat de cliënt tevreden is over de innovatie.
12. Medewerking cliënt (o): Mate waarin de gebruiker verwacht dat de cliënt meewerkt aan de innovatie.
13. Sociale steun (o): Steun die de gebruiker ervaart of verwacht met betrekking tot het gebruik van de innovatie, bijvoorbeeld van collega's, andere professionals waarmee men samenwerkt, leidinggevende of management.
14. Descriptieve norm (o): Waargenomen gedrag van collega's; mate waarin collega's de innovatie gebruiken.
15. Subjectieve norm (o): De invloed van belangrijke anderen over het gebruik van de innovatie: dit is het product van a. de gepercipieerde verwachting van belangrijke anderen over het gebruik van de innovatie en b. de mate waarin iemand geneigd is zich iets aan te trekken van de verwachtingen van die belangrijke anderen.
16. Eigen-effectiviteitsverwachting (o): Mate waarin de gebruiker zich in staat acht de verschillende activiteiten uit de innovatie uit te voeren.
17. Kennis (e): Mate waarin de gebruiker kennis heeft die nodig is om de innovatie te kunnen gebruiken.
18. Informatieverwerking (o): Mate waarin de gebruiker kennis heeft genomen van de inhoud van de innovatie.

Determinanten m.b.t. de organisatie

19. Formele bekrachtiging management (o): Formele bekrachtiging van de innovatie door het management, bijvoorbeeld door de innovatie in het beleid op te nemen.
20. Vervanging bij personeelsverloop (o): Vervanging van vertrekkende medewerkers.
21. Capaciteit/bezettingsgraad (e): Voldoende personeelsbezetting op de afdeling of in de organisatie waar de innovatie gebruikt wordt.

22. Financiële middelen (e): Beschikbaarheid van financiële middelen die nodig zijn voor het gebruik van de innovatie.
23. Tijd (o): Hoeveelheid tijd die beschikbaar is voor het gebruik van de innovatie.
24. Beschikbaarheid materialen en voorzieningen (e): Aanwezigheid van materiële voorzieningen voor het gebruik van de innovatie, bijvoorbeeld apparatuur, materialen of ruimte.
25. Coördinator (o): Eén of meerdere personen die belast zijn met het coördineren van de invoering van de innovatie binnen de organisatie.
26. Turbulentie in de organisatie (p): Mate waarin er andere (organisatie)veranderingen gaande zijn die de invoering van de innovatie in de weg staan, bijvoorbeeld reorganisaties, fusies, bezuinigingen, personeelsverloop of gelijktijdige invoering van verschillende innovaties.
27. Beschikbaarheid informatie over gebruik innovatie (o): Beschikbaarheid van informatie over het gebruik van de innovatie.
28. Feedback aan gebruiker (o): Feedback over voortgang van het invoeringsproces aan de gebruiker.

Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving

29. Wet- en regelgeving (e): Mate waarin de innovatie past binnen bestaande wet- en regelgeving die door de bevoegde instanties zijn opgesteld (denk aan financiële structuren, inhoudelijke wetgeving en toezicht vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg of de Nederlandse Zorgautoriteit).

