

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Analyse en beleidsvoorstellen voor een betere
implementatie van methodieken op het vlak van
het preventieve gezondheidsbeleid**

Isabelle Moncarey
Katrien Vandevelde
Lea Maes
Joris Voets
Paul Gemmel
Ilse De Bourdeaudhuij



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2015/08
SWVG-Rapport 36
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Analyse en beleidsvoorstellen voor een betere implementatie van methodieken op het vlak van het preventieve gezondheidsbeleid

Promotoren: Lea Maes, Joris Voets, Paul Gemmel, Ilse De Bourdeaudhuij
Onderzoekers: Isabelle Moncarey, Katrien Vandevelde

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG
Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg
Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy
Prof. dr. Jozef Pacolet HIVA onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

UGent

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

VUB

Prof. dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie

Thomas More

Dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

Rapport 36

Analyse en beleidsvoorstellen voor een betere implementatie van methodieken op het vlak van het preventieve gezondheidsbeleid

Onderzoeker: Isabelle Moncarey, Katrien Vandevelde

Promotoren: Lea Maes, Joris Voets, Paul Gemmel, Ilse De Bourdeaudhuij

Samenvatting

Situering

In Vlaanderen worden verschillende preventiemethodieken ontwikkeld om de volksgezondheid te bevorderen. Deze methodieken omvatten verschillende thema's en kunnen in diverse settings geïmplementeerd worden, zoals scholen, jeugdbewegingen, zorginstellingen, bedrijven e.a. Voor de methodiekontwikkeling werkt de Vlaamse overheid samen met expertisecentra (zie 1.2. Preventief gezondheidsbeleid). In de praktijk blijkt echter dat gezondheidsbevorderende methodieken niet altijd adequaat de doelgroep bereiken. De overdracht in de zogenaamde implementatieketen verloopt met andere woorden niet altijd zoals gewenst (zie 1.8. Moeilijkheden bij de implementatie van methodieken). De Vlaamse overheid gaf daarom opdracht aan het Steunpunt WVG om die soms gebrekkige implementatie te onderzoeken met het oog op verbetering ervan.

Aanpak

Dit kwalitatief onderzoek bestudeerde 5 concrete casussen of methodieken geselecteerd in overleg met een stuurgroep: (1) het Vlaggensysteem van Sensoa, (2) de Druglijn zelftesten van De Vereniging Alcohol en Drugs (VAD), (3) NVGezond van het Vlaams Instituut voor gezondheidspromotie en ziektepreventie (VIGeZ), (4) Zot van Gezond van het VIGeZ en (5) Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen van het Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen (EVV) (zie 2.2.2.2. verduidelijking casussen).

De analyse gebeurde in een aantal stappen (zie 2.2. onderzoeksmethode). Eerst brachten we elke methodiek en de implementatieplannen ervan in kaart. Vervolgens toetsten we het implementatieplan van elke methodiek aan de criteria van Bartholomew et al. (2011). Via semi-gestructureerde interviews bij in de implementatieketen betrokken actoren - ontwikkelaars, adopters, verspreiders en implementeerders - peilden we naar de invloed van in de literatuur geïdentificeerde beïnvloedende factoren en naar andere factoren en aandachtspunten zoals gezien op het terrein. Zo konden we een rist bevorderende en remmende implementatiefactoren per methodiek, alsook hun concrete effecten identificeren. Het gaat om factoren m.b.t. (1) context waarbinnen de methodiek werd ontwikkeld en geïmplementeerd, (2) intenties van alle actoren in de implementatieketen, (3) de methodiek zelf, (4) percepties betreffende doelen, win-win situaties e.a. en (5) samenwerking tussen de actoren (Zie 1.8. Moeilijkheden bij implementatie van methodieken). Respondenten haalden voornamelijk context- en methodiekelementen aan. Deze resultaten vormen de basis voor een reeks

conclusies en beleidsaanbevelingen die we nu beknopt samenvatten (Zie hoofdstuk 4: Besluiten & aanbevelingen).

Conclusies

Eerst behandelen we een aantal belangrijke vaststellingen, om vervolgens de aanbevelingen samen te vatten.

- Rolverwarring en gebrekkig overzicht:

Respondenten blijken feitelijk vaak verschillende rollen te vervullen in de implementatieketen van een methodiek. Deze rollen zijn meestal niet duidelijk afgebakend en de verschillende actoren ontberen soms ook het zicht op de volledige keten, wat de implementatie hypothekeert. Actoren ervaren onvoldoende dat ze binnen een keten opereren en komen weinig in contact met de andere actoren in de keten. Dit bemoeilijkt de communicatie en leidt ertoe dat ze elkaar niet aanvoelen en hun handelingen moeilijker op elkaar afstemmen.

- Gebrek aan een implementatieplan:

Een implementatieplan ontbreekt vaak. Idealiter wordt een methodiek uitgerold op basis van een implementatieplan waarin de taken voor de verschillende actoren in de keten zijn opgenomen.

- Variabele betrokkenheid van actoren:

Voor de implementatie belangrijke actoren - nl. de doelgroep, verspreiders, adopters en implementeerders uit alle settings – worden onvoldoende betrokken bij de ontwikkeling van een methodiek. Dergelijke betrokkenheid is belangrijk om de methodiek voldoende te laten aansluiten bij de context van de settings waarin deze moeten functioneren. Dit duidt op het belang van een goed samengestelde planningsgroep, met leden met praktijkkennis van de diverse actoren om de methodiek te ontwikkelen en te implementeren. Hoewel er momenteel al met planningsgroepen gewerkt wordt, zijn volgens de respondenten niet steeds de juiste personen geselecteerd, worden vaak wel de koepels geconsulteerd, maar de gebruikers vergeten. Deze consultatie richt zich tot op heden enkel op de ontwikkeling van de methodiek en niet op de implementatie.

- Variabel draagvlak van de actoren:

Draagvlak voor implementatie vergt niet alleen het voldoende betrekken van de juiste actoren bij de ontwikkeling zelf, maar ook het juist motiveren van deze actoren. De motivatie kan sterk verschillen en is zeker niet altijd gerelateerd aan gezondheid. Het vinden van de juiste motivatie voor elk van de betrokken actoren is belangrijk. Hiervoor is een specifieke interventie nodig die nagaat hoe hen te overtuigen, bijvoorbeeld via het aantonen van een win-win.

- Gebrekkige implementatiecontext:

De implementatiecontext is belangrijk en varieert naargelang de concrete setting. Het overheidsbeleid moet hier volgens de respondenten meer rekening mee houden. Verschillende methodieken zouden in verschillende settings op een gecoördineerde manier moeten geïmplementeerd worden. Dit zorgt immers voor meer kennis, kunde en capaciteit. Het beperkte facettenbeleid van de Vlaamse overheid bemoeilijkt echter dergelijke aanpak, alsook het gebrek aan integratie van het gezondheidsdenken in de federale beleidsdomeinen. Daarom pleiten we ervoor om duurzame verbindingen te maken tussen thema's. Een ander aandachtspunt betreft het werken in tijdelijke projecten met tijdelijke financiering.

Deze aanpak stimuleert weliswaar het ontwikkelen van nieuwe methodieken en leidt tot een tijdelijke sensibilisatie, maar het gebrek aan continuïteit hypothekeert de verdere implementatie.

- Organisatorische vertaling:

Een goede implementatie vereist een adequaat beleid in de organisaties waarbinnen de methodieken moeten geïmplementeerd worden. Een adequaat organisatiebeleid houdt in dat er een centrale verantwoordelijke is die coördineert, een contactpersoon die door iedereen is gekend, een inbedding van methodieken in de organisatie en een duidelijke rolverdeling. Hiervoor is een uitgesproken steun vanwege de directie nodig. Als een centrale verantwoordelijke wegvalt of niet haalbaar blijkt, kunnen bepaalde actoren in de keten ook gevraagd worden om meer proactief te werken. Een andere optie is om de methodiek te vereenvoudigen.

- Nood aan implementeerders:

Gezondheidsbevordering is momenteel gebaseerd op vrijwillige inspanningen. Goede implementatie is enkel haalbaar indien voldoende capaciteit en voldoende motivatie beschikbaar is. De capaciteit kan over de gehele keten worden bekeken: wanneer er geen capaciteit is in lagere echelons, kan die aangevuld worden in hogere. Respondenten stellen voor om specifieke mandaten voor preventie uit te werken, zoals dat bijvoorbeeld bij drugspreventie vandaag al gedeeltelijk gebeurt. Afhankelijk van het doel kan ervoor worden geopteerd setting- of themagericht te werken. Bij een keuze voor een integrale, continue aanpak lijkt settinggericht werken de beste optie. Wanneer een thema heel wat expertise vereist en een vlot te implementeren tool het uitgangspunt is, lijkt themagericht werken aangewezen.

- Aangepaste methodieken:

De meeste methodieken moeten aangepast worden om voldoende te passen in de context en om de verschillende doelgroepen aan te spreken. Als dat het geval is en de methodiek duidelijke richtlijnen geeft voor de toepassing ervan maar ook voldoende flexibel is om verder aangepast te worden aan de noden van de organisatie, dan bevordert dit de mate waarin een methodiek effectief geadopteerd wordt door een organisatie.

Aanbevelingen

- Aanbeveling 1: sector en beleidsdomeinoverschrijdende strategie ontwikkelen

Op het terrein wordt weinig kwaliteitsvol en sectoroverschrijdend samengewerkt tussen verschillende organisaties inzake gezondheidsbevordering. Ook wordt er weinig themaoverschrijdend gewerkt en is er weinig continuïteit in de implementatie van de methodieken. De overheid verwacht dit wel, maar faciliteert dat echter momenteel nog niet of communiceert dit onvoldoende duidelijk op het terrein. Zo zouden bijvoorbeeld de sportsector en de gezondheidssector samen een methodiek kunnen ondersteunen, maar het gebrek aan mandaat voor sportorganisaties zorgt er voor dat ze zich niet of onvoldoende met de methodiek verbonden voelen. Daarnaast kunnen financiële middelen in het domein van de preventieve gezondheidszorg ook niet themaoverschrijdend worden aangewend. In plaats van aparte gezondheidsdoelstellingen met aparte methodieken, zou per setting een integratie van of een verbinding tussen de methodieken moeten gerealiseerd met acties die over de verschillende sectoren heen kunnen gecoördineerd worden.

We pleiten er daarom voor om op nationaal, Vlaams en lokaal niveau voldoende domein- en themaoverschrijdend samen te werken en een facettenbeleid te voeren. Financiering en mandaten

dienen te worden voorzien om de thema's en domeinen met elkaar te verbinden met als hoofddoel het welzijn van de burgers verhogen.

- Aanbeveling 2: gezonde balans tussen tijdelijke financiering op projectbasis en permanente financiering voor permanente methodieken

Tijdelijke projectmatige financiering voor methodieken kan leiden tot vernieuwing, maar leidt ook tot een niet-volgehouden inspanning voor implementatie. Dit is een probleem indien een behoud van de methodiek het doel is. Methodieken die hun deugdelijkheid bewijzen en waarvan het beleid wenst dat ze blijvend ingezet worden vergen een permanente ondersteuning van de gebruikers van de methodieken. Om die reden voeren we een pleidooi om inzake implementatie van een projectwerking gedeeltelijk naar een integraal meerjarenplan te evolueren, waarbij de nodige tijd en steun gegeven wordt om een methodiek te implementeren, met tussentijdse evaluatiemomenten.

- Aanbeveling 3: voorwaarden voor financiering opstellen

De juiste mensen uit de groep verspreiders, adopters, implementeerdere en de doelgroep beter betrekken bij de ontwikkeling van een methodiek moet ertoe leiden dat die meteen geënt is op hun specifieke noden en wensen en daardoor sneller opgenomen wordt in hun werking. Beter betrekken betekent dat deze groepen niet alleen bevroegd worden tijdens de ontwikkeling van een methodiek zoals nu het geval is, maar voldoende en structureel betrokken worden van bij het begin. Daarbij is ook een juiste afvaardiging van belang, namelijk (ook) zij die de methodiek effectief moeten uitvoeren. Dergelijke 'planningsgroep' kan als voorwaarde worden gesteld voor financiering van een methodiek. Andere wenselijke voorwaarden voor financiering betreffen verder: de beschrijving van de keten en een interventie gericht naar de verspreiders, adopters en implementeerdere om ervoor te zorgen dat zij de competenties hebben om de implementatie uit te voeren.

- Aanbeveling 4: meer middelen en terreinwerkers

Soms ontbreekt het mensen op het terrein aan kennis over implementatie van methodieken van gezondheidsbevordering, maar ook aan mensen die de doelgroep of omgevingsactoren kunnen bijstaan om de methodiek te gebruiken/te implementeren. Een mogelijke piste is om per regio en/of per setting een manager aan te duiden die proactief methodieken kan ondersteunen naar implementatie toe en hiervoor de nodige financiering en tijd krijgt. Dit alles vergt dus naast investeren in methodiekontwikkeling ook een verhoogde investering in implementatiecapaciteit.

- Aanbeveling 5: verspreiders en implementeerdere sensibiliseren

Verspreiders en implementeerdere voelen zich vaak niet in staat om verantwoordelijkheid te nemen voor de verspreiding en de implementatie van de methodiek en wijzen hiervoor naar de ontwikkelaar. Instrumenten op niveau van deze actoren zijn noodzakelijk. Momenteel wordt gezondheid als thema door veel implementeerdere niet als voldoende belangrijk gezien en geven ze er bijgevolg geen prioriteit aan. Er is dus een verandering in attitude, gewoonte en cultuur nodig. Een mogelijke piste is een algemene sensibilisatiecampagne op niveau van de verspreiders en implementeerdere, maar ook structurele samenwerking tussen het domein gezondheid en andere domeinen is noodzakelijk. Dit zou ook moeten leiden tot een gevoel van verantwoordelijkheid bij alle schakels in de keten dat ze bijdragen tot een groter geheel.

- Aanbeveling 6: Kennis en vaardigheden t.a.v. implementatie verbeteren

Heel wat respondenten bleken niet op de hoogte van de noodzaak van geplande en doordachte implementatie, wisten niet goed wat dit eigenlijk inhoudt en hoe er vorm aan kan gegeven worden. Momenteel wordt vooral aandacht besteed aan de ontwikkeling van methodieken en het bereiken van

de doelgroep als een proces dat voornamelijk via informatieverspreiding verloopt. Om ervoor te zorgen dat implementatie gepland wordt en effectief gebeurt, moet aan verschillende voorwaarden voldaan worden: verspreiders en implementeerders moeten het belang ervan inzien, over de nodige kennis beschikken, zich ertoe in staat voelen, ook in de mogelijkheid zijn om deze taken uit te voeren en weten waar ze terecht kunnen voor ondersteuning indien nodig.

- Aanbeveling 7: capaciteit in laatste schakels verhogen

Er is meer capaciteit in de schakels noodzakelijk. Vooral de implementeerders die dicht bij de doelgroep staan hebben weinig voeling met de actoren die de methodiek ontwikkelen en dus met de methodiek zelf. Soms zijn er teveel schakels, waardoor de communicatie de laatste schakel niet bereikt. Een groot aantal schakels kan echter ook tot een groter draagvlak leiden en is in bepaalde settings onvermijdbaar door de formele structuur. In ieder geval moet er in de laatste schakels meer capaciteit voorzien worden om zowel de doelgroep, als omgevingsactoren te begeleiden.

- Aanbeveling 8: methodiekimplementatie als een keten uitwerken

Een succesvolle methodiekimplementatie kan via het hanteren van een zogenaamde ketenbenadering. Daarbij wordt de methodiekimplementatie als een proces uitgetekend en worden alle processtappen of –schakels duidelijk en eenduidig gedefinieerd, worden verantwoordelijkheden van actoren duidelijk vastgelegd en is er een ketenregisseur die dit alles bewaakt en coördineert. Een sterkere uitwerking als keten impliceert een aantal andere aanbevelingen, nl. een goed uitgewerkt implementatieplan en het werken met een goed samengestelde planningsgroep.

- Aanbeveling 9: een interactieve catalogoog ter beschikking stellen

Nieuwe instrumenten moeten ontwikkeld worden op het niveau van de verspreiders en de implementeerders en de doelgroep om de implementatie van methodieken te faciliteren. Er werd eerder opgemerkt dat er verschillende methodieken bestaan met diverse acties, waarvan niet alle actoren op de hoogte zijn. Daarom moet de databank met betrouwbare methodieken beter bekend gemaakt worden bij de betrokken actoren. Hij dient te worden uitgebreid met instrumenten voor implementatie en aan te geven voor welke actor deze instrumenten bestemd zijn.

- Aanbeveling 10: sjabloon voor implementatieplan ontwikkelen en verplicht stellen

Bij de ontwikkelaars dient ook nadruk gelegd te worden op het belang van implementatie en zij dienen in staat gesteld te worden dit op te nemen. Een sjabloon of blauwdruk voor een implementatieplan zou een hulpmiddel kunnen zijn om het implementatieproces vorm en inhoud te geven. Dergelijk sjabloon leidt tot meer uniformiteit en de mogelijkheid voor de overheid om er financiering en voorwaarden aan te koppelen. Uit huidig onderzoek bleken volgende voorwaarden belangrijk: een planningsgroep met vertegenwoordiging van de volledige keten, beschrijving van de keten en een interventie gericht naar de verspreiders, adopters en implementeerders om ervoor te zorgen dat zij de competenties hebben om de implementatie uit te voeren. Een *'factsheet'* kan worden opgesteld met implementatietips en goede praktijken per setting.

- Aanbeveling 11: investeren in effectmeting en de communicatie hieromtrent

Momenteel is het vaak moeilijk om de methodieken te verkopen omdat het onduidelijk is wat de uitkomst of het effect ervan zal zijn. Veel adopters, implementeerders en actoren uit de doelgroep willen pas investeren wanneer er enige duidelijkheid is omtrent het te verwachten effect. Dit effect kan op het niveau van gezondheidsuitkomsten zijn, maar ook op gedragsniveau of op niveau van determinanten. Daarom moet er in effectmeting geïnvesteerd worden en de communicatie daaromtrent.

Inhoud

Inleiding	11
Hoofdstuk 1 Probleemverkenning	13
1.1 Probleemstelling en onderzoeksvraag	13
1.2 Preventief gezondheidsbeleid	13
1.3 Gezondheidsdoelstellingen	14
1.3.1 Voeding en beweging	14
1.3.2 Zelfdoding	15
1.3.3 Tabak, alcohol en drugs	15
1.3.4 Bevolkingsonderzoeken naar kanker	15
1.3.5 Ongevallen in de privésfeer	15
1.3.6 Vaccinaties	15
1.4 Gezondheidsindicatoren	16
1.5 Methodieken	16
1.5.1 Ontwikkeling	16
1.6 Implementatie	17
1.6.1 Adoptie	18
1.6.2 Implementatie	18
1.6.3 Behoud	19
1.7 Implementatieplan	19
1.8 Het begrip ‘keten’	20
1.8.1 Netwerken	20
1.8.2 Ketens	21
1.9 Moeilijkheden bij de implementatie van methodieken	22
1.10 Samenvatting	26
Hoofdstuk 2 Methodologie	27
2.1. Onderzoeksvragen	27
2.2. Onderzoeksmethode	27
2.2.1. Kenmerken kwalitatief onderzoek	28
2.2.2. Gevalstudies (Casestudies)	28
Hoofdstuk 3 Resultaten	33
3.1. Casussen	33
3.1.1. Zot van Gezond	33
3.1.2. NVGezond	43
3.1.3. Het Vlaggensysteem	53
3.1.4. Druglijn – zelftesten	61

3.1.5. Praktijkrichtlijn valpreventie voor thuiswonende ouderen	70
3.2. Beïnvloedende factoren (positief/negatief)	82
3.2.1. Context	83
3.2.2. Intenties	87
3.2.3. Methodiek	89
3.2.4. Percepties	93
3.2.5. Samenwerking	96
3.3. Verschillen tussen methodieken	98
3.3.1. Belangrijkste concept naar methodiek	99
3.3.2. Verschillen en gelijkenissen tussen casussen in implementatievoorwaarden	100
3.4. Overheen de methodieken	102
3.4.1. Welke beïnvloedende factoren percipiëren de respondenten als belangrijkst.	102
3.4.2. Welke concepten komen meest aan bod naar frequenties	104
3.4.3. Belangrijkste concept naar rol in de keten	105
Hoofdstuk 4 Besluiten & aanbevelingen	107
Literatuur	117
Bijlagen	125

Inleiding

Dit onderzoeksrapport is het resultaat van een korte termijnonderzoek in het kader van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

In het kader van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen ontwikkelen verschillende organisaties methodieken met oog op het bevorderen van de gezondheid. Uit de praktijk blijkt dat deze methodieken niet altijd op een adequate wijze bij de doelgroep worden aangeboden. Om de doelgroep te bereiken, doorloopt een methodiek een proces van ontwikkelaar over verspreider, adopter, naar implementeerder. Daarnaast zijn er nog invloeden van andere actoren en factoren op dit implementatieproces, bijvoorbeeld van het beleid en de context. Uit de praktijk blijkt dat er moeilijkheden zijn bij het implementeren van methodieken. Er is echter weinig inzicht in deze implementatiemoeilijkheden en de oorzaken ervan. Waarom raakt de ene methodiek vlot geïmplementeerd en blijft de andere op de plank van de ontwikkelaar liggen? Dit onderzoek wil meer inzicht te krijgen in dit implementatieproces. Er worden ook beleidsvoorstellen geformuleerd om een efficiëntere implementatie van methodieken op het vlak van het preventieve gezondheidsbeleid te genereren. Om dit doel te bereiken worden vijf casussen diepgaand onderzocht door middel van interviews met actoren betrokken in het implementatieproces. In de interviews wordt gepeild naar de mate waarin kenmerken van methodiek, organisatie en netwerk meespelen in de manier waarop de methodiek wordt geïmplementeerd. Voorafgaand aan de interviews werden voorbereidingsdocumenten, implementatieprotocollen en evaluaties van de methodieken geanalyseerd.

De sterkte van dit onderzoek situeert zich in een doorgedreven analyse van enkele casussen over het waarom van hinderpalen en sterktes bij de verspreiding van methodieken. Het onderzoek doet beroep op kwalitatieve methodologie waardoor inzicht kan worden verkregen in zowel de houding van actoren op het terrein, als in de praktische struikelpunten bij de verspreiding van methodieken.

Hoofdstuk 1

Probleemverkenning

1.1 Probleemstelling en onderzoeksvraag

Uit de praktijk blijkt dat wetenschappelijk onderbouwde en planmatig ontwikkelde methodieken niet altijd geïmplementeerd worden. De overbrenging binnen de keten van ontwikkelaar naar gebruiker is niet altijd optimaal. Dit onderzoek beschrijft zowel het huidige verloop van het implementatieproces van methodieken in Vlaanderen alsook de reacties van de actoren, en formuleert tenslotte aanbevelingen om de efficiëntie van de implementatie te verhogen.

Vooreerst worden de gehanteerde concepten verduidelijkt. Er werden enkel casussen geselecteerd. Hiervan werden de implementatieplannen en projectvoorstellen geanalyseerd. Nadien werden actoren uit het implementatieproces van de methodieken bevraagd met oog op het verkrijgen van inzicht in het verloop van het implementatieproces. De actoren werden bevraagd naar ervaring met en inhoud van de methodiek, maar ook naar organisatorische context, organisatiecultuur en onderlinge relaties. Daartoe werden bijkomende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Wat zijn de werkzame componenten van de methodiek? Is er een implementatieplan en wat is vastgelegd in dat implementatieplan in vergelijking met de richtlijnen van Bartholomew et al. (2011) (zie bijlage 2)?
- Zijn er implementatievoorwaarden vastgelegd door de ontwikkelaar van de methodiek en op welke manier werden deze geformuleerd? Wat is uiteindelijk van dat implementatieplan uitgevoerd volgens de verschillende actoren?
- Welke zijn de methodiek gebonden kenmerken die een bevorderende of remmende invloed hebben op de implementatie volgens verspreiders en gebruikers?
- Welke zijn de sterke en zwakke punten in het implementatieproces waarmee momenteel gewerkt wordt in het preventieve gezondheidsbeleid en welke behoeften en randvoorwaarden formuleren de partners uit het werkveld?
- Welke verschillen zijn er in implementatie naargelang preventiethema, setting van implementatie en doelgroep?

1.2 Preventief gezondheidsbeleid

Vlaanderen concretiseert sinds 2003 een preventiedecreet. Preventieve gezondheidszorg krijgt er de definitie: “het deel van de gezondheidszorg dat maatregelen en acties omvat die tot doel hebben de gezondheid te bevorderen, te beschermen of te behouden” (Preventiedecreet, 2003). De Federale overheid laat de organisatie van een preventiebeleid sinds 1980 over aan de gemeenschappen (Vlaamse codex, 2009). In het preventiedecreet worden krijtlijnen uitgetekend om het preventielandschap in Vlaanderen vorm te geven (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2013). Het doel is om gezondheidswinst te behalen en zo de levenskwaliteit te verhogen (Vlaamse Codex, 2003). In 2011 werd een Vlinderakkoord afgesloten bepalende dat vanaf 2014 de gemeenschappen volledige zeggenschap krijgen over het preventiebeleid. Een deel van de financiering komt echter nog steeds van de federale overheid. Vanuit het preventiedecreet worden instrumenten ter preventie onderscheiden:

gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Vlaanderen opteert voor een facettenbeleid, wat wil zeggen dat preventie-initiatieven eveneens worden genomen in andere beleidsdomeinen buiten het gezondheidsdomein. Bij de verschillende initiatieven wordt gestreefd naar kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie (Nuyens & Mertens, 2012). Het preventiedecreet krijgt vorm onder zes concrete **gezondheidsdoelstellingen**, die ook nog deeldoelstellingen kennen. Er werden doelstellingen geformuleerd voor zes thema's: voeding en beweging, zelfdoding (en depressie), alcohol, tabak en drugs, ongevallen in de privésfeer, vaccinaties en borstkankeropsporing. De overheid doet beroep op gezondheidsconferenties om de gezondheidsdoelstellingen vorm te geven. In het kader van die gezondheidsdoelstellingen nemen verschillende organisaties initiatieven. Deze initiatieven dienen bij aanvraag voor subsidiëring wetenschappelijk onderbouwd zijn (Vlaamse codex, 2003).

In het decreet betreffende de preventieve gezondheidszorg werd een samenwerking vastgelegd met volgende actoren: partnerorganisaties, logo's, organisaties met terreinwerking en individuele zorgaanbieders.

- **Partnerorganisaties** zijn expertisecentra met deskundigheid in een of meerdere domeinen van de preventieve gezondheidszorg. Zij geven eveneens ondersteuning aan de andere actoren. Hun taken bevinden zich vooral op niveau van het geven van advies, het ontwikkelen van tools en het bieden van ondersteuning naar implementatie en gebruik van deze tools. Er wordt met de partnerorganisatie een beheersovereenkomst opgesteld. In dit onderzoek zijn de partnerorganisaties de verantwoordelijken voor de ontwikkeling van de methodieken.
- **Logo** staat voor locoregionaal gezondheidsoverleg en is een lokale netwerkorganisatie. Hun specifieke opdracht is om methodieken die gezondheidsbevordering en/of ziektepreventie beogen te verspreiden op locoregionaal niveau binnen hun netwerk. In dit onderzoek zijn de logo's de verantwoordelijken voor de verspreiding van de methodieken.
- De derde groep actoren zijn de **organisaties met terreinwerking**. Zij staan naast individuele zorginstanties in voor het veldwerk. In dit onderzoek kunnen de organisaties met terreinwerking zowel implementeerders zijn van methodieken of intermediairs voor de verdere verspreiding van methodieken al dan niet in samenwerking met de logo's.
- Naast deze "formele" terreinwerkers kunnen ook nog **tal van andere personen en organisaties** een methodiek implementeren of een intermediaire rol vervullen in de verspreiding van een methodiek. In dit onderzoek worden ze ook als implementeerders of intermediairs omschreven. De verschillende actoren moeten samenwerken voor de implementatie van methodieken. Ze vormen een keten met het oog op het realiseren van een gezondheidsdoelstelling.

1.3 Gezondheidsdoelstellingen

De eerste gezondheidsdoelstellingen werden opgesteld in 1998 en worden regelmatig geëvalueerd en aangepast. Gezondheidsdoelstellingen zijn specifieke, meetbare en algemeen aanvaarde doelstellingen binnen een bepaalde periode. De betreffende doelstellingen en strategieën om ze te implementeren worden bepaald in gezondheidsconferenties.

1.3.1 Voeding en beweging

De gezondheidsdoelstelling voeding en beweging kent als hoofddoelstelling: "**Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door een stijging van het aantal mensen dat voldoende fysiek**

actief is, evenwichtig eet en een gezond gewicht nastreeft." Er zijn vijf subdoelstellingen die concreet en cijfermatig afbakenen welke gezondheidswinst gewenst is. Ten behoeve van deze doelstelling werd tevens een Vlaams actieplan opgesteld en is er een gezondheidsconferentie geweest in 2008. Verder is er een Werkgroep Voeding en Beweging actief die het actieplan opvolgt en hierover advies geeft (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2013).

1.3.2 Zelfdoding

De gezondheidsdoelstelling rond zelfdoding (en depressie) werd geconcretiseerd in een conferentie en bevat een actieplan. Dit actieplan loopt over een termijn van acht jaar, van 2012 tot 2020. De doelstelling luidt: **"Tegen 2020 is het aantal suïcides in Vlaanderen met 20% gedaald ten opzichte van het jaar 2000."** Er werden vijf strategieën uitgetekend om deze doelstelling te realiseren (Vlaams Agentschap Zorg en gezondheid, 2013).

1.3.3 Tabak, alcohol en drugs

De hoofddoelstelling van de gezondheidsdoelstelling omtrent tabak, alcohol en drugs is als volgt omschreven: **"Het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen."** Hierop werden doelstellingen per middel geënt. Ook aan deze doelstelling ging in 2006 een gezondheidsconferentie vooraf.

1.3.4 Bevolkingsonderzoeken naar kanker

Recent werd de gezondheidsdoelstelling rond borstkankeropsporing uitgebreid naar de algemenere doelstelling bevolkingsonderzoeken naar kanker. Deze doelstelling wil: **"Tegen 2020 zijn de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst, en dikke darm efficiënt georganiseerd, rekening houdend met kosteneffectiviteit en met maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties op vlak van bevolkingsonderzoek, en dragen ze bij tot gezondheidswinst voor de bevolking van Vlaanderen."** Er worden voor deze doelstelling vijf subdoelstellingen gehanteerd. Na een voorbereidingstraject in vier werkgroepen en een stuurgroep werd deze gezondheidsdoelstelling in een gezondheidsconferentie voorgesteld op 14 december 2013 (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2014).

1.3.5 Ongevallen in de privésfeer

De doelstelling, ongevallen in de privésfeer, werd tot op heden niet vernieuwd. Toch lopen er nog verschillende acties om ongevallen in de privésfeer te voorkomen. De oude doelstelling daterend van 1998, luidde als volgt: **"In het jaar 2002 moet het aantal dodelijke ongevallen in de privésfeer en in het verkeer afnemen met 20 %."** (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2010).

1.3.6 Vaccinaties

De gezondheidsdoelstelling betreffende vaccinaties kreeg vorm in een gezondheidsconferentie in 2012. De doelstelling klinkt als volgt: **"Tegen 2020 moet een kwaliteitsvol vaccinatiebeleid in Vlaanderen erop gericht zijn de bevolking gedurende het hele leven doeltreffend te beschermen tegen vaccineerbare infectieziekten die een ernstige impact kunnen hebben op de levenskwaliteit."** (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2013).

In deze studie worden de doelstellingen over vaccinaties en bevolkingsonderzoeken naar kanker niet opgenomen.

1.4 Gezondheidsindicatoren

De gezondheidsdoelstellingen doen beroep op cijfermatige gegevens om ze meetbaar te maken. Deze cijfermatige gegevens heten de gezondheidsindicatoren. Jaarlijks worden cijfers vrijgegeven die de toestand op vlak van gezondheid in Vlaanderen weergeven en kaderen. Het zijn deze cijfers die de basis vormen om de gezondheidsdoelstellingen op te stellen en te evalueren (Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging, 2014).

1.5 Methodieken

Een methodiek is het voorwerp van het implementatieproces.

Een methodiek is een zorgvuldig uitgewerkte en geëvalueerde methode die als pakket in een proces wordt aangeboden met als doel gedragsverandering bij de directe of indirecte doelgroep te bereiken. In de literatuur worden ook wel de termen innovatie, programma of interventie gebruikt als gelijkwaardige begrippen voor methodiek. In dit onderzoek wordt beroep gedaan op de term methodiek.

Om de determinanten van het gedrag te veranderen worden theoretische methodes aangewend die gestalte krijgen in een applicatie. Een methode kan vorm krijgen in verschillende applicaties. Wanneer theoretische methodes en applicaties werden afgelijnd, dienen deze nog hun toepassing te vinden in materialen. Het zijn ondersteuningsstukken die de methodes en applicaties concretiseren. Het is het pakket aan materialen dat de methodiek vormt en dat deel uitmaakt van het implementatieproces (Bartholomew, 2011). Acties gericht naar de intermediairs kunnen echter ook deel uitmaken van een methodiek. Deze acties zijn dan gericht op het zo goed mogelijk verspreiden van de methodiek.

De ontwikkeling van de methodiek en de implementatie ervan zijn 2 onderscheiden fasen in het bereiken van de vooropgestelde doelstellingen.

1.5.1 Ontwikkeling

In de fase van ontwikkeling wordt het probleem grondig geanalyseerd. Een methodiek wordt in deze fase wetenschappelijk en theoretisch gefundeerd. Er worden antwoorden geformuleerd op volgende vragen:

- Voor wie en op welk gebied wil gezondheidswinst gecreëerd worden?
- Wat moet worden veranderd om deze gezondheidswinst te bekomen?
- Op welke determinanten moet worden ingespeeld om dat gedrag te veranderen?
- Hoe kunnen die determinanten worden beïnvloed?

Dat proces wordt idealiter in vier stappen uitgetekend, eerst wordt een probleem analyse (inclusief contextanalyse, zelfs belangrijker dan probleem) uitgevoerd, vervolgens worden de uitkomsten van de methodiek bepaald, de daartoe gewenste gedragsveranderingen en de te veranderen determinanten, in stap drie worden theoretische methodes en praktische applicaties ontwikkeld, in stap vier is er de uiteindelijke ontwikkeling van de methodiek (Bartholomew et al., 2011). Bij de uittekening van dat

plaatje moeten we oog hebben voor noden en behoeften van de doelgroep. De uitkomst is een interventie die naar voor komt als methodiek.

1.6 Implementatie

Implementatie wordt in deze nota, net als in de praktijk, tweeledig gebruikt. Enerzijds om het gehele proces, dat begint na de ontwikkeling van de methodiek tot gebruik van de methodiek te duiden, anderzijds ook voor de specifieke handeling om de methodiek bij de doelgroep of omgevingsactoren toe te passen.

In dit hoofdstuk betreft implementatie de in de praktijk bruikbare overkoepelende term voor diffusie, adoptie en implementatie van een methodiek.

Brug, van Assema & Lechner (2007) & Greenhalgh, et al. (2004) maken een onderscheid tussen diffusie of verspreiding die eerder vanzelf verloopt en disseminatie of geplande en doelbewuste verspreiding van een innovatie. Greenhalgh, et al. (2004) zien disseminatie niet als overkoepelend over de stappen van adoptie, implementatie en behoud, maar eerder als een vorm van verspreiding met als doel adoptie.

Gezondheidsbevordering is een proces op lange termijn, waarin de ontwikkeling van een innovatie of methodiek niet op zichzelf staat (Ader, Berensson, Carlsson, Granath & Urwitz, 2001; Bartholomew et al., 2011; Durlak & DuPre, 2008). De ontwikkelde interventie of methodiek moet om gezondheidswinst te creëren in de praktijk worden toegepast. Daartoe dient ze te worden verspreid en geïmplementeerd (Bartholomew et al., 2011; Greenhalgh, et al., 2004). Wallace, Brown & Hilton (2014) noemen implementatie een vorm van kennisoverdracht of de mate waarin impact en uitkomsten van onderzoek worden toegepast in de praktijk. Het gaat vooral om het adequaat communiceren naar de respectievelijke settings om op die manier innovaties in de praktijk toegepast te krijgen. Rogers (1995) noemt in zijn *diffusion of innovations* theorie de verspreiding van innovaties een proces waarbij een innovatie wordt gecommuniceerd doorheen verschillende kanalen over een bepaalde tijd naar leden van een bepaald systeem. Het is de bedoeling dat met communicatie de ideeën naar elkaar toegroeien. De beslissing om een innovatie op te nemen is een proces waarin vijf stappen kunnen worden onderscheiden: kennis – overtuiging – beslissing – implementatie – aanpassing. De eerste twee stappen zijn uitkomsten van het implementatieplan. In het eigenlijke implementatieproces of het proces dat een methodiek doorloopt van idee tot uitvoering kunnen drie stappen worden onderscheiden. Na de ontwikkelingsfase moet door de adopters worden beslist om de methodiek al dan niet te gebruiken, dit heet *de adoptiefase*. De methodiek dient vervolgens ingang te vinden bij de doelgroep bij wie gezondheidswinst moet worden verkregen, dit is *de implementatiefase*. Om de gezondheidswinst te behouden en de impact van de methodiek te verhogen is het van belang dat de methodiek wordt geïstitutionaliseerd, dit is *de behoudsfase* (Bartholomew et al., 2011).

Vaak wordt een effectieve verspreiding gemeten aan het deel van de methodiek dat wordt aangeboden en het deel van de methodiek dat wordt ontvangen (Bartholomew, et al.; Wierenga, et al. 2013). Studies naar bereik van methodieken in praktische applicaties zijn schaars. Het wijst er wel op dat wanneer het implementatieproces wordt overdacht, er een groter bereik is (Evenson, et al., 2013; Schneider, et al., 2013). Kernwoorden in het voorafgaande denkproces zijn de noden van de doelgroep analyseren, betrokkenheid van de verschillende stakeholders in de ontwikkeling, flexibiliteit, integratie en multidisciplinariteit (Wierenga, et al. 2012).

1.6.1 Adoptie

De methodiek gaat weinig bereiken wanneer ze bij de ontwikkelaars blijft liggen. Ze dient geadopteerd te worden door beslissingnemers op het terrein. Een adoptie is een beslissing of een reeks van beslissingen in organisaties om de methodiek te gebruiken. Bij deze beslissing gaan de bevoegde actoren voor- en nadelen van de methodiek afwegen en omzetten naar een intentie om deze al dan niet te gebruiken (Bartholomew, et al., 2011; Bopp, Saunders & Lattimore, 2013; Paulussen, Wiefferink & Mesters in Brug, van Assema & Lechner, 2007). Van belang in deze fase zijn *program champions* en innovatoren. Innovatoren zijn individuen die een nieuwe methodiek een kans geven na eerste communicatie over de methodiek, zonder dat de ontwikkelaars hen geheel moeten overtuigen. *Program champions* hebben veel invloed op de adoptie van een methodiek in een organisatie, het zijn analytische personen met strategische en invloedrijke relaties binnen organisaties (Bartholomew, et al., 2011). Om adoptie adequaat te laten verlopen dient te worden nagedacht wat de adopters tot adoptie van de methodiek gaat brengen (Bartholomew, et al., 2011). Verschillende factoren beïnvloeden adoptie: Huijg et al. (2013) deden een Delphi-studie naar de beïnvloedende factoren en lijkten items op die en van invloed zijn en veranderbaar: de financiële mogelijkheden, de toegankelijkheid van de doelgroep, aanwezigheid van een gezondheidsprobleem, ondersteuning voor de methodiek vanuit verzekeringsmaatschappijen, tijd om de methodiek aan te leveren, ondersteuning van professionals binnen de organisatie, aanwezigheid van methodiekkampioenen binnen de organisatie, de attitudes van de adopters jegens de methodiek en jegens de effectiviteit van de methodiek (Huijg, et al., 2013).

1.6.2 Implementatie

Implementatie is de stap na adoptie van een methodiek. Van de eerste keuze voor de methodiek naar gebruik van een methodiek (Wallace, Brown & Hilton, 2014; Paulussen, Wiefferink & Mesters in Brug, van Assema & Lechner, 2007). Scheerder, Van den Broucke & Saan (2003) noemen het 'toepassen van het programma'. Durlak & DuPre (2008) spreken van wat een programma (methodiek) bevat, wanneer het wordt aangeboden in een bepaalde setting. De methodiek moet namelijk gegeven worden aan de doelgroep en de implementeerders hebben als taak de methodiek tot bij de doelgroep te brengen. Drie dimensies van implementatie zijn belangrijk, namelijk *fidelity*, of de mate waarin de methodiek is geïmplementeerd met intacte strategieën en methoden, *completeness*, of de proportie van methodiekcomponenten die werden aangebracht, *dose*, ofwel het aantal delen of hoeveelheid van de methodiek dat participanten ontvangen (Bartholomew, et al., 2011). Durlak & DuPre (2008) voegen nog vijf aspecten toe, namelijk *participant responsiveness*, of in welke mate volgt de methodiek de interesses van de participanten en kan het hun aandacht houden, *differentiation*, of kan de methodiek worden onderscheiden van andere methodieken, *control conditions*, of in welke mate zou de doelgroep dit al ontvangen hebben, *reach*, in welke mate zijn participanten betrokken, *adaptation*, veranderingen tegenover de originele methodiek. Deze dimensies worden geassocieerd met betere methodiekuitkomsten (Bopp, Saunders & Lattimore, 2013). Implementatie blijkt in ieder geval een cruciale factor voor de uitkomst van de methodiek, de gemiddelde effectgrootte is tenminste twee tot driemaal groter bij adequate implementatie, 76% van de studies in hun meta-analyse rapporteerden een significante positieve relatie tussen het niveau van implementatie en minstens de helft van de methodiekuitkomsten (Durlak & DuPre, 2008). Bij het voorbereiden van de implementatie is het belangrijk om de achtergrond van de implementeerders te kennen. Andere invloedsfactoren zijn: zicht hebben op het doel van implementatie, de stappen die aan een efficiënte implementatie voorafgaan, wat bij de implementeerders dient te veranderen opdat ze de methodiek adequaat bij de doelgroep zouden

brengen, op welke determinanten moet worden ingespeeld en hoe dat dan gaat gebeuren. In de implementatiefase kunnen eveneens enkele moeilijkheden worden geduid. Huigh et al. (2013) spreken over volgende veranderbare en belangrijke factoren: financiële mogelijkheden van organisaties en professionals, toegang tot de doelgroep, tijdsinvestering om de methodiek aan te bieden, aanwezigheid van de doelgroep binnen de organisatie, feedback van de deelnemers, kennis van de aanbieders, vaardigheden van de aanbieders, motivatie van de aanbieders, ervaring van de implementeerder met de effectiviteit van de methodiek en succes van de introductie.

1.6.3 Behoud

Gedragsverandering is een proces, met als gevolg dat een eenmalige confrontatie met de methodiek niet altijd het gewenste effect teweeg zal brengen. Het is dus van belang dat de methodiek op een of andere manier een prominentere plaats krijgt binnen de organisatie. Behoud refereert naar de verderzetting van de methodiek buiten een initiële fase. Er zijn verschillende niveaus van behoud, een methodiek kan bijvoorbeeld jaarlijks terug keren of eventueel geïnstitutionaliseerd worden. De terminologie die gebruikt wordt in dit kader, klinkt als volgt: *passages* zijn het jaarlijks herhalen van de methodiek, *routines*, zijn structuren en functies eigen aan de organisatie waar de methodiek is ingebouwd, *niche saturation*, of complete integratie in structuren en functies (Bartholomew, et al., 2011). Er zijn meerdere manieren om naar behoud te kijken: aandacht blijven houden voor het probleem, verderzetten van activiteiten, behoud van de gezondheidsuitkomsten en capaciteit (noodzakelijke motivatie en mogelijkheid in de aanbiedende entiteiten, Durlak & DuPre, 2008) in de ontvangende omgeving behouden. Bopp, Saunders & Lattimore (2013) vermelden dat de methodiek vaker wordt beëindigd dan behouden. Ook hier duidt Huijg et al. (2013) enkele factoren die veranderbaar en belangrijk zijn tot behouden van de methodiek: duurzaamheid van de innovatie, financiële mogelijkheden van organisaties en professionals, toegankelijkheid van de doelgroep, netwerk, tijd om methodiek aan te bieden, aanwezigheid van de doelgroep binnen de organisatie, feedback van de participanten, motivatie van de aanbieders om de methodiek aan te bieden en het succes van de introductie.

1.7 Implementatieplan

Bovenstaande tekst schetst de verschillende stappen in het proces van een methodiek doorheen de implementatieketen. Deze stappen worden vorm gegeven in een implementatieplan waar onder andere randvoorwaarden worden vermeld en materiaal wordt aangereikt. Een protocol is belangrijk om een vooraf bepaald effect te genereren (Glasgow, Lichtenstein & Marcus, 2003). Zowel de methodiek als de specifieke set taken tot implementeren dient te worden beschreven in detail zodat ook leken de sterkte en inhoud van de methodiek kunnen inzien (Fixsen, et al., 2005). Het implementatieplan bestaat uit een aparte interventie voor implementatie van de methodiek: welk gedrag moeten de verschillende actoren stellen om de methodiek te implementeren, welke determinanten dienen daartoe te worden veranderd en op welke manier gaan we deze veranderen (Armstrong, et al., 2013; Bartholomew, et al., 2011). Armstrong, et al. (2013) vermelden de nood aan een op maat gemaakte ondersteuning, training, doelgerichte communicatie en samenvatting van onderzoek die de methodiek onderbouwd. Het implementatieplan mag echter niet te rigide zijn, verschillende auteurs maken melding van het belang van mogelijke aanpassing in implementatie aan de setting. Het gaat voornamelijk over wederzijdse aanpassing, de gebruiker past zich aan aan de methodiek en de methodiek aan de gebruiker. Daarbij

mogen de fundamente van de methodiek niet verloren raken, anders is deze misschien niet meer even effectief (Paulussen, Wiefferink & Mesters in Brug, van Assema & Lechner, 2007; Wierenga, et al. 2012; Wierenga, et al. 2013). Bij een onderzoek naar de verspreiding van een methodiek om fysieke activiteit te verhogen in een Amerikaanse setting vond men dat 50% van de professionelen op de hoogte was van het implementatieplan, echter zij gebruikten het zelden tot nooit (Evenson, et al., 2013). Er kan een spanning optreden tussen de opvolging van het originele plan en de aanpassing van de methodiek aan de setting, ook het vertalen van effectieve methodieken in de praktijk blijkt een uitdaging. De realiteit blijkt immers complex en gevarieerd, dat vraagt om flexibele en adaptieve methodieken, terwijl onderzoekers zoeken naar interne validiteit van de methodiek. Aanpassing van de methodiek gebeurt zeer frequent in de praktijk, methodieken die flexibiliteit toelaten, worden vlugger geïmplementeerd en behouden. Daartoe dient een methodiek beschreven te worden als een proces in plaats van een gestandaardiseerde set activiteiten. Met oog op het opstellen van dit implementatieplan dient er zicht te zijn op wat bereikt wil worden met de methodiek, de benadering die men daarvoor wenst te gebruiken en de onderliggende theorie of filosofie. Inzicht in hoe de methodiek conceptueel tot resultaten leidt is belangrijk (Bopp, Saunders & Lattimore, 2013; Paulussen, Wiefferink & Mesters in Brug, van Assema & Lechner, 2007). In de voorgaande beschrijving van adoptie, implementatie en behoud werden enkele factoren vermeld die van invloed zijn op deze stappen. Deze factoren kunnen in het implementatieplan meegenomen worden en worden beïnvloed, bijvoorbeeld het geven van een workshop om de bekwaamheid te verhogen (Huijg et al., 2013).

1.8 Het begrip ‘keten’

In voorgaande alinea's werd aangegeven dat de verschillende actoren in de gezondheidsbevordering in Vlaanderen een keten vormen om gezondheidsdoelstellingen te bereiken. De management literatuur reikt inzichten aan voor het managen van dergelijke ketens en voor de analyse van de activiteiten van dergelijke ketens. De voornaamste begrippen uit de relevante literatuur worden hierna geduid.

Netwerken vormen verbanden die nodig zijn om ketens uit te werken (Van Tomme, Voets & Verhoest, 2011). Om het begrip keten te situeren, wordt eerst het begrip netwerk gekaderd.

1.8.1 Netwerken

Het algemeen kader voor dienstverlening heet de beleidsomgeving, daaronder bevinden zich verschillende netwerken die over ketens heen coördineren, onder het ketenniveau kan de intermediair (zie 1.6. intermediairs) worden gesitueerd. Een netwerk kan gedefinieerd worden als volgt: *“Sets van horizontale relaties met een zekere mate van stabiliteit en structurering tussen meerdere (semi-) autonome actoren, die afhankelijk zijn van hulpbronnen, waarin er een uitwisseling is van deze hulpbronnen door onderhandelen, en dit met het oog op het bereiken van een publiek doel”* (Voets, 2008 in Van Tomme, Voets & Verhoest, 2011). Een netwerk is dus een samenwerkingsverband van verschillende (semi-) autonome actoren. De actoren opereren relatief zelfstandig, niet hiërarchisch, maar hebben toch een wederzijdse afhankelijkheid. Deze samenwerking heeft enkele implicaties, zo vraagt ze naar samenwerkingsexpertise, een integrale aanpak, het zich op elkaar afstemmen in een veranderingsproces en eveneens dienen de voorwaarden tot samenwerking structureel te worden verankerd. Organisaties willen vaak uitblinken als individuele organisatie, maar de uitdaging is om ook gemeenschappelijke doelen te bepalen. Netwerken kun je op verschillende manieren bekijken: als organisatiestructuur, met elkaar verbonden; als beleidsinstrument, om een bepaald doel te bereiken;

als samenwerkingsvorm, geen doel op zich of enkel een instrument (Beemer, et al., 2003; De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1995; De Wulf & Daelemans, 2005; Leibbrand, Boonstra & Zomer, 2007; Van Tomme, Voets & Verhoest, 2011). De kenmerken worden door De wulf & Daelemans (2005) omschreven als wederzijdse afhankelijkheid, variëteit aan semi-autonome actoren, duurzaam karakter van relatiepatronen en dynamiek. Netwerken blijken belangrijk voor kennisoverdracht en steun met betrekking tot het verspreiden van gezondheidsbevorderingmethodieken (Armstrong, et al., 2013; Bauman, et al., 2006; Durlak & DuPre, 2008; greenhalgh, et al., 2004; Rubenstein & Pugh, 2006).

Netwerken blijken een invloed te hebben op de al dan niet vlotte verspreiding van een methodiek. Uit een onderzoek van Bekkers, Korteland, Müller & Simons (2006) komt naar voor dat kennis meer gedeeld wordt bij intensieve en kwalitatief hoogwaardige contacten. Een gelijkwaardig referentiekader is bevorderend voor samenwerking, maar kan soms het open staan voor innovaties afremmen. Uit voorgaand onderzoek bleek dat wederzijdse afhankelijkheid zorgt voor druk om innovaties te adopteren. Een gedegen samenwerking leidt tot het versterken van communicatie en een betere adoptie. Contacten in vertrouwen leiden namelijk tot kennisdeling. Netwerken blijken dan ook bevorderlijk voor de implementatie van een methodiek (Schell, et al., 2013).

1.8.2 Ketens

De overeenkomst tussen netwerken en ketens situeert zich op niveau van gelijke basiskenmerken, maar ketens werken meer op operationeel niveau, terwijl netwerken meer visiegericht zijn. Ketens brengen ordening in handelingen binnen netwerken (Konijn & Van der Aa, 2001). Netwerken kunnen gezien worden als de context van ketens. Ketens worden als volgt gedefinieerd: *“een samenhangend geheel van geschakelde input- en outputprocessen, gericht op voortbrenging van een product of dienst”* (De Bruijn & ten Heuvelhof, 1995). Konijn en Van der Aa (2001) benoemen ketens als een *“specifieke vorm van interorganisatorische samenwerking”* en *“ze verbinden handelingen van organisaties die samen iets kunnen betekenen voor een cliënt.”* Ketens baseren zich op samenwerkingsafspraken tussen (koepel)organisaties, veelal met als doel om complexe problemen aan te pakken en vanuit een nood aan afstemming en een adequaat aanbod. Ketens ontwikkelen zich als er meerdere organisaties en disciplines dienen samen te werken aan methodieken. Ketens zijn processen waarin activiteiten elkaar opvolgen om doelstellingen, een vooraf bepaald resultaat, te bereiken. Er moet een afstemming zijn tussen de waarden van waaruit methodieken vertrekken en de waarden van de meewerkende organisaties (Beemer, et al., 2003; De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1995; De Wulf & Daelemans, 2005; Leibbrand, Boonstra & Zomer, 2007; Van Tomme, Voets & Verhoest, 2011).

Ketens zijn ontstaan vanuit de nood aan extern gerichte werkwijzen, die vraag gestuurd zijn. Dit vraagt nieuwe tijdelijke en organische structuren. Meestal is een tijd van onzekerheid of een complexe vraag een goede ruimte voor verandering. Door middel van samenwerking kan worden ingespeeld op complexiteit. Ketens worden gezien als een antwoord om in te spelen op de hedendaagse maatschappij door middel van het bieden van overzicht en ordening in de netwerksamenleving, het omgaan met menselijke diversiteit en dynamiek, het realiseren van maatschappelijke vraaggestuurde opgaven. Daarnaast zijn ketens een manier om publieke verantwoordelijkheid en private aansprakelijkheid te onderscheiden en te verbinden. Net als bij de ontwikkeling van preventiemethodieken krijgt de doelgroep binnen ketens een belangrijke plaats (Bartholomew, et al., 2011; Konijn & Van der Aa, 2001). Er zijn nogal wat vereisten voor (een goede sturing van) ketens. Zo moeten ze verbonden en afgestemd zijn, leiden tot een bevredigend product, er moet waardevermeerdering voor de eindgebruiker zijn, ketens dienen activiteiten te verbinden in een samenhangend proces, een overstijgend maatschappelijk

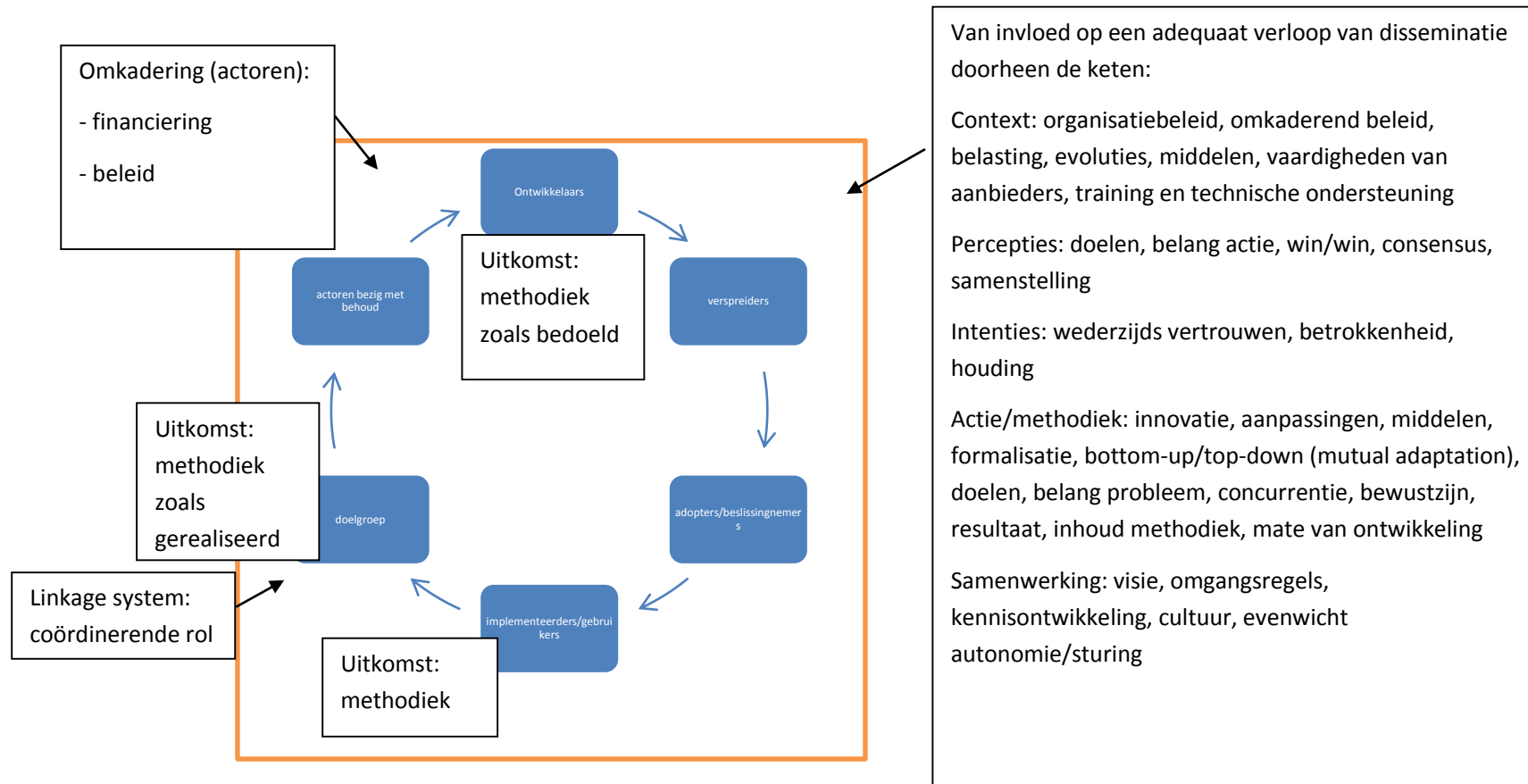
doel na te streven, er dient een gezamenlijk beeld te zijn, naast ketenafspraken, trajectbeheer en ruimte voor experimenten. Verder blijkt de context van belang en vereisen ketens een andere sturing dan hiërarchie en macht, er zijn namelijk meerdere regisseurs die de keten aansturen. De partners moeten een verantwoordelijkheid hebben, er dient vertrouwen te heersen, tijd tot samenwerking en er is nood aan bevestiging en afspraken. Ten slotte moet er mogelijkheid zijn tot een gedeeld kennisniveau en een gemeenschappelijke taal. Ketens betreffen in principe vrijwillige samenwerkingsverbanden, partners moeten dus zelf nood hebben aan ketenontwikkeling en tot een gedeeld probleembesef komen. Ketens slagen enkel als zij een kader vormen waarbinnen doelen van professionelen en cliënten samen vallen (Konijn & Van der Aa, 2001).

1.9 Moeilijkheden bij de implementatie van methodieken

Uit de literatuur komt naar voor dat de implementatie van een methodiek complex is. Er is een kloof tussen effectieve methodieken op niveau van ontwikkeling en implementatie in de praktijk. In gecontroleerde studies is de context vaststaand, in realiteit is de context variabel en complex (Glasgow, Lichtenstein & Marcus, 2003). In bovenstaande uiteenzetting over ketens kan worden opgemaakt dat het niet evident is om een proces doorheen een keten op een goede manier te laten verlopen. Bartholomew et al. (2011) wijst op de nood aan een adequate planning van het implementatieproces, om problemen en variaties in context bij voorbaat in acht te nemen. Het gebruiken van een methodiek vereist twee zaken: een methodiek die zo is uitgewerkt dat ze aantrekkelijk is om te worden geadopteerd, geïmplementeerd en gecontinueerd. Ten tweede dienen er ook adequate interventies te worden uitgewerkt om de adoptie, implementatie en verderzetting van een methodiek te beïnvloeden. Enkele mogelijke elementen die aan de basis liggen van niet toegepaste methodieken zijn: de verantwoordelijkheden worden elders gelegd, implementeerders werden niet meegenomen in de ontwikkeling van de methodiek, er werd geen rekening gehouden met de vraag van de markt, de methodiek is niet aangepast aan de doelgroep, aan de context, of aan de capaciteit van de implementerende organisatie (Bartholomew, et al. 2011; Bond & Hauf, 2004). Enkele van deze aspecten vinden we ook terug in het adequaat managen van ketens, zo wordt de belasting van de organisatie genoemd, het omkaderende beleid, etc. De literatuur rond ketens spreekt van beïnvloedende factoren op de keten. Deze kunnen naar analogie van het DISC-model, het Diagnosemodel voor duurzame integrale samenwerking, worden opgedeeld in factoren op basis van context, op basis van percepties, op vlak van intenties, op vlak van de methodiek en op vlak van samenwerking (Leurs et al, 2003). Fleuren, Paulussen, van Dommelen & Van Buuren (2012) en Wierenga, et al. (2013) hanteren een opdeling naar determinanten met betrekking tot de innovatie, determinanten met betrekking tot de intermediairs, determinanten met betrekking tot de organisatie en determinanten met betrekking tot de sociaal politieke omgeving. Wierenga et al. (2013) voegt er nog determinanten specifiek van de gebruiker aan toe. Vanuit deze opdeling vertrekkend, kunnen enkele items bekeken worden om de implementatie doorheen ketens te evalueren. Zo kunnen op contextvlak vragen worden gesteld naar de kenmerken van het organisatiebeleid, het omkaderende beleid, de belasting van de organisatie op dat moment, evoluties in de organisatie en middelen. Op vlak van percepties kunnen vragen worden gesteld naar de doelen, het belang om actie te ondernemen, in welke mate er na deelname in de keten en opname van de methodiek een win/win situatie te duiden valt, of er consensus bereikt kan worden, alsook de tevredenheid met de samenstelling van het netwerk. Op vlak van intenties blijken wederzijds vertrouwen, betrokkenheid en houding (bv. tegenover verandering) belangrijk. Verder moeten ook vragen gesteld worden omtrent de methodiek, zoals de mate waarin het een innovatie betreft, de

aanpassingen die kunnen gebeuren terwijl de methodiek toch voldoende behouden blijft, de middelen voorhanden vanuit de ontwikkelaars, de mate van formalisatie, of deze al dan niet bottom-up is ontwikkeld, welke doelen de methodiek kent en al dan niet verenigbaar met organisatiedoelen, het belang van het probleem, welke concurrentie er is voor de methodiek, of er bewustzijn is van het probleem, of het resultaat van de innovatie verwacht, gewenst en aantrekkelijk is, de inhoud van de methodiek en op welk punt deze in de ontwikkeling staat. Op vlak van samenwerking kunnen gemeenschappelijke visie, omgangsregels, systeem van kennisontwikkeling, cultuur en het evenwicht tussen autonomie en sturing bekeken worden (zie figuur hieronder) (Beemer, et al, 2003; Bopp, Saunders & Lattimore, 2013; Helmink, et al., 2012; Leibbrand, Boonstra & Zomer, 2007; Van Acker, 2012; Van Nassau, et al., 2013; Van Tomme, Voets & Verhoest, 2011). Daarnaast kunnen op het implementatieproces ook invloeden van omkaderende actoren worden bekeken, namelijk de financiering en het beleid (Wierenga, et al. 2012). Wanneer we het implementatieproces van een methodiek op een keten uitzetten kan het basisproces in de evolutie van de methodiek vanaf de ontwikkeling tot behoud als uitgangspunt worden genomen. Dit is een iteratief proces.

Figuur 1 Model keten: implementatieketen van een methodiek



Gebaseerd op: Beemer, et al, 2003; Bopp, Saunders & Lattimore, 2013; Durlak & DuPre, 2008; Greenhalgh, et al, 2004; Leibbrand, Boonstra & Zomer, 2007; Leurs et al, 2003; Fleuren, Paulussen, van Dommelen & Van Buuren (2012); Paulussen, Wieferink & Mesters in Brug, van Assema & Lechner, 2007; Van Acker, 2012; Van Nassau, et al., 2013; Van Tomme, Voets & Verhoest, 2011; Wierenga, et al. (2011)

We bespreken nu enkele studies die invloeden op het implementatieproces van een methodiek onderzochten. Methodieken worden eerder geïmplementeerd als gebruikers al worden geïncorporeerd bij de planning van de methodiek. Van belang bij de implementatie is ook de verenigbaarheid van doelen, vaardigheden, prioriteiten en werkpraktijken van de organisatie met die van de methodiek. Er dient naar overeenkomsten in deze zaken gezocht te worden. Wat eveneens bijdraagt tot toepassing van de methodiek, is wanneer gebruikers de strategie en benadering van de methodiek naar waarde schatten (Bopp, Saunders & Lattimore, 2013). May (2013) ziet drie steunpilaren voor actoren in het verspreidingsproces, namelijk capaciteit of socio-structurele bronnen, bekwaamheid of mogelijkheden vanuit de methodiek en potentieel of sociaal-cognitieve ondersteuning. In de studie van Huijg et al. (2013) en bij Singh, Chinapaw, Brug & van Mechelen (2009) komt naar voor dat in alle stappen van het implementatieproces de factoren tijd en financiële mogelijkheden van belang zijn. Wierenga, et al. (2013) identificeren in hun systematische review meer dan 50 implementatie barrières en facilitatoren bij gezondheidsbevordering-interventies op de werkvloer. De meest gerapporteerde facilitator was ondersteuning van het management, gebrek aan bronnen was de meest gerapporteerde barrière. Ze merken wel op dat de meeste van deze factoren niet systematisch gemeten werden, maar wel geobserveerd en gedocumenteerd op basis van ervaringen van de onderzoekers. Fixsen, et al. (2005) benoemen een positieve relatie tussen de effectiviteit van implementatie en monitorsysteem om de voortgang bij te houden, toegang tot technische hulp, de verwachte mogelijkheid van de organisatie om te gaan met risico's en geloof in de wetenschappelijke evidentie onderliggend aan de methodiek. De effectiviteit van implementatie was negatief gerelateerd aan de mate waarin hetgeen geïmplementeerd afweek van zijn oorspronkelijke vorm. Enkel het geven van informatie of enkel het geven van training leiden niet tot een effectieve implementatie van de methodiek, een lange termijn interventie op verschillende niveaus lijkt noodzakelijk (fixsen, et al., 2005). Paulussen, Wiefferink & Mesters in Brug, van Assema & Lechner (2007) vermelden dat deze invloeden niet objectief aanwijsbaar moeten zijn, maar wel waargenomen en ervaren door de intermediairs. Smit, de Vries & Hoving (2013) deden navraag bij professionelen in de zorg en hun intentie om een nieuwe methodiek te implementeren. Geassocieerd met deze intentie waren de karakteristieken van de innovatie, attitude en rekruteringssucces. Implementatie zou bepaald worden door de intentie om te implementeren, die weer bepaald wordt door attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit. De verwachte ondersteuning van de doelgroep was positief geassocieerd met de intentie tot implementatie, maar enkel wanneer ook de karakteristieken van de innovatie en attitude in acht waren genomen (Smit, de Vries & Hoving, 2013). Bij de implementatie van preventiemethodieken in school bleek dat motivatie tot implementatie belangrijk is, dat de materialen aangepast moeten zijn aan de doelgroep. De uitdaging lag op het niveau van het overtuigen van implementeerders en adopters, de gedetailleerde handleiding was een hulp, ook de socio-politieke context bleek van belang. Een methodiek mag geen te lange termijn beslaan, dat zou vermoeien, het essentiële zou dus in het begin moeten liggen (Bessems, et al., 2011; Singh, Chinapaw, Brug & van Mechelen, 2009). Kliche et al. (2012) vonden als negatieve factoren de complexiteit van een methodiek en het tekort aan middelen. Hierboven werden enkele barrières en voordelen naar implementatie van methodieken genoemd. Uit case studies van bauman, et al. (2006) kan worden opgemaakt dat deze barrières en voordelen variëren naargelang de setting en eigenheid van de methodiek en het beoogde gezondheidsvoordeel, ook Durlak & DuPre (2008) vermelden dit en vullen aan dat ook contexten variëren.

1.10 Samenvatting

Het beleid waarover in dit onderzoek sprake, betreft het beleid geënt op het preventiedecreet en geconcretiseerd in zes gezondheidsdoelstellingen, rond voeding en beweging, zelfdoding (en depressie), tabak, alcohol en drugs, borstkankeropsporing, ongevallen in de privésfeer en vaccinaties. De methodieken die als cases werden bevraagd betreffen de gezondheidsdoelstellingen rond voeding en beweging, zelfdoding (en depressie), tabak, alcohol en drugs en ongevallen in de privésfeer. Implementatie is besproken als een gefaseerd proces van verspreiding tot gebruik en behoud van een methodiek. Dit implementatieproces wordt op voorhand vorm gegeven in een implementatieplan. De methodiek doorloopt een keten van ontwikkelaars, over adopters naar implementeerders tot bij de doelgroep met, als einddoel in de meeste gevallen het behoud van de methodiek.

Een methodiek is een 'zorgvuldig uitgewerkte methode die als pakket in een proces wordt aangeboden met als doel gedragsverandering te bereiken.

Het gefaseerde proces in verspreiding van een methodiek door verschillende actoren, de implementatie, wordt in dit onderzoek besproken als een keten, waarbij de keten van implementatie van een methodiek gesitueerd wordt binnen een netwerk van actoren

Intermediairs van de methodiek zijn gedefinieerd als de actoren die betrokken zijn bij de verspreiding en adoptie, van een methodiek.

Een netwerk is een samenwerkingsverband tussen organisaties en individuen op het terrein. Een keten is een proces van input naar output met oog op het realiseren van een uitkomst. Met andere woorden: in het implementatieproces van een methodiek leggen de ontwikkelaars of de verspreiders een methodiek op het bord van de adopter. De adopter beslist daarop deze al dan niet te gebruiken, vervolgens wordt de methodiek doorgegeven aan de implementeerder, die deze methodiek op zijn of haar manier aanbiedt aan de doelgroep. Op die basis bouwen de actoren bezig met behoud naderhand verder. Dit proces is niet lineair, er is steeds interactie met en naar elke actor. Ondersteunende netwerken en adequaat ketenmanagement lijken belangrijk om implementatie te bevorderen.

Hoofdstuk 1.10 geeft een overzicht van de literatuur betreffende implementatie van preventiemethodieken en wat deze implementatie al dan niet kan bevorderen. Verschillende beïnvloedende factoren worden besproken, opgedeeld naar factoren eigen aan de context, eigen aan de keten, namelijk percepties, intenties en samenwerking en factoren eigen aan de methodiek. De meest prominente beïnvloedende factoren zijn tijd en middelen.

Voorgaand proces en de invloeden erop kregen vorm in een model keten (zie figuur 1, hierboven), waarop de methodieken kunnen worden uitgezet en bevraagd.

“Ideas are easy, implementation is hard” (Guy Kawasaki).

&

“Nobody accomplishes success by themselves” (Malcolm Gladwell).

=

“Networking means the act of exchanging information with people who can help you professionally”
(Michele Jennae).

Hoofdstuk 2

Methodologie

2.1. Onderzoeksvragen

Hoofdvraag

welke beleidsvoorstellen kunnen geformuleerd worden om een efficiëntere implementatie van methodieken op het vlak van het preventieve gezondheidsbeleid te genereren?

Deelvragen

- Welke zijn de sterke en zwakke punten in het implementatieproces waarmee momenteel gewerkt wordt in het preventieve gezondheidsbeleid en welke behoeften en randvoorwaarden formuleren de partners uit het werkveld?
- Welke verschillen zijn er in implementatie naargelang preventiethema, setting van implementatie en doelgroep?

Bijvragen

- Werden de werkzame componenten van de methodieken die deel uitmaken van de studie duidelijk geformuleerd?
- Is er een implementatieplan en wat is vastgelegd in dat implementatieplan in vergelijking met de richtlijnen van Bartholomew et al. (2011)?
- Welke zijn de methodiek gebonden kenmerken die een bevorderende of remmende invloed hebben op de implementatie volgens verspreiders en gebruikers?
- Zijn er implementatievoorwaarden vastgelegd door de ontwikkelaar van de methodiek en op welke manier werden deze geformuleerd?
- Wat is uiteindelijk van dat implementatieplan uitgevoerd volgens de verschillende actoren?

2.2. Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvraag op een adequate manier te beantwoorden werd beroep gedaan op kwalitatief onderzoek, namelijk gevalstudies (casestudies).

Kwalitatief onderzoek is de organisatie en interpretatie van niet-numerieke data om onderliggende dimensies en patronen van relaties te ontdekken (Polit & Beck, 2006). Vijf methodieken worden als casussen gekozen. In eerste instantie zullen de voorbereidingsdocumenten en implementatieplannen van de methodiek geanalyseerd worden en op die basis zal de methodiek worden besproken. Daarna werden interviews uitgevoerd om de casussen te bevragen. Op basis van de gehanteerde Model keten (fig. 1) werd een topiclijst opgesteld onder de vorm van een interviewgide opdat noodzakelijke vragen aan bod zouden komen om de onderzoeksvraag afdoende te beantwoorden.

2.2.1. Kenmerken kwalitatief onderzoek

2.2.1.1 GENERALISEERBAARHEID

Kwalitatief onderzoek heeft als doel de context van en het onderwerp te begrijpen en te beschrijven op basis van een grondige analyse. De conclusies van kwalitatief onderzoek beogen niet om representatief voor de gehele populatie te zijn (Mortelmans, 2011). De resultaten kunnen wel van toepassing zijn op een andere context. Wanneer deze contexten op cruciale criteria vergelijkbaar zijn. Daartoe is het dus belangrijk om de casussen nauwkeurig te selecteren met oog op de overdraagbaarheid van de resultaten (Flick, 2007).

2.2.1.2 INTERSUBJECTIVITEIT

Intersubjectiviteit is een cruciaal kenmerk van kwalitatief onderzoek. De uitkomst van kwalitatief onderzoek is gestoeld op interpretaties van verschillende onderzoekers. Een gedegen kwalitatief onderzoek wordt systematisch opgebouwd en bouwt voldoende betrouwbaarheidsmechanismen in waardoor de interpretatie van de onderzoekers onderbouwd en na te gaan is (Flick, 2007; Packer, 2011). 2007).

2.2.1.3 SOCIAAL CONSTRUCTIVISME

De werkelijkheid wordt steeds geconstrueerd door de actoren die er deel van zijn. De fenomenen, bestudeerd in kwalitatief onderzoek worden gevormd door de context waarbinnen ze verschijnen. Een fenomeen, een topic van onderzoek kan dus vanuit verschillende perspectieven worden bekeken, er is niet één waarheid (Holloway & Wheeler, 2010; Packer, 2011). Packer (2011) ontkent niet dat zaken geobjectiveerd kunnen worden, maar hij concludeert wel dat deze niet absoluut en universeel zullen zijn. Verder geeft hij het doel van wetenschappelijk onderzoek aan, namelijk het zoeken naar andere en nieuwe inzichten en niet de onderliggende objectieve structuur van fenomenen.

2.2.2. Gevalstudies (Casestudies)

Een gevalstudie of casestudie is een studie van een tijdelijk fenomeen in zijn/haar natuurlijke omgeving. Het gaat om een uitgebreide en gedetailleerde beschrijving van verschillende relevante variabelen binnen een entiteit. De context is in het begrijpen van de bestudeerde fenomenen van cruciaal belang (Bourgeault, Dingwall & de Vries, 2010). De vraag gaat vooral om het waarom, eerder dan over het wat van een fenomeen. Een entiteit kan een individu zijn, maar ook een organisatie, een groep, een institutie,... Het doel is om een dieper inzicht te bekomen. In een casestudie wordt veel beschrijvende informatie verzameld om zo relaties tussen en binnen cases bloot te leggen. Diverse databronnen kunnen een gevalstudie staven, zowel kwantitatieve als kwalitatieve methodologie. Gevalstudies kunnen exploratief, descriptief en verklarend zijn. In deze studie werden in eerste instantie de implementatieprocessen van de methodieken beschreven waarna verklaringen worden gezocht voor het al dan niet vlotte verloop van de implementatie (Eisenhardt, 1989; Polit & Beck, 2006; Seawright & Gerring, 2008; Yin, 1981). Generaliteit en objectiviteit zijn valkuilen binnen gevalstudies, omdat er een beperkt aantal casussen in de diepte worden onderzocht (Polit & Beck, 2006).

2.2.2.1. KEUZE CASUSSEN

In de literatuur worden verschillende manieren vermeld om casussen te bestuderen en te kiezen, naargelang de te beantwoorden onderzoeksvraag. Zo kunnen de typische casussen geselecteerd

worden of kan er net op zoek gegaan worden naar diversiteit in de keuze van de casussen. Dit heeft invloed op methodologische sterkte. Wanneer typische casussen worden geselecteerd, blijven enkele variabelen immers gelijk, waardoor dieper inzicht kan worden verkregen. Bij variatie tussen casussen kunnen verschillen geduid worden (Eisenhardt, 1989; Seawright & Gerring, 2008; Yin, 1981).

Om de zes gezondheidsdoelstellingen te bereiken werden heel wat methodieken uitgewerkt. Niet alle methodieken kunnen worden geanalyseerd, daar *casestudyresearch* verdiepend wil gaan onderzoeken in plaats van verbredend. Om de casussen voldoende ver in het implementatieproces te kunnen onderzoeken, moest bij voorkeur een vorm van evaluatie uitgevoerd zijn na het implementatieproces. Verdere vereisten die werden gesteld aan de casussen zijn: er moet een implementatieplan voor handen zijn en het implementatie-proces dient ver genoeg gevorderd te zijn.

Verder werd ook rekening gehouden met het variëren naar preventiethema, setting en doelgroep. In de stuurgroep kwam naar voor dat een methodiek gericht naar zorgverstrekkers geïncludeerd dient te worden. Immers blijkt uit ervaring dat deze implementatie van deze methodieken niet gemakkelijk is. Verder werd het thema valpreventie ook als moeilijk te implementeren geduid.

2.2.2.2. VERDUIDELIJKING CASUSSEN

Vanuit het opzet om de casussen voldoende diep te bestuderen binnen de voorziene termijn en actoren mee te nemen uit alle stappen van het implementatieproces werd geopteerd om vijf casussen te selecteren. De selectie gebeurde op basis van enkele selectiecriteria (zie 2.2.2.1. keuze casussen) en een bespreking in een stuurgroep met vertegenwoordigers van gerelateerde organisaties. Volgende methodieken werden geselecteerd:

- Vlaggensysteem voor leerkrachten en begeleiders rond seksueel grensoverschrijdend gedrag

Het vlaggensysteem werd ontwikkeld door Sensoa om handvaten te bieden aan begeleiders in situaties van grensoverschrijdend gedrag bij kinderen en jongeren. De gebruikers zijn professionals die met jongeren werken, enerzijds jeugdwerkers en anderzijds leerkrachten. Concreet wordt een pakket aangeboden met kaarten waarop situaties worden beschreven die geëvalueerd worden aan de hand van enkele criteria, waarna dan geconcludeerd wordt of het om groen of aanvaardbaar seksueel gedrag, geel of licht seksueel grensoverschrijdend gedrag, rood of ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag en zwart of zwaar seksueel grensoverschrijdend gedrag gaat. Bij elke situatie wordt een gepaste reactie vermeld (Sensoa, 2014).

- Zot van gezond

Zot van gezond werd door VIGeZ ontwikkeld en door de Logo's verspreid. Zot van gezond heeft als doel een voeding- en beweegbeleid in kleine gemeenten (<15000 inwoners) op te starten, in te voeren, te evalueren en te verbeteren. Het voeding- en beweegbeleid wordt geëvalueerd aan de hand van een online tool en verbeterd (Vlaams Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, geraadpleegd op 4 maart 2014).

- De Druglijn zelftesten

De Druglijn zelftesten zijn een online methodiek bestaande uit enkele kennistesten en twee zelfhulpmodule's. Deze methodiek werd ontwikkeld door de Vereniging voor alcohol en Drugpreventie of VAD (VAD, 2012).

- Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen (praktijkrichtlijn valpreventie)

Voor professionals werd een praktijkrichtlijn opgesteld door het expertisecentrum voor val- en fractuurpreventie Vlaanderen om het vallen bij ouderen in de thuissetting te voorkomen. De doelgroep zijn professionals op het terrein, huisartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, zorgkundigen en verpleegkundigen (Lyphout, 2013).

- NVgezond

NVgezond werd door het VIGez ontwikkeld. Deze methodiek wil bijdragen aan het uitbouwen van een voeding – en beweegbeleid in KMO's. Er is een toolbox voor handen met stappenplannen en ondersteunende instrumenten. Een ander aspect is de NVGezond award die een bedrijf beloont dat inspanningen leverde op basis van samenwerking met andere bedrijven, gedragsverandering bij werknemers en inbedding van gezondheid in het beleid (VIGeZ, 2012).

Voor de beschrijving van de methodieken zal verder gebruik worden gemaakt van de Tidier checklist (vrij vertaald naar Hoffman, et al., 2014) (bijlage 1). Dit met als doel zicht te krijgen op de methodiek en het plan van verspreiding en uitvoering. Daartoe dienen zowel het projectplan, het implementatieplan en het evaluatieplan van de methodiek verzameld te worden. Waarna enkele actoren zullen bevraagd worden op basis van beïnvloedende factoren op het proces van implementatie in de keten.

2.2.2.3. DOCUMENTANALYSE

Het centrale document in dit onderzoek is het implementatieplan. Een lijst van de geanalyseerde documenten is te vinden in bijlage 4. Het implementatieplan is het vergelijkingspunt om van te vertrekken. In de analyse van dit document zal naar analogie van documentenanalyse worden onderzocht wat in de documenten staat, ze zullen worden vergeleken met elkaar, met het implementatieplan van Bartholomew et al. (2011) (zie bijlage 2: implementatieplan) en via analyse van de evaluatie met de uitvoering ervan (Bourgeault, Dingwall & de Vries, 2010). De documentenanalyse geeft weer hoe de procedure er voor de methodieken uit deze gevalstudie uitziet. Daarnaast werd aan de respondenten gevraagd hoe ze concreet met de methodiek hebben gewerkt, om zo de implementatie ervan te kunnen reconstrueren. Voor de documentenanalyse werd gebruik gemaakt van TIDieR (zie bijlage 1), een instrument om methodieken op te lijsten.

2.2.2.4. INTERVIEWS

Interviews werden gebruikt om zicht te krijgen op de visie en interpretatie van de actoren betrokken bij ontwikkeling, adoptie, implementatie, behoud en ondersteuning van de methodiek over implementatie van de betreffende methodiek en de manier waarop deze implementatie verliep. In *face-to-face* interviews is ruimte om percepties, gedachten en gevoelens aan bod te laten komen. Er werd beroep gedaan op semi-gestructureerde interviews. De variatie in respondenten was heel verschillend, waardoor variatie in vragen noodzakelijk waren, tegelijk dienden enkele topics aan bod te komen om afdoende antwoord te bieden op de onderzoeksvraag. Er werd gezocht naar een evenwicht tussen structuur en flexibiliteit. De focus lag op enkele items, meer bepaald het verloop van de implementatie en wat dit gegeven heeft beïnvloed, meer dan op het geheel (Bourgeault, Dingwall & de Vries, 2010; Holloway & Wheeler, 2010). In de interviewgide werden topics opgesteld die in het interview aan bod dienden te komen (Bourgeault, Dingwall & de Vries, 2010). Dit gebeurde op basis van literatuur rond ketenmanagement en implementatie (zie bijlage 3).

- Onderzoeksvragen

Voor de interviews werd beroep gedaan op een Model keten (zie figuur 1). De concepten werden bij alle respondenten bevraagd (zie interviewgide, bijlage 3). De respondenten geven niet altijd dezelfde invulling aan een concept, ook het belang ervan wordt anders geduid. Om de behoeften en randvoorwaarden te situeren, wordt uitgegaan van de ervaring van de respondenten en niet vanuit een definitie van de concepten. Verder zal aangehaald worden welke elementen meest naar voor kwamen en welke als belangrijk werden geduid.

2.2.2.5. ANALYSE

Kenmerken van de interviews:

- 60 interviews, 121 deelnemers
- 7 focusgroepen
- 45 individuele gesprekken
 - 11 telefonische interviews
- 8 gesprekken met 2 of 3 deelnemers
- Gemiddelde lengte interview ca. 50 min
- 87 vrouwen en 34 mannen
- Enkele respondenten werden over meerdere cases geïnterviewd
- 7 interviews gingen over Zot van Gezond
- 12 interviews gingen over NVGezond
- 14 interviews gingen over het Vlaggensysteem
- 11 interviews gingen over de Druglijn
- 16 interviews gingen over de praktijkrichtlijn Valpreventie

Om de interviews te analyseren werd gebruik gemaakt van het analyseprogramma NVivo. Dit programma laat toe documenten, zoals uitgetypte interviews te linken aan codes. Codes of *nodes* zijn woorden waaronder een stuk tekst geplaatst kan worden. Een stuk tekst wordt geïnterpreteerd volgens de factoren van invloed op het implementatieproces volgens de modelketen (zie figuur 1). Er werd dus deductief gewerkt, factoren (zie figuur 1) werden ingevoegd als codes en getoetst aan de praktijk (de interviews). Op die manier werd de tekst ingedeeld in zinvolle categorieën. NVivo laat toe om te zien welke aspecten in interviews of in teksten aan bod kwamen, maar ook hoeveel keer en welke kenmerken die interviews hebben. In Excel werden verschillende kenmerken van een interview ingegeven, bijvoorbeeld rol van de respondent, over welke methodiek ze spraken,... Dit Excel document werd in NVivo ingegeven zodat deze kenmerken in de analyses konden worden opgenomen. Deze procedure biedt de mogelijkheid om naar de analyses toe vergelijkingen te maken op basis van de categorieën. Kortom er kan een tabel gemaakt worden waarin Zot van Gezond en het aantal referenties op bv. samenwerking wordt vergeleken met het Vlaggensysteem.

NVivo bevat voor dit onderzoek een driedelige codeboom, met 3 niveaus, 2 niveaus op basis van de modelketen (zie figuur 1) en een derde niveau dicht bij de tekst. Bv. Als er wordt gesproken over iemand die niet goed wist wat zijn taak was, werd dit gecodeerd onder "wat is mijn taak".

Voor de analyses werd gekeken hoeveel keer bepaalde factoren werden genoemd. Niet alleen hoeveel keer binnen een interview, maar ook hoeveel respondenten erover spraken. Vervolgens werd inhoudelijk gekeken wat er dan met deze factoren bedoeld werd. Er werd ook naar verschillen tussen de categorieën gezocht. Zijn er verschillen in factoren tussen de methodieken bijvoorbeeld en tussen de

rollen van de respondenten? Daarnaast werd ook op een andere manier gezocht naar belangrijke factoren, namelijk via het zoeken naar factoren die de respondenten aanduiden als een belangrijk of voornaam.

- Betrouwbaarheid

In onderzoek van Campbell, Quincy, Osserman, & Pedersen (2013) wordt het belang van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek benadrukt en wordt een innovatieve methode voorgesteld om deze betrouwbaarheid te verhogen. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gaat de mate na waarin twee of meer codeurs dezelfde code geven aan eenzelfde stuk data (Campbell et al., 2013; Leiva, Ríos & Martínez, 2006). Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te verhogen, werd dus een tweede wetenschappelijke medewerker ingeschakeld en werden de stappen gevolgd zoals omschreven in het onderzoek van Campbell et al. (2013). Zo werd de tweede medewerker uitgebreid geïnformeerd over het project en nam deze kennis van het software programma NVivo 10. De hoofdonderzoeker stelde een codeboom op (deductief) en deze werd vervolgens met de tweede onderzoeksmedewerker gedetailleerd besproken. Eventuele verduidelijkingen werden nog toegevoegd. Vervolgens werd een interview geselecteerd en werd deze door beide onderzoekers gecodeerd. Na deze eerste codering, werden beide kopies vergeleken met elkaar, verschillen besproken en verduidelijkt. De codes werden herzien indien er te veel onduidelijkheden waren en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te laag was. Deze procedure van het dubbel coderen van interviews werd herhaald totdat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid een aanvaardbare waarde behaalde. In deze studie werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid statistisch gemeten door de Kappa coëfficiënt (K) aangezien NVivo 10 over de functie beschikt om dit soort betrouwbaarheid te meten. Voor de Kappa coëfficiënt bestaan er intervallen die de betrouwbaarheid tussen de codeurs aanduiden. Zo zijn er de intervallen 0.41-0.60, 0.61-0.80 en 0.80-1.00 die respectievelijk staan voor een redelijke, goede en zeer goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Landis & Koch, 1977).

In dit onderzoek werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid over 3 interviews onderzocht en telkens met de andere onderzoeker besproken. Deze ging voor de verschillende factoren van een redelijke kappa coëfficiënt tot een zeer goede kappa coëfficiënt. Het percentage van overeenkomst was zelfs nog hoger. Interviews konden vanaf dan, op basis van de tot stand gekomen codeboom met overeengekomen beschrijvingen, op een betrouwbare manier gecodeerd worden door enkel één codeur en dienden niet meer geanalyseerd te worden door een tweede codeur ter controle (Campbell et al., 2013). De codeboom zorgt dus voor reproduceerbaarheid van de analyses tussen verschillende codeurs.

Hoofdstuk 3

Resultaten

De casussen worden eerst apart besproken. Per casus wordt de TiDieR (zie bijlage 1) checklist ingevuld, een instrument om methodieken weer te geven. Dit is gebaseerd op documentenanalyse, de documenten werden verkregen via de ontwikkelaar van de methodiek (bijlage 4) Ook wordt per casus een beschouwing gemaakt van de factoren van invloed op het implementatieproces. Vervolgens worden de beïnvloedende factoren zoals geïdentificeerd in de Model keten besproken volgens de antwoorden van de respondenten in dit onderzoek. De verschillen tussen en gelijkenissen in de casussen worden geded. Ten slotte handelt het laatste hoofdstuk van deze resultatensectie over de belangrijkste concepten en meest genoemde concepten overheen de casussen. Ook wordt er een onderscheid gemaakt in belangrijkste concepten naar rol in de keten (ontwikkelaars, verspreiders, adopters en implementeerders die door de onderzoekers werd toegekend). De resultatensectie werd opgebouwd op basis van de antwoorden van de respondenten. Deze weergave en analyse is echter niet vrij van percepties, zowel van de respondenten als van de onderzoekers (zie 2.2.1. kenmerken kwalitatief onderzoek).

3.1. Casussen

In dit hoofdstuk worden de casussen apart besproken en worden de concepten van invloed op het implementatieproces per casus, per methodiek besproken. Ter bespreking van de casussen wordt de methodiek beschreven aan de hand van de TiDieR checklist (zie bijlage 1), daarna wordt de Model keten (zie figuur 1) ingevuld voor desbetreffende methodiek, waarop ten slotte de factoren van invloed op het implementatieproces worden geded.

3.1.1. Zot van Gezond

- **TiDieR**

Item 1: Naam van de methodiek

Zot van Gezond: Ondersteunen in het opbouwen en invoeren van een kwalitatief lokaal voeding- en beweegbeleid in kleine gemeenten met acties rond voeding en beweging.

Item 2: Waarom

Eén van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen is een stijging te realiseren in het aantal mensen die voldoende bewegen, evenwichtig eten en een gezond gewicht nastreven. Zot van Gezond is een methodiek die zich baseerde op één van de zes strategieën om deze gezondheidsdoelstelling te bereiken, namelijk gezond bewegen en evenwichtig eten promoten in de lokale gemeenschap. De methodiek bood ondersteuning in het opzetten en uitvoeren van een voeding- en beweegbeleid met acties rond voeding en beweging in kleine gemeenten met minder dan 15.000 inwoners. Men baseert zich hiervoor op evaluatiemodel met drie niveaus van kwaliteit. Vorig model is een combinatie van het spinnenwebmodel en de gezondheidsactiematrix, ontwikkeld voor de methodiek 'Zot van Gezond'. Het spinnenwebmodel bestaat uit de verschillende structurele voorwaarden (procescomponenten) die essentieel zijn bij het opbouwen en uitvoeren van een goed geïntegreerd voeding- en beweegbeleid,

namelijk intersectorale samenwerking, capaciteit, werkgroep, lange termijn visie, Logo-ondersteuning, participatie, communicatie en mix van acties. De procescomponent 'mix van acties' geeft het belang aan van acties die inspelen op zowel verschillende strategieën (educatie, facilitatie, pleitbezorging) alsook op verschillende doelgroepen binnen de gemeente (prioritaire doelgroepen, globale bevolking, eigen personeel). Deze mix van acties kan visueel weergegeven worden in de gezondheidsactiematrix en is belangrijk om tot een kwaliteitsvol voedings- en bewegingsbeleid te komen (Buytaert, Van Hevele, Van Oyen, & Dubuy, 2014).

Item 3: Wat: Materialen

De methodiek 'Zot van Gezond' beschikte o.a. over een logo en een website als materialen. Op deze website stond een digitale vragenlijst die gekoppeld is aan een evaluatiemodel, namelijk het spinnenwebmodel en de actiematrix. Daarnaast bevond zich op de website een actie-inventaris, een lijst waarin het aanbod aan acties rond voeding en beweging in Vlaanderen staat opgesomd. Het charter 'Gezonde Gemeente' is een verklaringsdocument waarin de gemeente aangeeft verder te willen werken aan een voeding- en beweegbeleid (Buytaert et al., 2014).

Het verspreidingsmateriaal van de methodiek omvatte ook een conceptnota voor de gemeentes waarin de methodiek bekend werd gemaakt. Verder was er ook een folder die aangepast kon worden aan de voorkeuren van de gemeente (VIGeZ, 2012a). Om gemeentes te blijven motiveren, werd gebruik gemaakt van een nieuwsbrief waarin voorbije acties werden vermeld uit verschillende regio's (Buytaert et al., 2014).

De Logo's werden op de hoogte gesteld d.m.v. een informatiemap waarin de timing, financiering, bekendmaking en inhoud van de methodiek werden beschreven (Buytaert et al., 2014; VIGeZ, 2012b). Voor hen bestond verder een handleiding rond de procesbegeleiding, waarvoor ook een infosessie was ontwikkeld (Buytaert et al., 2014). In de handleiding werd het begeleidingsproces, de evaluatietool en advielementen per niveau geordend, om advies op maat te geven (VIGeZ, 2012b). Daarnaast was er een portfolio dat bestond uit een intentieverklaring, projectinformatie, actiematrix voeding en beweging, actiefiches en een powerpointpresentatie (VIGeZ, 2012b). Ten slotte werden voor de Logo's interviews georganiseerd omtrent het aanbieden van advies op maat en waarin ervaringen werden uitgewisseld (Buytaert et al., 2014). Daarnaast gingen er ook nog trainingen door waarin de Logo-medewerker coachingsvaardigheden leerde (Buytaert et al., 2014; VIGeZ, 2012b).

Item 4: Wat

Beschrijven van procedures, activiteiten

De methodiek 'Zot van Gezond' liep over een periode van twee jaar. Gedurende die periode ondersteunden Logo's gemeentes in het opzetten van een voedings- en beweegbeleid. Tijdens deze periode vulde de gemeente normaliter driemaal de digitale vragenlijst in. Op basis van de resultaten van de eerste digitale vragenlijst, werd het spinnenwebmodel ingevuld. Dit model visualiseerde de stand van zaken omtrent het voedings- en beweegbeleid van de gemeente. Vervolgens stelde de gemeente een lokaal voeding- en beweegbeleid op, zowel één voor voeding als één voor beweging en voerde dit beleid uit. De gemeente baseerde zich hiervoor op het gepersonaliseerd advies van de Logo-medewerker dat opgesteld was vanuit het verkregen spinnenwebmodel. Ten slotte ondertekende het lokaal bestuur de intentieverklaring, waarmee ze zich engageerden om driejaarlijks deel te nemen aan een bestaand overlegplatform of een nieuwe werkgroep. Daarnaast ondertekende men op het einde van de methodiek het charter 'Gezonde gemeente' om het voeding- en beweegbeleid in stand te

houden en verder te verbeteren (Buytaert et al., 2014). Zot van gezond is in Gezonde gemeente aangepast en geïntegreerd in. Door het ondertekenen van het charter werd getracht een continuering te krijgen van Zot van Gezond.

Implementatie-activiteiten

Logo's werden aan de hand van een nota van het VIGeZ op de hoogte gebracht van de financiering en de methodiek 'Zot van Gezond'. Daarnaast organiseerde het VIGeZ een startdag voor Logo's waarin een voorstelling gegeven werd rond de methodiek en het proces, de informatiemap werd gegeven en plaats was voor feedback en input van de Logo's (VIGeZ, 2012b).

De gemeentes maakten op hun beurt kennis met de methodiek via een conceptnota die verstuurd werd via verschillende communicatiekanalen en door het VIGeZ, ISB, de VVSG en Logo. Verder stelden de Logo's de methodiek voor aan de hand van het portfolio en verspreidden ze folders (VIGeZ, 2012a). Daarnaast verspreidde het Logo de nieuwsbrief, ontwikkeld door het VIGeZ (Buytaert et al., 2014) en is er communicatie rond de methodiek via persberichten (VIGeZ, 2012a).

Wanneer een gemeente beslist had deel te nemen aan 'Zot van Gezond', startte de Logo-medewerker met het begeleiden van de gemeente bij het invullen van de digitale vragenlijst, waarna de resultaten (spinnenwebmodel en de gezondheidsactiematrix) besproken werden en prioriteiten bepaald. Vervolgens schreef deze medewerker een advies op maat voor de gemeente op basis van de besluiten uit het evaluatiemodel en de handleiding. De Logo-medewerker legde het advies voor en begeleidde de gemeente in zijn actiekeuzes en het plannen daarvan, waarna de gemeente overging tot de uitvoering. Ten slotte organiseerde de Logo-medewerker een eidevaluatie met de gemeente waarin de digitale vragenlijst terug werd doorlopen en beleidsverankering werd besproken (VIGeZ, 2012b). De taken, de ondersteuning en de begeleiding doorheen deze verschillende stappen van de methodiek voerde de medewerker van het Logo uit zoals uitgeschreven in de handleiding voor het Logo. Logo's namen kennis van deze handleiding, alsook de website, aan de hand van een infosessie georganiseerd door het VIGeZ (Buytaert et al., 2014). Daarnaast begeleidde medewerkers van het VIGeZ drie intervisies voor de Logo's en konden de Logo-medewerkers hun coachingsvaardigheden versterken dankzij een training, gegeven door externe begeleiders (Buytaert et al., 2014; VIGeZ, 2012b).

Item 5: Aanbieders

'Zot van Gezond' werd door de Logo-medewerkers aangeboden en verspreid. Via het VIGeZ volgden de Logo-medewerkers, zoals reeds beschreven in item 5, vormingen/infosessies en intervisies rond de materialen, proces van de methodiek en coachingsvaardigheden. Zo werd in een vorming o.a. de handleiding besproken, dat een leidraad is voor de procesbegeleiding van de gemeenten (Buytaert et al., 2014).

Item 6: Hoe

De Logo's begeleidde de gemeentes in persoonlijke contactmomenten. Tussendoor werd de gemeente ondersteunt door het Logo via mail en telefoon (Buytaert et al., 2014).

Item 7: Waar

De methodiek 'Zot van Gezond' ging door in kleine Vlaamse gemeentes met minder dan 15.000 inwoners. Voor de begin- en eindanalyse diende men minstens een computer met internet ter beschikking te hebben om de digitale vragenlijst te doorlopen.

Item 8: Wanneer en hoeveel

De begeleiding door de Logo's verliep over een periode van twee jaar. Het exacte aantal contactmomenten die doorlopen moesten worden, staat echter nergens beschreven in de verkregen documenten van de ontwikkelaar (Buytaert et al., 2014).

Item 9: Tailoring

Elke gemeente krijgt dezelfde procesbegeleiding maar de invulling ervan is verschillend aangezien dit afhankelijk is van de huidige situatie, de wensen, de prioriteiten en de mogelijkheden van de gemeente.

Item 10: Aanpassingen

Om deelnemers van 'Zot van Gezond' te stimuleren zich te blijven engageren in de methodiek, werd de nieuwsbrief geïmplementeerd (Buytaert et al., 2014).

Item 11: Hoe goed gepland

Door middel van trainingen om de coachingsvaardigheden van de Logo-medewerkers te verbeteren en de intervisiemomenten waar Logo's feedback konden krijgen, alsook steeds terecht konden met vragen bij het VIGeZ zelf, verhoogde de betrouwbaarheid van het uitvoeren van de procesbegeleiding.

Item 12: Evaluatie

Aan de hand van de digitale vragenlijst, die driemaal werd ingevuld door zowel de deelnemende gemeentes als gemeentes die niet deelnamen, kon nagegaan worden of de vooropgestelde doelstellingen van de methodiek bereikt werden (pretest-posttest *controlgroep design*). Er kon geëvalueerd worden of de methodiek effect had op het gedrag, ofwel de procescomponenten, van de gemeentes. Chi² test en *Repeated Measures* MANOVA werden hierbij als statistische analyses gebruikt. Bij de proces evaluatie werden de contactpersonen van de gemeentes en de Logo-medewerkers uit de interventiegroepen bevraagd over het gebruik, het bereik, de kwaliteit en de producten van de methodiek aan de hand van online vragenlijsten en focusgesprekken. Aan beide groepen werden op deze manier vragen gesteld rond de verschillende elementen van de methodiek, elementen rond ondersteuning en begeleiding, ... (Buytaert et al., 2014).

Er was een positieve evolutie in het voedings- en bewegingsbeleid van de gemeenten dankzij de methodiek 'Zot van Gezond'. Zo blijkt dat zowel minimum één procescomponent als één actiemix met één niveau gestegen is bij meer dan 80% van de gemeenten die nog ruimte hadden voor verbetering. Bovendien waren ruim drie vierde van de deelnemende gemeenten bereid gezondheidsacties te blijven integreren in de toekomst en dus in het meerjarenplan. Interventiegroepen hadden een grote vooruitgang geboekt in de procescomponenten 'participatie', 'Logo-ondersteuning' en 'mix van voedingsacties', een lichte vooruitgang in 'samenwerking', 'communicatie', 'capaciteit' en 'werkgroep' en geen progressie in de componenten 'langetermijnvisie' en 'mix van bewegingsacties'. Er dient wel opgemerkt te worden dat voor de component 'mix van bewegingsacties' geen vooruitgang kon worden gemaakt. Een groot aantal gemeentes scoren bij aanvang van de methodiek hier reeds zeer goed op (Buytaert et al., 2014).

Door de resultaten van de controlegroep te vergelijken met die van de interventiegroep, kon afgeleid worden of de effecten te wijten zijn aan de methodiek zelf. Deze resultaten moet men wel met enige voorzichtigheid interpreteren aangezien de controlegroep heel klein is (n=15) in vergelijking met de interventiegroep (n=115) en de grote kans dat de eigenschappen van interventie- en controlegroep verschillend zijn doordat deze groepen ingedeeld zijn op basis van deelname (niet ad random). Uit de

resultaten kwam naar voor dat voor de combinatie van alle procescomponenten samen een significant verschil is tussen de evolutie van de interventie- en controlegroep, behalve voor de mix van acties. Wanneer de procescomponenten apart onderzocht werden, verschillen de interventie- en controlegroep in evolutie enkel op de component 'participatie' (Buytaert et al., 2014).

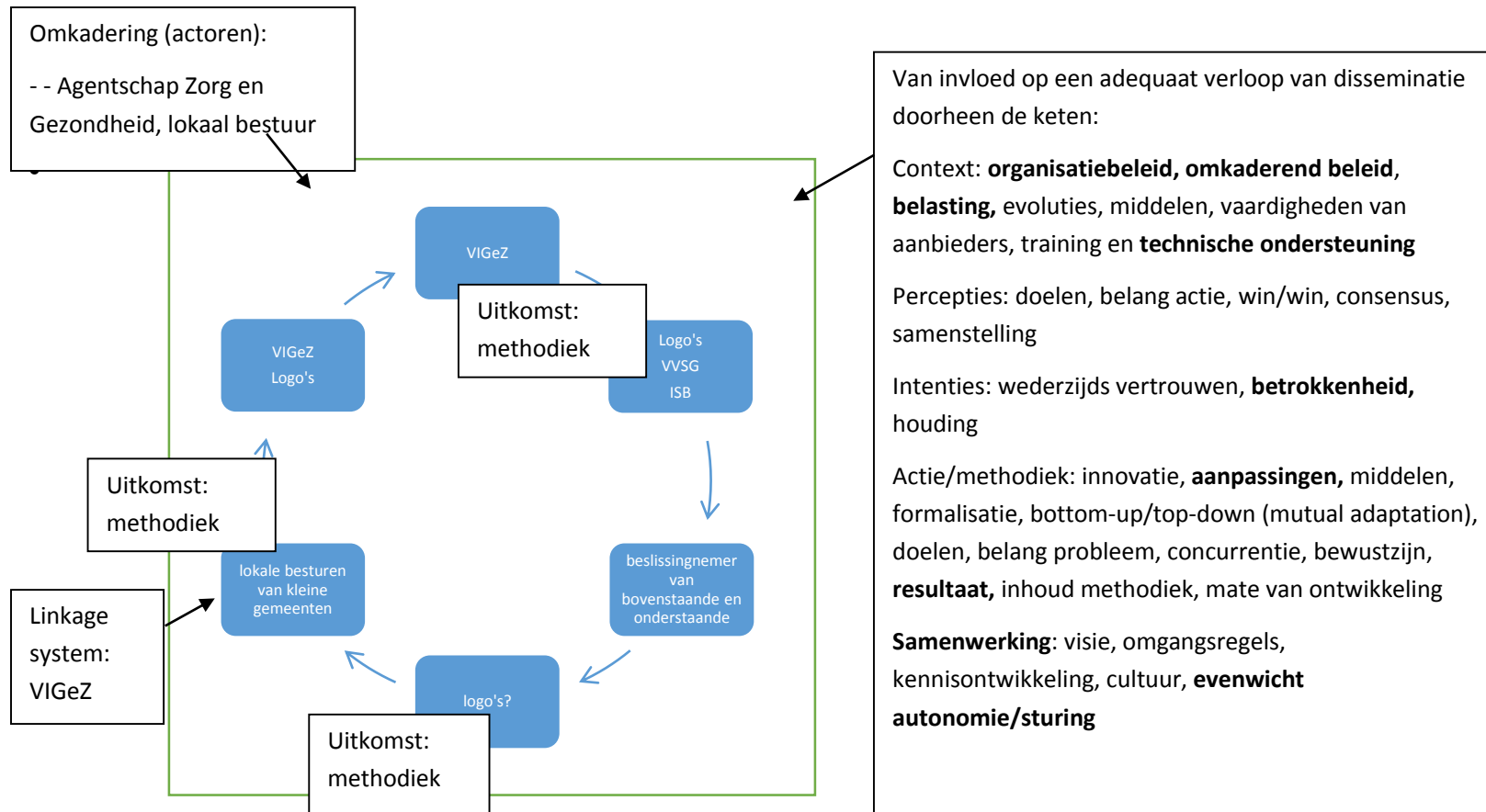
Uit de procesevaluatie van de methodiek 'Zot van Gezond' kwamen voornamelijk positieve bevindingen naar voor. De meeste verwachtingen van de gemeenten over de methodiek werden ingelost en ze waren bijgevolg tevreden over hun deelname. Zij waardeerde hierbij voornamelijk de ondersteuning en begeleiding van de Logo-medewerkers, alsook het werken aan sensibilisatie van inwoners en personeelsleden rond gezondheid en meer bepaald voeding en beweging. Het integraal samenwerken met diensten werd ten slotte ook positief beoordeeld. De Logo-medewerkers waren over het algemeen positief over de methodiek en halen daarbij de procesbegeleiding, beter contact met gemeenten en een aanzet naar beleidsmatig werken als belangrijkste aspecten aan. Doch haalden Logo-medewerkers enkele zaken aan die de methodiek bemoeilijken, zoals bijvoorbeeld de tijdsduur van de methodiek die niet voldoende lang is om procesmatig te kunnen werken. Ten slotte kon men besluiten dat de methodiek een groot bereik had, namelijk 71% kleine Vlaamse gemeenten doorliepen de hele methodiek van begin tot einde (Buytaert et al., 2014).

Implementatieplan? Zo ja, vergelijking met implementatieplan van Bartholomew.

In de projectplanning van 'Zot van Gezond' worden verschillende interventies opgesomd die bijdragen tot de adoptie van methodiek (VIGeZ, 2012b). Zo wordt er een infosessie gegeven door de Logo's om lokale besturen te overtuigen de methodiek te adopteren. Opdat de Logo's op hun beurt beslissen de methodiek te adopteren, is er de startdag voor de Logo-medewerkers. Verder kunnen er ook een applicatie en enkele interventies voor implementatie geïdentificeerd worden. Zo leren de Logo-medewerkers hoe de methodiek toe te passen aan de hand van een ontwikkelde handleiding voor de Logo's waarin o.a. de procesbegeleiding, verschillende taken en de basis van het geven van advies op maat staat beschreven. Voor deze handleiding is een infosessie voorzien. Daarnaast zijn er intervisies en een training coachingsvaardigheden die bijdragen tot het uitvoeren van deze procesbegeleiding. Lokale besturen worden aangemoedigd om verder te werken aan een voeding- en beweegbeleid door de intentieverklaring en/of het charter 'Gezond gemeente' te ondertekenen.

Er kan dus besloten worden dat de ontwikkelaars van 'Zot van Gezond' wel hebben stilgestaan bij de implementatie van hun methodiek en dit met de te ontwikkelen en te ondernemen interventies hebben weergegeven in hun projectplanning. In vergelijking met het voorgestelde implementatieplan van Bartholomew et al. (2011) heeft de methodiek dus enkele interventies die inspelen op de adoptie, implementatie en het behoud van 'Zot van Gezond'. Er is echter niet altijd een beschrijving van de inhoud en de onderdelen ervan waardoor niet nagegaan kan worden of alle relevante determinanten, zoals kennis, attitude en eigen-effectiviteit, van de verschillende actoren beïnvloed worden en welke gedragsveranderingsmethoden hiervoor gebruikt worden. Men kan dus niet zeker zijn of bijvoorbeeld een infosessie en de intervisies voldoende zijn om de kennis en de eigen-effectiviteit van de Logo-medewerker te beïnvloeden om de handleiding te gebruiken.

• **Modelketen**



Gebaseerd op: Beemer, et al, 2003; Bopp, Saunders & Lattimore, 2013; Durlak & DuPre, 2008; Greenhalgh, et al, 2004; Leibbrand, Boonstra & Zomer, 2007; Leurs et al, 2003; Fleuren, Paulussen, van Dommelen & Van Buuren (2012); Paulussen, Wieferink & Mesters in Brug, van Assema & Lechner, 2007; Van Acker, 2012; Van Nassau, et al., 2013; Van Tomme, Voets & Verhoest, 2011; Wierenga

- Factoren van invloed op het implementatieproces



Figuur 2 Welke factoren van invloed op het implementatieproces werden procentueel vaakst aangehaald bij de respondenten in de case Zot van Gezond. Er werd gecontroleerd dat niet één persoon dit item heel veel aanhaalde, maar dat verschillende respondenten hier belang aan hechtten.

Concepten die in het Zot van Gezond verhaal vaak aan bod komen zijn belasting en betrokkenheid, verder ook nog het omkaderend beleid, organisatiebeleid, aanpassingen aan de methodiek, resultaat van de methodiek en evenwicht autonomie en sturing. Deze zullen inhoudelijk besproken worden. Zaken die minder aan bod kwamen in het Zot van Gezond verhaal zijn het innovatieve van de methodiek en de evaluatie van de samenwerking. Dit zijn concepten die in andere casussen ook minder aan bod komen.

Belasting

In het Zot van Gezond verhaal bleken de verspreiders reeds bezig met het verspreiden van de methodiek, waarop vervolgens geen materiaal kon worden aangeboden omdat het niet klaar was. Er liep dus iets mis in de timing. Verder was dit een tweejarig project waarin niet alle acties uitgevoerd konden worden mede door omstandigheden zoals verkiezingen. Er was dus een tijdsgebrek. Bij Zot van Gezond was er begeleiding voorzien vanuit de Logo's, dit vormde voor hen dan ook een grote belasting. Deze zou op voorhand onderschat zijn. De administratieve *workload* in deze methodiek was hoog. Ook de evaluatievereisten waren zwaar, er werd een tussentijdse evaluatie toegevoegd, wat een onvoorziene belasting impliceerde. Aan de andere kant was de methodiek, wegens de financiële middelen wel gemakkelijk verkoopbaar. Enkele respondenten stellen wel dat het aangeboden budget slechts voor een fractie tegemoet komt aan wat noodzakelijk is om aan de doelstellingen te voldoen. Intermediairs geven aan dat het interessant zou zijn om op voorhand een inschatting te kunnen maken van de werklast gekoppeld aan de methodiek en een duidelijke timing. Daarbij moet dan wel rekening worden gehouden met verminderde flexibiliteit. Intermediairs geven aan dat er naar gemeenten toe ook vanuit andere beleidsdomeinen acties komen en dat het niet evident is deze allemaal even goed op te nemen.

Rol Logo

De rol van het Logo in deze methodiek was groot. Zij gingen samen zitten met de lokale besturen om de invulling van de methodiek vorm te geven, vulden formulieren in en stelden mee een actieplan op. Het logo fungeerde als trekkende en ondersteunende actor. Het blijkt vaak niet haalbaar om van een lokaal bestuur te verwachten dat ze dit zelf doen. In de praktijk bleken zij de zaken bijvoorbeeld niet altijd juist te interpreteren. De logo's konden naar de gemeentebesturen toe de methodiek Zot van Gezond met concrete acties vullen omdat gemeentes hun *core-business* zijn en ze deze setting al langer kennen.

Omkaderend beleid

Hoe moet het omkaderend beleid vorm gegeven worden om tot een betere implementatie te komen? Een uniform hoger beleid is niet evident, aldus de respondenten, want elke methodiek is verschillend. Een eerste is dat de verwachting wordt gekoesterd dat lokale besturen een lange termijn voeding- en beweegbeleid opzetten. De respondenten stellen dat er dan op hoger niveau ook op lange termijn moet gedacht worden en dat de expertisecentra zo moeten worden aangestuurd. Werken met projecten is in strijd met wat je wil bereiken, namelijk lange termijneffect. Ze oordelen ook dat je vertrouwen mag hebben in de lagere structuren en dat controle moeilijk is. Lokale besturen zijn een setting die zelf kan en wil inzien welke methodiek ze gaan implementeren en hoe ze deze invullen. Voor de begeleiding van gemeentes werd een uitbreiding van middelen gevraagd. Daarnaast vraagt men in de context van Zot van Gezond heel erg naar thema overstijgende methodieken, want men wil middelen ook niet op één aspect maar wel op een beleid inzetten: *“Die componenten die eigenlijk thema overstijgend zijn, die gelden voor een lokaal bestuur op vlak van voeding en beweging, maar evengoed op vlak van middelengebruik, op vlak van veiligheid, op vlak van valpreventie en als Logo vonden wij het belangrijk om dat proces boven het thema te zetten en het instrument (methodiek nvdr.) liet dat niet altijd toe.”* Het feit enkel op voeding en beweging te mogen werken, is beperkend voor diegene die coachen. Overheid moet structuur en mogelijkheden scheppen, maar voor de concrete toepassing is het een samenwerking tussen doelgroep en implementeerder die het beste werkt. Dialoog tussen de verschillende niveaus en sectoren kan integratie en continuïteit bevorderen. Momenteel geeft de overheid nog te veel incentives voor verspreiding en ten nadele van concrete acties en begeleiding hiervan. Vervolgens moet de methodiek ook behouden blijven, actiegericht werken is populairder dan één geheel structureel behouden. In het kader van Zot van Gezond werd door enkele actoren ook gevraagd om een duidelijke rol en bijgaand mandaat te krijgen, dan zouden ze hier bijgevolg ook blijvend in investeren. Er zou een discrepantie zijn tussen lokale noden en wat er Vlaams wordt aangeboden: *“Ja, dus we worden gestuurd door wat er Vlaams op ons afkomt hè. We kunnen maar de dingen meepakken die we Vlaams meekrijgen. Dus als er noden zijn, dat is ook wel, we kunnen noden wel signaleren maar eer dat dat dan uitgewerkt is, duurt dat wel heel lang en dan zijn ze lokaal al weer misschien verder hé.”*

Organisatiebeleid

Een gemeente wordt gezien als organisatie. De intermediairs in dit verhaal vinden het belangrijk om een contactpersoon binnen de gemeente te hebben die dan ook meteen in samenwerking met een werkgroep bijvoorbeeld de coördinatie opneemt. In het Zot van Gezond verhaal waren er met de verkiezingen enkele veranderingen in wie coördineerde en leiderschap opnam, dit vormde een moeilijkheid in begeleiding van de lokale besturen. De methodiek gaf een goede invulling aan het beleidsplan dat alle gemeentes op dat moment moesten schrijven. Volgens enkele respondenten waren gemeentes wel al bezig met een voeding- en beweegbeleid, maar gaf deze methodiek een extra insteek en budget. Omdat deze methodiek lokaal kon ingevuld worden, was het een goede zaak dat die dan ook

ingebod werd in het gemeentebestuur. Bovendien werd de methodiek 'Zot van Gezond' overgenomen in een gelijkaardige methodiek die gericht is op alle gemeenten in Vlaanderen, in tegenstelling tot enkel de kleine lokale gemeenten. Deze vernieuwde methodiek, namelijk 'Gezonde Gemeente', zorgt ervoor dat het principe van 'Zot van Gezond' continuïteit kent tot op vandaag. Ten slotte was Zot van Gezond een methodiek die alle bevroegde actoren binnen zijn of haar rol vonden passen.

Betrokkenheid

Er werden verschillende actoren vermeld als betrokken bij het Zot van Gezond proces, de sportdiensten, het ISB, de logo's, de VVSG. Dat zat volgens onze respondenten dan ook goed. Al klinkt ook de kritiek dat nog veel te weinig diegene die echt gaan implementeren en de doelgroep wordt bevroegd bij ontwikkeling van de methodiek, maar wel de overkoepelende structuren. Er zou ook niet altijd rekening worden gehouden met de feedback. Wat zich uit in ontwikkelde methodieken die niet matchen met wat voor de praktijk toegankelijk is. Het is belangrijk dat de betrokkenen relevant zijn voor de doelgroep, dat zij de doelgroep mee kunnen beïnvloeden en dat de betrokkenheid ook breed is in de zin van thema-overstijgend en ook buiten de vaste preventiestructuur. Een ander aspect van betrokkenheid is in welke mate de actoren investeren in de methodiek en het proces. In de interviews kwam naar voor dat dat bij Zot van Gezond wel goed zat. Ze vulden zelf een heel deel van de methodiek in. Daarbij wordt wel aangegeven dat er dan ook geconcretiseerd moet worden wat een geïntegreerd en goed voeding- en beweegbeleid in een gemeente inhoudt, zodat er een voorbeeld is waar naartoe te werken. *"Dus het feit dat die concepten als zot van gezond geen keurslijf zijn, is op zich wel een voordeel, daar kunnen we mee aan de slag, op voorwaarde dat we genoeg methodieken hebben, dat is hetzelfde als gezonde gemeente, je steekt daar van alles in, allé je werkt op maat van die gemeente."* Een positief aspect aan het Zot van Gezond verhaal was dat het persoonlijk kon worden voorgesteld en begeleid. Wat voor minder betrokkenheid zorgt, is het feit dat het hier om een project ging, dat beperkt was in duur. Hierdoor konden ook niet alle stappen van participatie worden doorlopen omdat de duurtijd te kort was.

Aanpassingen aan de methodiek

Zot van Gezond is een kadermethodiek, een stappenplan om een voeding- en beweegbeleid in de gemeente te implementeren. Een handleiding moet voor de respondenten kort zijn. Deze kan dan ook ingevuld worden met diverse acties aangepast aan de betreffende gemeente. De gemeentes konden zelf in samenwerking met de Logo's de acties kiezen. Dit was enkel mogelijk omdat er goede begeleiding werd voorzien. Dit vinden de bevroegde actoren ook zeer goed. Zeker in de context van een lokaal bestuur met in gedachte een geïntegreerd en continue voeding- en beweegbeleid, is het belangrijk eerst naar hun doelstellingen en mogelijkheden te luisteren en daarop de methodiek aan te passen. Een minpunt was wel dat dit beperkt was binnen het thema voeding en beweging, daarnaast had men dit graag uitgebreid gezien naar andere beleidsdomeinen. *"Het grote voordeel is ook de methodieken die wij aangereikt krijgen vertrekken uit dat beleidsdomein volksgezondheid en wij voelen goed genoeg dat dat niet ok is,..., dat onderwerp is niet sexy genoeg, hé dat wordt altijd gezegd, maar enfin dat is flauw. Maar we moeten sowieso als we ten velde iets willen realiseren bruggen slaan naar die andere beleidsdomeinen die veel belangrijker zijn voor mensen. En als we zo'n methodieken aangereikt krijgen die dan geen keurslijf zijn, dan stelt ons dat in staat om dat te doen. Dan kunnen wij werken naar de welzijnssector. Euh kunnen wij werken rond duurzaamheid, rond mobiliteit, rond milieu. En we koppelen daar die volksgezondheid aan."* Wat men positief vindt is dan ook dat de methodiek aangepast is aan de realiteit van kleine gemeenten. Het is van belang dat de werkzame elementen behouden blijven in dit

proces. Het dient een *evidence based* methodiek te zijn die vertaald wordt naar toepassing op het terrein.

Resultaat van de methodiek

Respondenten oordelen dat gemeentebesturen in het kader van Zot van Gezond het gevoel hadden dat het hen iets opleverde. Ze konden iets betekenen tegenover hun inwoners en kregen een financiële tegemoetkoming. Een respondent denkt dat gemeentebesturen niet aan Zot van Gezond deelnamen met als doel gezondheidswinst, daar liggen ze niet wakker van. Ze hadden er een goed gevoel bij, maar dit kan even goed omdat er na wat acties meer samenhang onder de burgers heerste. Zot van Gezond leidde, volgens de respondenten, wel tot een visie op een integraal beleid, hoe het was en hoe het zou kunnen zijn. Ze dachten ook verder dan het actieniveau. De resultaten bij Zot van Gezond werden nu weergegeven in termen van vooruitgang in bv. participatie, dat is minder concreet dan resultaten op gezondheidsvlak. Intermediairs blijven steeds kritisch: *“Dus de doelstelling van zot van gezond was toch ergens effectieve interventies te gaan doen maar als je beperkt bent in duur dan is je effectiviteit ook wel beperkt. Dus die beperkte effectiviteit had zeker te maken met het feit dat het een project was, en had te maken met timing. En ook met het feit dat het themagebonden was.”* Een intermediair vond het wel een meerwaarde om Zot van Gezond te kunnen aanbieden aan de sportsector omdat zij vragende partij waren om methodieken rond gezondheid te doen. Ook andere intermediairs hadden een goed gevoel bij Zot van Gezond. Het betekende voor hen een opstap naar een duurzame relatie met de gemeente en er werd naar eigen zeggen ook bijgeleerd.

Evenwicht autonomie en sturing in samenwerking

De vrijheidsgraad binnen deze methodiek was voor de grote succesfactor, dat er *getailored* kon worden gewerkt naar de gemeente. Die ruimte om aan procesbegeleiding te doen wordt gevraagd. Het evenwicht kan gevonden worden in het aanbieden van deskundige begeleiding, het ‘samen’ werken, een proces volgen, tips aanreiken vanuit het expertisecentrum en concrete invulling geven op het terrein. Een aspect kende minder vrijheid, de evaluatie. Er was een grote evaluatiebelasting en er kon naar deze evaluatie toe geen overeenkomst gevonden worden tussen onderzoekers en werkveld.

Steun

Het feit dat er coaching voorzien was, dat de intermediairs daarvoor in interviews werden bijeengeroepen was zeer waardevol. Dit mag dus structureler en met middelen ertegenover.

Belang samenwerking

Naast de grote ondersteunende rol van de logo's die het contact tussen lokale besturen en Logo versterken, kon er als team door deze methodiek ergens naartoe worden gewerkt. Ook binnen de lokale besturen werden door Zot van Gezond aanzetten gegeven tot samenwerking. Ook in dit verhaal duiden de respondenten op het belang van samenwerking naar implementatie toe. De methodiek en structuren kunnen deze samenwerking faciliteren. Actoren uit de Logo's geven aan dat het interessant was om bijvoorbeeld verhalen van andere Logo's te horen.

3.1.2. NVGezond

- TIDleR

NV Gezond

Item 1: Naam van de methodiek

NV Gezond: Gezondheidsactiviteiten en –beleid opstellen in KMO's door middel van interbedrijfs-samenwerking of parkmanagement.

Item 2: Waarom

Het doel van NV Gezond is de uitval op de werkvloer, bij zowel jonge als oudere werknemers, tegen te gaan. De methodiek doet dit door gezondheidsactiviteiten en een gezondheidsbeleid te stimuleren in ondernemingen (VIGeZ, 2009, 2011b, 2012). VIGeZ baseerde zich hierbij onder andere op bevindingen van de ENWHP (*European Network for Workplace Health Promotion*) uit 2005, die het effect bewezen van een gezondheidsbeleid dat zich richt op gedragsverandering bij zowel de individuele werknemer (kennis, attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit) als de werkomgeving (beschikbaarheid, prijs, deskundigheid, leiderschap). In dergelijk beleid worden een multidisciplinaire aanpak, participatie van werknemers, focus op achterliggende oorzaken van gezondheid, leiderschap, projectmanagement en projectmatig werken als succesfactoren aangehaald (VIGeZ, 2009).

Nv Gezond is gebaseerd op een combinatie van verschillende theoretische kaders. Zo werkt men met NV Gezond in op de duurzaamheid van het bedrijf door in te spelen op de sociale pijler binnen de *Triple Bottom Line* benadering (Elkington, 1997; in VIGeZ, 2009). Via interbedrijfssamenwerking tracht men activiteiten en een beleid te organiseren rond gezonde voeding en beweging. Als gevolg daalt het ziekteverzuim, stijgt de productiviteit en duurzaamheid van het bedrijf, creëren ze een positief imago en worden kwaliteitsvolle werknemers behouden en aangetrokken. Daarnaast is de empowermentsbenadering geïntegreerd in de methodiek door bedrijven te stimuleren zelf na te denken en te investeren in samenwerkingsverbanden, alsook na te denken over activiteiten en een beleid rond gezondheid. De methodiek is verder gebaseerd op een wetenschappelijk onderbouwde stap-voor-stap benadering, zoals de kwaliteitscirkel van Goodman, Steckler en Kegler (1998; in VIGeZ, 2009), om prioriteiten rond gezondheid binnen het bedrijf individueel te identificeren en deze op een aangepaste beleidsmatige manier aan te pakken. De methodiek voorziet dus in procesbegeleiding en deskundigheidsbevordering op maat. Binnen de stappen van deze benadering zijn verschillende theorieën en modellen van gezondheidsbevordering verwerkt. Zo vindt men elementen terug van het *health belief model* (kennis, attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit) en het transtheoretisch model (bijvoorbeeld laagdrempelige en gevarieerde activiteiten) die gezond gedrag en gedragsverandering verklaren. Daarnaast zijn er elementen van de *diffusion of innovations theory* aanwezig die de veranderingsprocessen en gezondheidsondersteunende praktijk in bedrijven en organisaties verklaren. De communicatievorm om gedragsverandering te bekomen, is beschreven op basis van *social marketing* (VIGeZ, 2009). Ten slotte maakt deze methodiek gebruik van het beloningsprincipe, er is een 'NV Gezond' award met bijhorende prijs te winnen.

Item 3: Wat: Materialen

De interactieve website www.nvgezond.be is voor zowel KMO's (doelgroep van de methodiek) als implementeerders. Deze website bestaat uit een *toolbox* met drie onderdelen: een digitaal stappenplan met ondersteunende instrumenten om samen met andere organisaties en bedrijven gezondheidsactiviteiten te organiseren, alsook bestaat dit voor het opzetten van een kwaliteitsvol gezondheidsbeleid in de eigen organisatie. Ten slotte is een leidraad 'Leefstijladvies' uitgewerkt voor implementeerders om werknemers te motiveren tot een gezonde leefstijl. Tot de ondersteunende instrumenten behoren vragenlijsten, checklists, *factsheets* over de ROI (*Return-On-Investment*) van gezondheidsbevordering op het werk en van participatietechnieken bij werknemers. De verschillende instrumenten op de website zijn allemaal vrij en gratis te downloaden (VIGeZ, 2011b). KMO's worden gemotiveerd deel te nemen aan de methodiek door middel van de 'nv gezond' award (VIGeZ, 2009, 2011b, 2012). Hiervoor bestaat een draaiboek om aan de voorwaarden voor deelname aan de 'NV Gezond' award te voldoen (VIGeZ, 2012). Verder bestaat er communicatiemateriaal om de verspreiding van NV Gezond te bevorderen, zoals posters, flyers, seminaries, powerpoint presentaties en regionale nieuwsbrieven (VIGeZ, 2012). De ondernemer en/of de HR-verantwoordelijke worden via een start event gemotiveerd om NV Gezond in het bedrijf te adopteren (VIGeZ, 2009). Ten slotte bestaat er een opleiding procesbegeleiding en een opleiding voor het geven van leefstijladvies voor de implementeerders.

Item 4: Wat

Beschrijven van procedures, activiteiten

Wanneer verschillende KMO's op een bedrijventerrein beslissen samen te werken rond de opzet van gezondheidsactiviteiten, download men het stappenplan voor gezamenlijke gezondheidsactiviteiten op de website. Door middel van dit stappenplan doorloopt het bedrijf zeven stappen. In de eerste stap worden verschillende tools aangeboden om andere leden en werknemers van het bedrijf te motiveren mee te investeren in gezondheidsacties. Stap twee begeleidt het bedrijf in het opzetten van een werkgroep en het maken van communicatieafspraken. Waarna in stap drie de werkgroep de stand van zaken bekijkt, alsook de eigen wensen van de bedrijvengroep, ondernemers en werknemers. Resultaten die hieruit vloeien, worden vervolgens in een actieplan gegoten. De website toont een voorbeeld van een ingevuld actieplan. Er worden verder tips gegeven rond hoe men de werknemers kan motiveren. Stap vijf bevat tools, zoals een checklist, draaiboek en voorbeeldactiviteiten, om het actieplan effectief uit te voeren. Na het uitvoeren van enkele activiteiten, kan het bedrijf beroep doen op instrumenten voor proces- en effectevaluatie. Op basis van deze evaluatieresultaten zal men ten slotte beslissen of men al dan niet de activiteiten zal behouden. Indien men beslist om de actie verder te zetten, wordt nagedacht over het behoud en de verankering in een beleid. Voor het opstellen van een gezondheidsbeleid, kan de ondernemer/HR-verantwoordelijke beroep doen op het stappenplan voor gezondheidsbeleid op het werk. Dit stappenplan komt in essentie overeen met de zeven stappen bij de gezondheidsactiviteiten maar is aangepast naar het opzetten van een beleid met een overlegstructuur en een projectplan (VIGeZ, z.j.a).

Bedrijfsartsen, diëtisten en bewegingsdeskundigen (al dan niet verbonden aan een externe dienst voor preventie en bescherming op het werk) kunnen de leidraad leefstijladvies raadplegen en downloaden op de website. Deze leidraad bevat tips rond het geven van leefstijladvies (VIGeZ, z.j.b).

Implementatie-activiteiten

VIGeZ informeert zelf bedrijvenparken over NVGezond, daarnaast worden bedrijven en organisaties geïnformeerd over de methodiek door Logo's (VIGeZ, 2011b) en projectpartners (Unizo, IDEWE, Provikmo, Mensura,...) (VIGeZ, 2012). Deze projectpartners verspreiden informatie via communicatiemateriaal zoals flyers, posters, powerpoint presentaties, alsook via hun eigen communicatiekanalen zoals hun website en hun magazine. Er wordt een seminarie met een persmoment georganiseerd voor de belanghebbenden. Hierbij wordt de methodiek gepresenteerd met de resultaten, de *toolbox* en getuigenissen van bedrijven die hebben deelgenomen aan het pilootproject (VIGeZ, 2011b).

De betrokken dienstverleners, zoals lokale overheden, regionale afdelingen van externe diensten voor preventie en bescherming op het werk, regionale afdelingen van werkgeversorganisaties, werknemersorganisaties (vakbonden), provinciale ontwikkelingsmaatschappijen (POM),... worden geïnformeerd door Logo's onder andere via een regionale nieuwsbrief (VIGeZ, 2012).

Via een startevent worden ondernemers/HR-verantwoordelijken gemotiveerd om de methodiek te adopteren (VIGeZ, 2009). De lancering van de 'nvgezond' award via (sociale) media en artikels in vak- en algemene pers zorgt bovendien voor extra zichtbaarheid en gebruik van de methodiek (VIGeZ, 2012).

Door de inschrijvingen te laten verlopen via de website en de informatie over de 'nvgezond' award te plaatsen op de website, raken ondernemers/HR-verantwoordelijken in contact met de website en de verschillende tools. Nv Gezond wordt gepromoot met de 'nvgezond' award, alsook een startpakket voor de eerste acht inschrijvers (VIGeZ, 2012) dat bestaat uit leefstijladvies en procesbegeleiding van de projectpartners (VIGeZ, 2011a). Medewerkers van Unizo, Idewe, Provikmo en Mensura worden opgeleid om deze startpakketten mee te implementeren (VIGeZ, 2012).

Indien bedrijven opteren om ondersteuning te krijgen bij het uitvoeren van de stappenplannen, kan men beroep doen op procesbegeleiders. Bedrijven en organisaties kunnen zich ook melden voor begeleiding in leefstijladvies. Terwijl deze begeleidingen binnen de projectperiode 2009-2012 gratis waren, zijn deze hedendaags tegen betaling, behalve wanneer het bedrijf of het bedrijventerrein het startpakket heeft (VIGeZ, 2012b).

Item 5: Aanbieders

Medewerkers van de projectpartners, externe diensten voor preventie en bescherming op het werk (Unizo, Idewe, Provikmo, Mensura,...) of freelance-medewerkers promoten de methodiek bij de bedrijven en fungeren als procesbegeleiders en uitvoerders van het leefstijladvies. Procesbegeleiders worden opgeleid vanuit het VIGeZ opdat het stappenplan adequaat wordt toegepast in bedrijven. Voor de uitvoerders van het leefstijladvies is een training voorzien door een freelance docent die expert is in motivationele gespreksvoering (VIGeZ, 2012). Zo kunnen deze uitvoerders op een betrouwbare manier leefstijladvies geven (VIGeZ, 2011b).

Item 6: Hoe

Bedrijven maken gebruik van de methodiek via de interactieve website waardoor de gebruiker onmiddellijk feedback krijgt over het proces dat het doorloopt (VIGeZ, 2009). Indien ze nood hebben aan persoonlijke en interactieve begeleiding bij het opstellen van gezondheidsactiviteiten of een gezondheidsbeleid, kan de ondernemer/HR-verantwoordelijke beroep doen op een procesbegeleider die deze stappen met het bedrijf doorneemt.

Item 7: Waar

De methodiek is ontwikkeld voor KMO's en bedrijventerreinen met KMO's. Verder worden geen expliciete omgevingskenmerken onderscheiden.

Item 8: Wanneer en hoeveel

In de verkregen documenten wordt geen beschrijving terug gevonden over de tijdspanne voor het doorlopen van beide stappenplannen, het aantal begeleidingsmomenten en de duur ervan. Voor het gegeven van kadermethodieken is dit positief. Deze methodieken worden ingevuld buiten de ontwikkelaar. Wel wordt een minimale tijdspanne van zes maanden voorgesteld om de gezondheidsactiviteiten uit te voeren. Dit is de minimale termijn om gedragsverandering te bekomen op vlak van bewegings- en eetgewoonten (VIGeZ, 2009).

Item 9: Tailoring

De verschillende procedures van de verschillende tools zijn voor alle bedrijven en organisaties hetzelfde. Enkel de invulling ervan is verschillend aangezien die is afgestemd op de werkpopulatie, de behoeften en de wensen van het bedrijf of de organisatie (bijvoorbeeld haalbare activiteiten voor ploegensystemen) (VIGeZ, 2009).

Item 10: Aanpassingen

Er werd na evaluatie meerdere deelnamemogelijkheden voor de 'nv gezond' award voorzien en een gerichte communicatie vanwege de projectpartners naar hun medewerkers toe om deelnemers te werven (VIGeZ, 2012).

Item 11: Hoe goed gepland

Zoals reeds beschreven is bij item 5 worden medewerkers van de projectpartners – externe diensten voor preventie en bescherming op het werk ofwel freelance-medewerkers opgeleid om bedrijven te begeleiden in het stappenplan en het leefstijladvies aan anderen te leren. Hiervoor worden zij opgeleid door medewerkers van het VIGeZ over de procesbegeleiding en een expert rond motivationele gespreksvoering (VIGeZ, 2012).

Item 12: Evaluatie van de pilootprojecten

Aan de hand van een effect-, proces- en product evaluatie van de pilootprojecten werd de efficiëntie, de effectiviteit, de relevantie en de duurzaamheid van de methodiek bevraagd aan de hand van een enquête of interview bij werknemers, ondernemers, implementeerdere, Logo's en stuurgroepleden van de pilootprojecten.

Bij het bepalen van de effectiviteit van de methodiek werd o.a. gepeild naar de mate waarin gezondheidsacties en een gezondheidsbeleid gepland en/of gerealiseerd waren. Ook de kennis en eigen-effectiviteit van de ondernemers/HR-verantwoordelijken werd gemeten. Uit de evaluatie van 2011 blijkt dat er geen volledig gezondheidsbeleid is opgezet omdat dit niet verplicht is en er dus dringendere zaken

worden aangepakt (VIGeZ, 2011b). Een andere oorzaak is dat men weinig kan doen op een termijn van zes maanden en bovendien weinig effect merkbaar is op die termijn. Wel is er inzicht bij de bedrijven dat een gezondheidsbeleid belangrijk is en het tekort aan werknemers kan terugschroeven. Verder denkt men na over gezondheidsactiviteiten, maar gebeurt dit nog niet op een projectmatige manier zoals in het stappenplan beschreven. Het enthousiasme van de werknemers en de deelname aan de activiteiten van 'nv gezond' is afhankelijk van de betrokkenheid en het engagement van de ondernemer. Dit blijkt uit de vergelijking van twee pilootprojecten waarbij er minder inschrijvingen waren bij het project waar de ondernemer zich wel had ingeschreven maar weinig tot geen tijd hierin stak. Engagement is dus een vereiste bij zowel de ondernemer als de werknemers, alvorens men kan starten met het uitvoeren van gezondheidsactiviteiten. Of de methodiek effect had op het gedrag van de werknemers is niet aangetoond. Er zijn wel vragenlijsten afgenomen bij de werknemers om te peilen naar hun voedings- en beweegpatroon, alsook hun intentie tot verbetering hiervan. Een pre-meting is echter niet beschikbaar en men kan dus niet oordelen of het gedrag al dan niet veranderd is door de methodiek. Uit de evaluatie van 2012, dus na het invoeren van de 'nv gezond' award, wordt de methodiek als effectief geëvalueerd. De zes finalisten van de award hebben hun gezondheidsinitiatieven deels in een beleid geïntegreerd (VIGeZ, 2012). Zes van de zeven respondenten geeft aan dat 'nv gezond' hun voldoende inzicht gegeven heeft in kennis van gezondheidsbevordering. Inzicht in de actoren die diensten verlenen naar deze methodiek toe en inzicht in hoe een gezondheidsbeleid op te stellen in het eigen bedrijf krijgt een voldoende als score bij vijf van de zeven respondenten. Zes van zeven respondenten geven aan dat ze 'nv gezond' aan andere bedrijven aanraden.

VIGeZ baseert zich op de theorie van diffusie van innovaties (Rogers) om te bepalen of de 'nv gezond' award bij voldoende bedrijven als relevant wordt beschouwd om zich in te schrijven. Zo werden vijftien deelnamedossiers ingediend, wat betekent dat het streefdoel van acht groepen bedrijven die deelnemen bereikt is (VIGeZ, 2012). De lancering van deze award zorgde voor meer aandacht voor gezondheid op het werk, gezondheidsbeleid op het werk en gebruik van de interactieve website. De 'nv gezond' award blijkt een breed publiek van bedrijven aan te spreken gaande van profit tot non-profit organisaties en van eenmanszaken tot bedrijven met 200 medewerkers. Het was mogelijk als bedrijventerrein of als individueel bedrijf in te schrijven. Het feit dat beide mogelijk waren, beïnvloedde het aantal inschrijvingen voor de 'nv gezond' award. Uit de evaluatie van 2012 blijkt dat uiteindelijk 106 bedrijven effectief hebben deelgenomen aan de award (VIGeZ, 2012). Bovendien werd door de 'nv gezond' award de website meer bezocht in 2012 dan in 2011 (5.666 in vergelijking met 2.194 unieke bezoekers). Verder werd de relevantie bevraagd van de verschillende onderdelen van 'NV Gezond'. Zo werd het startpakket voor de eerste acht inschrijvingen bij de 'nv gezond' als belangrijk overtuigingsmiddel genoemd door de deelnemers. Vier van de zeven respondenten gaven ook aan dat dit starterspakket nuttig is. Verder is de communicatie vanuit partnerorganisaties, zoals UNIZO en Idewe belangrijk in het overtuigen van bedrijven om deel te nemen aan de 'nv gezond' award. Bij de procesbegeleiders en de uitvoerders van het leefstijladvies geven vier op zes aan dat de online-tools, de website, de leidraad voor het leefstijladvies en de opleiding motiverende gespreksvoering nuttig waren voor hun dienstverlening. Het stappenplan voor procesbegeleiding, de opleiding procesbegeleiding, de telefonische ondersteuning en de outputdocumenten waren nuttig voor drie van de zes respondenten.

Bij het bepalen van de duurzaamheid van de methodiek gaven drie bedrijventerreinen na de planning van de methodiek aan, gebruik te willen maken van leefstijladvies en/of procesbegeleiding. Zes van de zeven award-deelnemers zeggen de tools op de website verder te gebruiken en vijf van de zeven zouden

in de toekomst beroep doen op de dienstverleners. Zij blijven dus investeren in gezondheid van hun werknemers (VIGeZ, 2012).

In de evaluaties wordt benadrukt dat de methodiek toegepast moet worden zoals bedoeld, met al zijn onderdelen. Zo is het leefstijladvies noodzakelijk in het geheel van de clusteractiviteiten en het gezondheidsbeleid, opdat de methodiek effectief zou zijn. Verder dienen de verschillende partners binnen de methodiek duidelijk af te bakenen wat hun doel, taken en verwachtingen zijn.

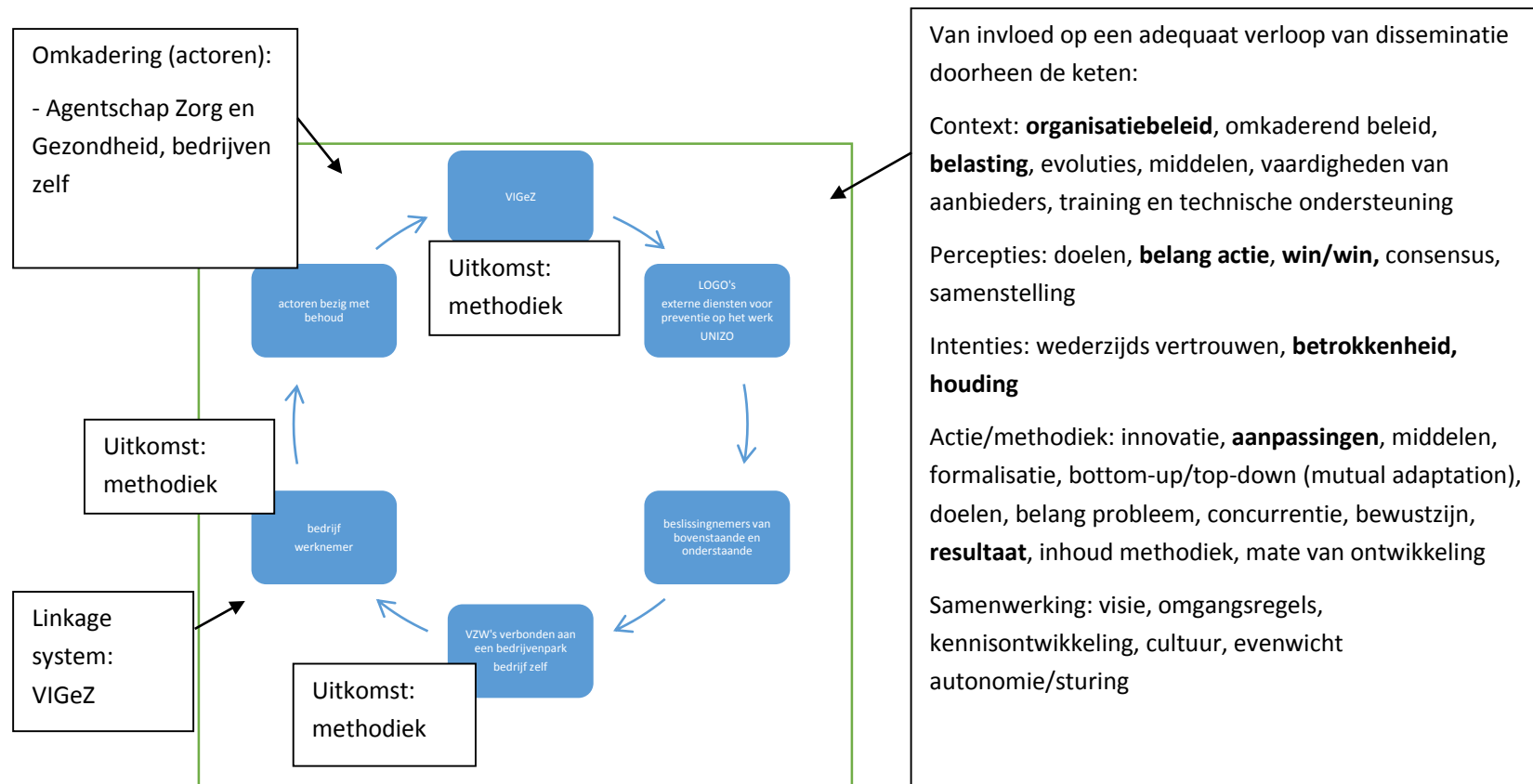
Implementatieplan? Zo ja, vergelijking met implementatieplan van Bartholomew.

Er is een uitgebreid projectplan, waarin onder andere de verschillende betrokken actoren worden opgesomd die van belang zijn voor adoptie, implementatie en behoud van de methodiek. Daarnaast worden hun noden beschreven, de te bereiken doelstellingen voor elk van hun en welke instrumenten hiervoor gebruikt zullen worden. Men kan dus besluiten dat er een implementatieplan aanwezig is maar in vergelijking met het implementatieplan van Bartholomew et al. (2011) ontbreekt soms de gedragsveranderingsmethode waarop de instrumenten en interventies gebaseerd zijn. Meer bepaald ontbreekt de verwijzing en beschrijving van de gedragsveranderingsmethoden die het gedrag van de adopters en implementeerders beïnvloeden opdat de methodiek in het bedrijf opgenomen en uitgevoerd wordt. Hoe alle betrokken implementeerders tot gedragsverandering komen, namelijk de methodiek in uitvoering helpen brengen en dit blijvend, is niet duidelijk in het projectvoorstel terug te vinden. (p.16: bij verschillende actoren worden wel de voordelen omschreven als ze deelnemen, de gevolgen, de inzichten, maar wordt niet omschreven met welke techniek ze dat juist gaan bereiken) (VIGeZ, 2009). Daarnaast ontbreken interventies en/of instrumenten waardoor niet iedere actor beïnvloedt wordt tot adoptie, implementatie en/of behoud. VIGeZ heeft bijvoorbeeld enkele interventies ontwikkeld die inwerken op de adoptie van de methodiek. Zo is er de 'nv gezond' award. In de documenten wordt hiervoor wel naar een theoretische methode verwezen, namelijk beloning. Verder kan het start event ook als interventie worden beschouwd om bedrijven te motiveren deel te nemen aan de methodiek. Voor de projectpartners en externe diensten voor preventie en bescherming op het werk (Unizo, Idewe, Provikmo, Mensura,...) en freelance-medewerkers wordt echter nergens een interventie beschreven waarin ze overtuigd worden om deze methodiek te adopteren (bijvoorbeeld door een infosessie). Wel wordt vermeld dat zij overtuigd moeten worden.

Voor de bedrijfsartsen, diëtisten en bewegingsdeskundigen (al dan niet verbonden aan een externe dienst voor preventie en bescherming op het werk) is er wel een interventie die gericht is op het effectief toepassen van de methodiek (implementatie), namelijk de opleiding 'leefstijladvies'. Alsook is er een opleiding voor de procesbegeleiders. Programma-uitkomsten, PO's en CO's kunnen wel afgeleid worden uit de verkregen documenten. Deze zijn terug te vinden onder de doelstellingen geordend volgens de verschillende actoren (medewerkers van projectpartners, verschillende dienstverleners, Logo). In vergelijking met de richtlijnen van Bartholomew (2011) werden de opleidingen niet volledig uitgewerkt. Theoretische gedragsveranderingsmethoden die inwerken op het te bekomen gedrag, zoals de bedrijven door het hele proces helpen, leefstijladvies adequaat en wanneer nodig aanbieden, zijn afwezig. Hierdoor kan onzekerheid bestaan over de effectiviteit van de gekozen interventies en instrumenten. De werkgroep kan worden gezien als een orgaan om de methodiek te behouden in de toekomst (VIGeZ, 2009).

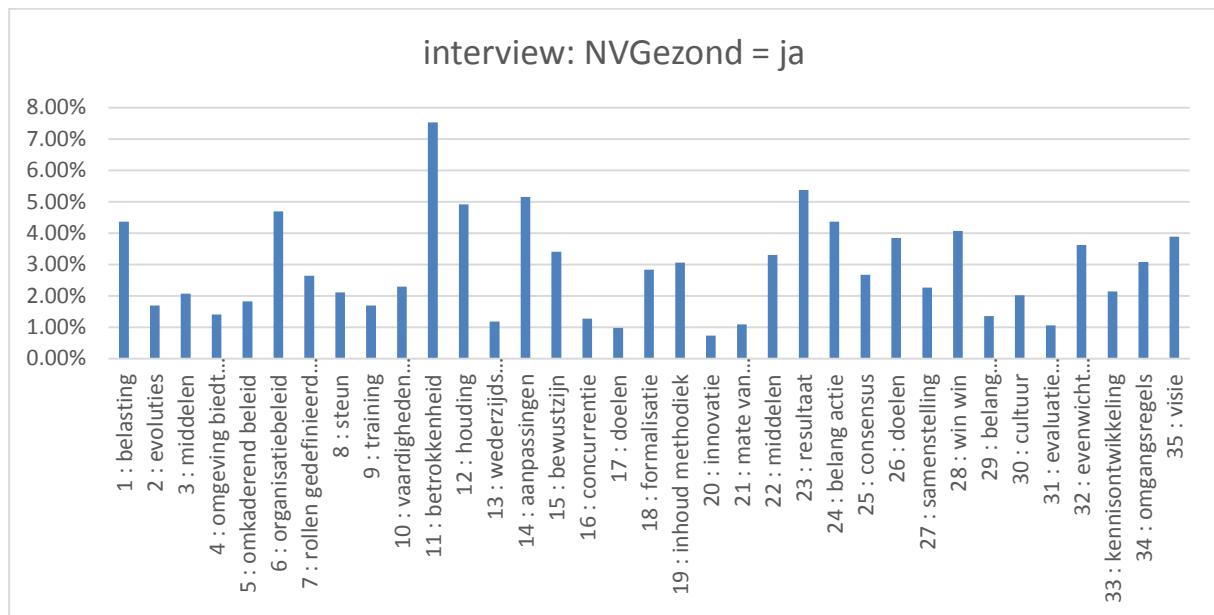
• **Model keten**

NVGezond:



Gebaseerd op: Beemer, et al, 2003; Bopp, Saunders & Lattimore, 2013; Durlak & DuPre, 2008; Greenhalgh, et al, 2004; Leibbrand, Boonstra & Zomer, 2007; Leurs et al, 2003; Fleuren, Paulussen, van Dommelen & Van Buuren (2012); Paulussen, Wierink & Mesters in Brug, van Assema & Lechner, 2007; Van Acker, 2012; Van Nassau, et al., 2013; Van Tomme, Voets & Verhoest, 2011; Wierenga

• **Factoren van invloed op het implementatieproces**



Figuur 3 Welke factoren van invloed op het implementatieproces werden procentueel vaak aangehaald bij de respondenten in de case NVGezond. Er werd gecontroleerd dat niet één persoon dit item heel veel aanhaalde, maar dat verschillende respondenten hier belang aan hechtten.

Voor de methodiek NVGezond spraken de respondenten vaak over belasting, organisatiebeleid, betrokkenheid, houding, aanpassingen aan de methodiek, resultaat van de methodiek, belang van de actie en win/win. Deze concepten zullen dan ook verder besproken worden. Wat minder aan bod kwam in de interviews van deze methodiek zijn de doelen en het innovatieve van de methodiek. Doelen komen minder aan bod omdat voor actoren in de bedrijfssector gezondheid minder prioritair is. Verschillende verspreiders en implementeerdere halen aan dat ze deze methodiek eigenlijk niet verspreid of geïmplementeerd hebben. De reden daarvoor is dat ze vonden dat deze methodiek niet 'af' is, dat er geen concrete tools zijn om in de bedrijven te implementeren. De implementeerdere kennen gezondheidsbevordering nog niet voldoende om zelf tools aan te brengen.

Belasting

De respondenten oordelen dat een bedrijf wel positief kan staan tegenover het initialiseren van gezondheidsacties, maar daar niet veel tijd en inspanning aan wil spenderen, waardoor kleine stappen en acties aangewezen zijn. De doelgroep is kleine bedrijven die ook een beperkte capaciteit hebben, een persoon neemt vaak verschillende functies waar. Het is dus aangewezen om ondersteuning te bieden aan deze kleine bedrijven door bijvoorbeeld het invullen van formulieren. Respondenten die NVGezond implementeerden en gebruikten ervaren die steun wel en beschouwen NVGezond ook als een laagdrempelige methodiek. Sommige verspreiders stelden dat NVGezond als doel had om het bedrijfsbeleid te veranderen en dit zou als hoogdrempelig worden ervaren. Er wordt gesteld dat best op maat wordt gewerkt. Enkele implementeerdere stellen dat NVGezond zijn plaats moet vinden bij de vele acties die een bedrijf naar welzijn, duurzaamheid en HR moet doen. Op deze basis kan worden besloten dat zij die er niet mee hebben gewerkt, deze methodiek minder positief beoordelen dan diegene die er wel mee werkten. Een mogelijke verklaring is dat de methodiek niet toegankelijk is.

Organisatiebeleid

Het is belangrijk dat de leidinggevende overtuigd is van de methodiek. Soms komt de vraag van de werknemers, maar de leidinggevende beslist. Het is geen evidentie om dit op de agenda van de beslissingnemer te krijgen en actoren zouden hierin ondersteund kunnen worden. Een eerste stap in succesvolle implementatie is deze leidinggevende bereiken. De leidinggevendenden die in eerste instantie door NVGezond werden overtuigd zijn volgens de respondenten zelf sportief en bewust van het belang van een goede gezondheid.

Een hulpmiddel in de bedrijven die NVGezond implementeerden was een centrale aanspreekpersoon en/of werkgroep. Dit heeft implicaties naar de continuïteit van de methodiek. Dit is nodig om echt tot actie te komen en niet gewoon te sensibiliseren. Om de actie te ondersteunen is voor een bedrijf communicatie heel belangrijk, intern om alle werknemers mee te hebben en extern om te tonen dat gezondheid aandacht krijgt in het bedrijf. In de bedrijfscontext is een methodiek ter gezondheidsbevordering relatief nieuw, ook de implementeerders weten nog niet altijd hoe met deze setting om te gaan.

Betrokkenheid

Een gemis is dat er geen structurele meetings meer waren over de methodiek met de implementeerders, enkel over de award. Verspreiders en implementeerders melden dat zij NVGezond als methodiek nog niet afdoende geïmplementeerd of verspreid hebben, omdat de methodiek niet helder is, geen concrete inhoud heeft. Daarnaast is het bedrijfsnetwerk voor gezondheidsmethodieken beperkt. Bedrijven kennen de partnerorganisatie (ontwikkelaar) niet.

Wanneer voelen mensen zich dan wel betrokken? Wat gebeurt er wel? De bedrijven die NVGezond wel opnamen, integreren NVGezond in al hun structuren en maken regelmatig interne en externe reclame voor de methodiek. Een enthousiaste houding van de implementeerders was een hele hulp om het implementatieproces vooruit te helpen. De implementeerders die de methodiek gebruikten tonen ook dat er wel bereidheid is om te investeren. Een probleem is wel dat er niet echt opvolging voorzien is vanuit de methodiek.

De rolverdeling in deze methodiek was niet helemaal duidelijk en logisch waardoor actoren in de keten niet overgaan tot actie en beperkt investeren. Een verspreider aan het woord: *“En dat zijn dingen die eigenlijk allemaal op voorhand hadden moeten gebeurd zijn voordat wij die methodieken gaan bekend maken want ja nu lopen wij tegen obstakels hé want wij gaan dat wel proberen te verkopen maar wij hebben geen volgende stap omdat die externe diensten die het zouden moeten aanbieden niet altijd mee zijn in het verhaal of die methodiek Vlaams niet eigen zijn omdat de koepelorganisatie daar niet over communiceert met hun lokale aanspreekpunten. Allé je merkt dan heel veel ja, zaken die niet oké zijn en dan hebben wij natuurlijk ook moeite met zo’n methodiek te gaan dissimineren hé.”* Om bedrijven te overtuigen tot het initialiseren van een gezondheidsbeleid dienen actoren deel van hun huidig netwerk hen persoonlijk te motiveren.

Ten slotte is het belangrijk om vanuit een bedrijfsvisie te kunnen denken en dit in een gezondheidsmethodiek te vertalen. Daartoe dienen de bedrijven zelf in de ontwikkeling te worden betrokken, voor enkele respondenten was dat hier het geval, voor andere niet.

Houding

De attitude van de werkgever tegenover gezondheid is volgens verschillende respondenten een cruciale factor tot adoptie van NVGezond. Dit is opvallender dan in andere methodieken. Daartoe willen de

verspreiders en implementeerders concrete acties met bewezen uitkomsten om hen te overtuigen. Heel wat respondenten getuigen dat ze eigenlijk te weinig gedaan hebben naar NVGezond toe, tegelijk zien ze het in deze omstandigheden en met deze methodiek niet zitten om meer te doen. Er wordt geoordeeld dat het niet 'af' genoeg is om in de markt te zetten. De methodiek moet zelf met acties worden ingevuld, maar respondenten stellen dat deze acties niet door ontwikkelaars worden aangeboden. In de methodiek zelf zit wel groeipotentieel, aldus de respondenten. De respondenten geven het belang aan van bedrijfsnabije partners om gezondheid op de werkvloer te promoten. De respondenten die momenteel NVGezond geïmplementeerd hebben geloven in de methodiek omdat ze streven naar werknemers in goede gezondheid en daar zelf van overtuigd zijn.

Aanpassingen aan de methodiek

Voor bedrijven is het belangrijkste om de voordelen van de methodiek in de kijker te zetten. De methodiek zou momenteel nog niet aangepast zijn aan de context, een bedrijventerrein heeft bijvoorbeeld verschillende externe diensten, hoe moet daarmee worden omgegaan?

Ook in deze setting willen implementeerders nog vrij kunnen omgaan met de methodiek: "Men vraagt om dat zo te doen, en je ziet dat lukt niet, je moet dat anders doen. Het is eigenlijk, dat is juist de toegevoegde waarde van ons mensen, dat wij dat kunnen. Je moet kennis hebben van de methodieken en dan gaan wij de methodieken op onze manier bij de klant brengen." Een belangrijke vereiste aanpassing volgens de respondenten is de kadering van deze methodiek binnen andere beleidsdomeinen en doelen, niet beperkt tot voeding en beweging, maar ook collegialiteit, duurzame mobiliteit, ...

Resultaat van de methodiek

Vooraleer bedrijven een gezondheidsmethodiek gebruiken en intermediairs deze naar hen toe willen implementeren, moet er bewezen effect zijn, die liefst ook kan worden gevisualiseerd. Wat respondenten die tot op heden al hadden deelgenomen, meedelen, is dat zij wel een positief gevoel overhouden aan NVGezond.

De NVGezond award wordt specifiek als succesvol middel genoemd om deze methodiek te implementeren, doch halen ook enkele respondenten aan dat er niet zoveel deelnemers zijn. Een tiental respondenten geven aan dat de methodiek niet gebruikt wordt. Dat betekent dat de implementatie niet succesvol is. Vele respondenten wijten het aan de methodiek an-sich dat de deze niet wordt gebruikt. Dat ligt ook aan het gegeven dat implementatie en de beïnvloedende factoren minder gekend zijn en minder tastbaar.

Belang actie

De bedrijfssector is bij uitstek een sector waar andere prioriteiten dan gezondheidsbevordering gelden. Winst maken is het voornaamste doel en dan willen beslissingnemers weten of gezondheidsbevordering binnen deze strategie past en hoe. Niet enkel gezondheidsbevordering krijgt geen prioriteit, het algehele personeelsbeleid is minder belangrijk dan financiën en boekhouding. Een verspreider verwoordt het als volgt: *"werkgevers uitnodigen op sessies, seminars, workshops, noem maar op, op vlak van personeelsbeleid gewoon tout court, is niet zo evident. Meestal gaat het om, ja, sessies die wij organiseren die populair zijn, zijn vooral sessies die te maken hebben met financiën en boekhoudkundige toestanden, daar liggen ze wel van wakker. Personeelsbeleid is, hoe moet ik dat zeggen, een zorg dat euhm, maar pas belangrijk is als ze ermee geconfronteerd worden."* Bedrijven zijn enthousiast over het topic, maar er doen zich allerlei zaken in de omgeving voor, zoals bijvoorbeeld crisis, nieuwe

administratieve procedures, waardoor gezondheidsbevordering in de onderste schuif belandt. Gezondheidsbevordering ligt ook moeilijker voor kleine en middelgrote bedrijven, dit heeft te maken met capaciteit en dat er minder contact is met de externe diensten hiervoor verantwoordelijk. Zeker als bedrijven en implementeerders op vrijwillige basis mogen werken, gaan ze hier geen prioriteit van maken. Verspreiders en implementeerders communiceren en implementeren concrete, laagdrempelige en minieme acties als opstart, in de hoop daar verder op te bouwen. Intermediairs hebben het gevoel dat ze met deze methodiek de bedrijven bereiken die er al mee bezig zijn. Daarnaast is de methodiek slechts beperkt verspreid, omdat verspreiders en implementeerders het gevoel hebben dat het iets is wat ze nog niet in de markt kunnen zetten, wegens te weinig inhoud en te complex. Verwoordt door een verspreider: *“Ik vind het een verwarrende manier, een verwarrende methodiek ook omdat enerzijds een hoe moet ik dat zeggen een ideaal te doorlopen traject wordt beschreven en tegelijkertijd de naam wordt gebruikt voor acties en dan valt dat onder die award en ik vind dat dat is moeilijk. Dat vindt ik verwarrend aan het concept NvGezond.”*

Win/win

Hoe ervoor te zorgen dat gezondheidsbevordering binnen bedrijven aan belang wint? Een eerste suggestie is de koppeling maken met andere domeinen, doelen en strategieën, zoals netwerken, duurzaamheid, mobiliteit, sfeer onder collega's, verzuim... Daarin schuilt ook de win voor een bedrijf, in collegialiteit, minder afwezigheid, minder afval, gezondere werknemers en zo uiteindelijk een hogere productiviteit. Daar willen bedrijven dan wel concrete cijfers en good practises van op papier. Ook imagobevordering kan een win zijn, maar ook dit moet dan hard gemaakt worden. Zoals een verspreider vertelt: *“Het was een actie die voornamelijk verkocht niet vanuit NV gezond, maar het was een actie waarmee je de teamspirit ging gaan bevorderen binnen die bedrijven en waarmee dat je ook in contact komt met andere bedrijven omdat er daar een start- en slotevent aan gekoppeld was.”* Intermediairs uit de private sector doen het enkel maar voor de tevredenheid van hun klanten, de bedrijven.

3.1.3. Het Vlaggensysteem

- **TIDieR**

Item 1: Naam van de methodiek

Het vlaggensysteem: een pedagogisch werkinstrument rond seksueel (on)aanvaardbaar gedrag bij kinderen en jongeren voor volwassenen die met kinderen en jongeren werken.

Item 2: Waarom

Het doel van het vlaggensysteem is om begeleiders, zorgverleners en leerkrachten uit kinderopvang, bijzondere jeugdzorg, jeugdwerk, eerstelijnszorg, basis-, secundair- en hoger onderwijs mogelijkheden aan te bieden en te tonen waarop men op een pedagogisch verantwoorde manier met seksueel (grensoverschrijdend) gedrag bij kinderen en jongeren kan omgaan (Sensoa, 2014b). Op basis van literatuur rond seksuele ontwikkeling en zes criteria, die aangeven wanneer er sprake is van seksueel overschrijdend gedrag, werd het vlaggensysteem ontwikkeld. Drie van de zes criteria werden overgenomen uit het boek *Juvenile sexual offending* van Ryan en Lane, namelijk wederzijdse toestemming, gelijkwaardigheid en vrijwilligheid. Daarnaast werden door de ontwikkelaars nog drie aanvullende en noodzakelijke criteria toegevoegd om situaties te beoordelen, namelijk zelfrespecterend, leeftijdsadequaat en contextadequaat gedrag (Frans, z.j.).

Item 3: Wat: Materialen

De materialen van het vlaggensysteem zijn samengevoegd in een pakket. Dit pakket bevat een boek met een handleiding en leidraad. Daarnaast zijn er 44 educatieve kaarten toegevoegd waarop situaties worden afgebeeld en beschreven waarbij kinderen en jongeren betrokken zijn in seksueel (grensoverschrijdend) gedrag. Er is een normatieve lijst met verschillende gedragingen per leeftijd, verdeeld in de verschillende vlagcategorieën. De voorgaande materialen zijn ook terug te vinden op een CD-rom. Verder bestaan er aangepaste versies van deze handleiding en de educatieve kaarten voor specifieke settings. Zo bestaat '(N)iets mis mee', een doos voor jeugdwerkers met handleiding en 36 kaarten. Voor bestuur en begeleiders in sportorganisaties is er het pakket 'Sport, een spel met grenzen', bestaande uit een handleiding, 30 tekeningen en een overzichtskaart. Ten slotte bestaat een brochure 'Over de grens' voor ouders waarin het Vlaggensysteem kort wordt uitgelegd en ouders helpt te bepalen en om te gaan met seksueel (grensoverschrijdend) gedrag van hun kind of jongere (Sensoa, 2014b).

Ten slotte zou er een trainershandleiding ter beschikking zijn (Sensoa, 2014a).

Item 4: Procedure

Beschrijven van procedures, activiteiten

De opvoeder, zorgverlener of begeleider (individueel of in organisatie) beoordeelt de situatie volgens de zes criteria en bepaalt welke vlag (groen, geel, rood of zwart) toegekend wordt. Op basis hiervan reageert men met de meest gepaste reactie.

Implementatie-activiteiten

Opvoeders, zorgverleners en begeleiders kunnen de handleiding, kaarten en eventueel de Cd-rom doornemen na opvraging van het pakket. Men kan ook deelnemen aan vormingen. Zo is er een vorming van één dag waarbij het Vlaggensysteem wordt voorgesteld en er wordt geoefend op enkele situaties. Daarnaast is er nog een uitgebreidere (1-4 dagen) vorming aangepast voor de verschillende settings, namelijk het onderwijs, buitenschoolse opvang, bijzondere jeugdzorg, jeugdwerk, sport,... Ten slotte is het mogelijk voor gedragswetenschappers, hulpverleners, beleidsmakers en andere professionals, die de vorming reeds hebben gevolgd, te leren hoe men zelf de training kan geven aan collega's en hoe het Vlaggensysteem te integreren in hun organisatiebeleid. Deze 'training-of-trainers' wordt, net zoals de twee vorige vormingen, aangeboden door Sensoa (Sensoa, 2014a; Van Hevele, Dewaele & Buysse, 2013).

Item 5: Aanbieders

Opvoeders, zorgverleners en begeleiders implementeren het Vlaggensysteem in hun werkveld. Om te leren werken met deze methodiek, kan men beroep doen op de handleiding. Indien men dit wenst kan men daarnaast deelnemen aan een open vorming of een vorming op maat. Bovendien kan de opvoeder, zorgverlener of begeleider zelf deze vormingen geven aan eigen collega's door de 'training-of-trainers' (TOT) te volgen. Na het volgen van deze opleiding kan men, indien er wordt voldaan aan kwaliteitseisen, een licentie bekomen voor twee jaar (Sensoa, 2014a; Van Hevele et al., 2013).

Item 6: Hoe

De kaarten van het Vlaggensysteem worden individueel of in groep geraadpleegd door opvoeders, zorgverleners en begeleiders.

Item 7: Waar

Waar de methodiek doorgaat is afhankelijk van de setting waarin de situatie zich voordoet. Verder zijn er geen specifieke kenmerken waaraan de omgeving moet voldoen om het Vlaggensysteem toe te passen.

Item 8: Wanneer en hoeveel

Er is geen aanbeveling over het aantal keer dat het Vlaggensysteem moet gebruikt worden en over welke tijdsperiode dit loopt, zowel niet voor wanneer zich een seksueel grensoverschrijdende situatie zich voordoet als wanneer er geen meldingen zijn.

Item 9: Tailoring

Het Vlaggensysteem is uitgewerkt voor verschillende settings, namelijk school, jeugdbeweging, sportvereniging en thuisomgeving (ouders). Daarnaast bestaat voor iedere setting een aangepaste vorming. In de toekomst zal er ook een Vlaggensysteem ter beschikking zijn dat volwassenen helpt om te gaan met seksueel (grensoverschrijdende) situaties bij kinderen en jongeren die afwijken van een "normale" seksuele ontwikkeling. Factoren die hierop van invloed kunnen zijn, zijn aangeboren of verworven beperkingen, cultuur/context, traumatische ervaringen, en gender en identiteit (Sensoa, 2009).

Item 10: Aanpassingen

Er zijn situaties toegevoegd en herbekeken.

Item 11: Hoe goed gepland

Opvoeders, zorgverleners en begeleiders hadden de mogelijkheid vormingen te volgen waarin het Vlaggensysteem werd geoefend. Dit was echter niet verplicht. De Training Of Trainers verliep wel aan de hand van een trainershandleiding.

Item 12: Evaluatie

De invloed van het Vlaggensysteem (handboek, 46 kaarten en Cd-rom) op de opvoeders, zorgverleners en begeleiders werd in een onderzoek van Van Hevele, Dewaele en Buysse (2013) onderzocht door middel van een online vragenlijst, afgenomen bij zowel gebruikers als niet-gebruikers. Hieruit blijkt o.a. dat degenen die het Vlaggensysteem toepassen beter in staat te zijn om de meest gepaste reacties te geven bij de verschillende vlaggen, alsook aan te geven welk gedrag adequaat is volgens de leeftijd, in vergelijking met degenen die deze methodiek niet kennen en toepassen. Opmerkelijk is wel dat zowel gebruikers van het Vlaggensysteem als niet-gebruikers dezelfde vaardigheid hebben in het toekennen van de juiste vlag aan een situatie op basis van het toepassen van de criteria. Gebruikers zijn zich dan wel weer meer bewust van hun rol in het omgaan met seksueel (grensoverschrijdende) situaties, voelen zich ook meer in staat om deze rol uit te voeren en geven bovendien ook aan effectief meer hierover in gesprek te gaan met de verschillende betrokkenen. Ten slotte zou de helft van de bevroegde gebruikers het Vlaggensysteem gebruikt hebben om de regels binnen hun organisatie aan te passen.

Naast de effectevaluatie werd ook het proces onderzocht door Van Hevele et al. (2013). Hieruit blijkt dat alle materialen van het Vlaggensysteem, behalve de Cd-rom, regelmatig gebruikt worden, alsook

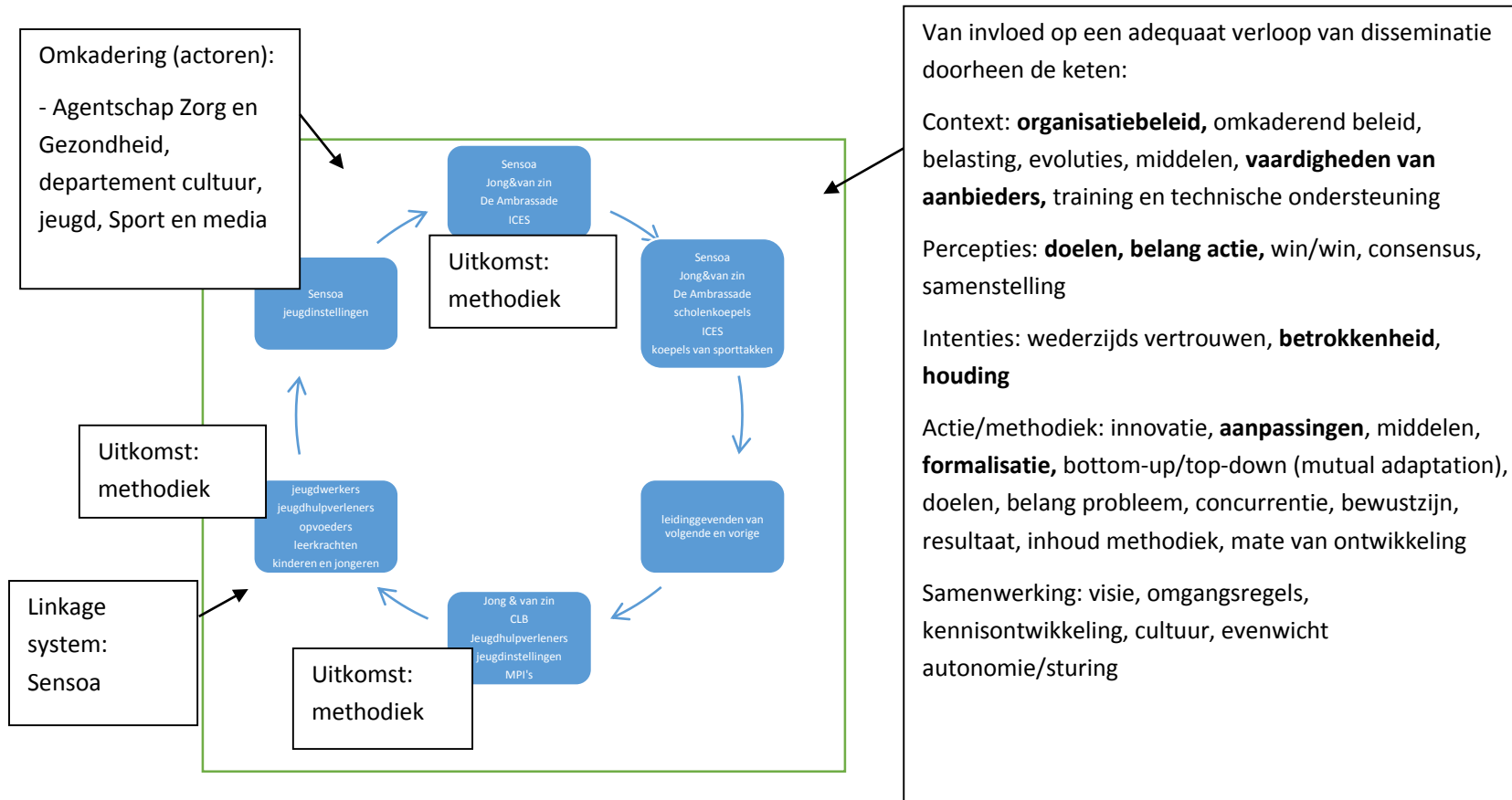
positief worden bevonden en de meesten aangeven te weten hoe dit materiaal te gebruiken. Wel bleek er geen vaste procedure te bestaan waarop de gebruikers het Vlaggensysteem konden leren. Er werden verschillende mogelijkheden gedetecteerd: enkel het boek doornemen, enkel de vorming of training volgen of een combinatie hiervan. In een klankbordgroep (Sensoa, 2011) werd de suggestie gedaan om de training anders te organiseren, zoals het meer oefenen van gesprekstechnieken en ingekorte en gespreide trainingsdagen. De voorwaarde vóór de aanvang van een training is een goed klimaat binnen de groep en na de training duidelijke verwachtingen rond toepassing in het werkveld. Ten slotte werd in deze klankbordgroep aangegeven dat nog meer aandacht moet worden besteed aan de implementatie van het Vlaggensysteem. Zo geeft men aan dat er nood is aan een visie en beleid rond de aanpak van seksueel (grensoverschrijdend) gedrag binnen de organisatie, nood is aan gemotiveerde en betrokken teamleiders en gebruikers en een plan voor behoud.

Implementatieplan? Zo ja, vergelijking met implementatieplan van Bartholomew.

Het evaluatierapport van Van Hevele et al. (2013) concludeert dat er geen implementatieplan, zoals weergegeven door Bartholomew et al. (2011), bestaat voor het Vlaggensysteem. Zij besluiten dat er geen adoptieplan is waarin wordt weergegeven hoe ze opvoeders, zorgverleners en begeleiders in contact laten komen met het Vlaggensysteem en hoe ze hun ervan gaan overtuigen dit te gaan adopteren. De enige actie ondernomen om te overtuigen, is het vernoemen van positieve praktijkervaringen in de handleiding. Dit is echter beperkt, aangezien op deze manier enkel de personen bereikt worden die nood hebben aan de methodiek en interesse hierin hebben.

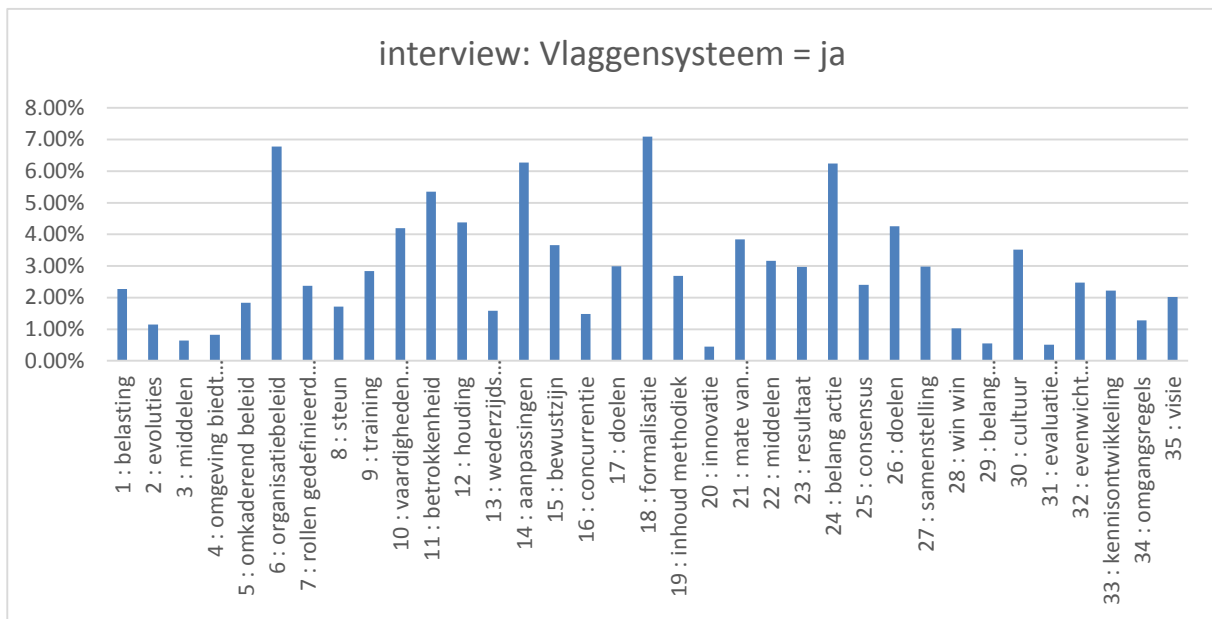
Een uitgeschreven plan rond hoe het Vlaggensysteem geïmplementeerd dient te worden is niet aanwezig (Van Hevele et al., 2013). Zo geven de onderzoekers aan dat er niet weergegeven staat hoe het boek gebruikt dient te worden en wat de minimaal te doornemen onderdelen zijn, de intensiteit en de duur zijn van de methodiek. Uit de documentenanalyse kan wel afgeleid worden dat er wel is nagedacht over implementatie maar niet op een systematische manier. Zo heeft men wel vormingen en trainingen voorzien opdat de gebruikers het Vlaggensysteem correct zouden toepassen en waar dus op de kennis en de eigen-effectiviteit wordt gewerkt van opvoeders, zorgverleners en begeleiders. Deze worden echter weinig aangemoedigd waardoor men niet met zekerheid kan zeggen of de methodiek correct wordt toegepast. Na het volgen van een train-de-trainers opleiding kan een licentie-overeenkomst bekomen worden, waaraan kwaliteitseisen zijn verbonden. Deze licentie-overeenkomst is geldig voor twee jaar. Verder is het niet duidelijk of deze beslissing tot het geven van een handleiding, vormingen en trainingen de meest effectieve manier is opdat opvoeders, zorgverleners en begeleiders het Vlaggensysteem effectief zouden toepassen in de praktijk. Ten slotte duiden Van Hevele et al. (2013) aan dat ook nergens wordt omschreven hoe men het behoud van de methodiek zal beïnvloeden. Deze documentenanalyse concludeert dat er geen beschrijving of notie is van onderbouwde interventies om het gebruik van het Vlaggensysteem te behouden in organisaties. Wel blijkt dat gebruikers zelf reeds hebben aangegeven dat er nood is aan een verankering van de methodiek door het uitschrijven van een beleid (Sensoa, 2011).

• **Modelketen**



Gebaseerd op: Beemer, et al, 2003; Bopp, Saunders & Lattimore, 2013; Durlak & DuPre, 2008; Greenhalgh, et al, 2004; Leibbrand, Boonstra & Zomer, 2007; Leurs et al, 2003; Fleuren, Paulussen, van Dommelen & Van Buuren (2012); Paulussen, Wieferink & Mesters in Brug, van Assema & Lechner, 2007; Van Acker, 2012; Van Nassau, et al., 2013; Van Tomme, Voets & Verhoest, 2011; Wierenga

• **Factoren van invloed op het implementatieproces**



Figuur 4 Welke factoren van invloed op het implementatieproces werden procentueel vaak aangehaald bij de respondenten in de case het Vlaggensysteem. Er werd gecontroleerd dat niet één persoon dit item heel veel aanhaalde, maar dat verschillende respondenten hier belang aan hechtten.

Het vlaggensysteem toont een enigszins ander antwoordenpatroon dan de andere casussen. Zaken die vaak door de respondenten werden aangehaald: organisatiebeleid, vaardigheden aanbieders, betrokkenheid, houding, aanpassingen aan de methodieken, formalisatie, belang actie en doelen. Minder van belang in dit verhaal zijn de volgende concepten: middelen, de omgeving die mogelijkheden biedt, innovativiteit van de methodiek, het belang van samenwerking en de evaluatie van de samenwerking. Voor het vlaggensysteem was de keten en samenwerking beperkt tot een relatie tussen expertisecentrum en implementeerder, die ook vaak doelgroep is. Aan de andere kant waren er behoorlijk wat actoren die feedback gaven en het Vlaggensysteem kunnen doorgeven, maar hun rol lijkt eerder beperkt. Middelen zijn minder van belang bij het vlaggensysteem, omdat het een handvat is met een meerwaarde voor wat instellingen, jeugdwerkers nu al doen.

Organisatiebeleid

Het Vlaggensysteem is operationeel in verschillende organisaties en structuren, scholen, mpi's, instellingen, jeugdwerk, sportclubs. Deze individuele diensten krijgen van hun koepels informatie over het vlaggensysteem doorspeeld, maar mogen zelf kiezen of en hoe ze daarmee aan de slag gaan. Het vlaggensysteem is een methodiek die best in de structuur van de organisatie kan worden opgenomen. In die gevallen voor dit onderzoek geïnterviewd, hadden de implementeerders het Vlaggensysteem opgenomen in jaarplannen, visieteksten en afsprakennota's. Voor de continuïteit dient te worden nagedacht aan de overdracht naar (nieuwe) collega's. De manieren waarop dit nu gebeurt zijn divers, het systeem wordt mondeling overgedragen, het wordt opgenomen in de welkomstmap of is deel van het vaste vormingsaanbod. Voor de implementatie hebben enkele intermediairs structuren uitgewerkt om het vlaggensysteem in hun werking te concretiseren. Zo wordt er bijvoorbeeld aan kinderen een vlag gegeven en wordt op die basis verder opgevolgd, of er worden teams opgericht die met het vlaggensysteem aan de slag gaan, als parameter in het kwaliteitsfonds, als gemeenschappelijk kader of

zelf documenten aanmaken. De vraag is of deze manier van implementeren aanleunt bij wat ontwikkelaars voorop stellen.

Vaardigheden aanbieders

Vaardigheden waarover implementeerdere van het vlaggensysteem dienen te beschikken, zijn: een adequate kennis van de sociale kaart, wie werkt waar en hoe met de specifieke doelgroep. Hieruit blijkt dat een goed contact met de doelgroep een noodzaak is. Ook communiceren naar andere hulpverleners en ouders is iets wat aangeleerd wordt in aangeboden vorming. Het referentiekader beïnvloedt volgens de respondenten welke vlag er gegeven wordt. Het vlaggensysteem wil hier net op inspelen door een kader te bieden, bijkomende richtlijnen omtrent toepassing zijn dan natuurlijk wel noodzakelijk. Het blijkt belangrijk dat implementeerdere van het vlaggensysteem en figuren uit de omgeving van kinderen en jongeren niet alleen vorming krijgen die hen competent maakt, maar dat ze zich ook echt competent voelen. Beschikken over een vermogen tot nuanceren is een andere vaardigheid waar respondenten op duiden, het vlaggensysteem is immers een gespreksinstrument. In de meeste gevallen oordelen de respondenten dat ze op dit moment over de vaardigheden beschikken om met het Vlaggensysteem aan de slag te gaan, terwijl de ontwikkelaars vooropstellen dat je om het instrument adequaat te gebruiken vorming nodig hebt. Dit is het gevaar van een kant-en-klaar relatief eenvoudig instrument dat verkeerd gebruikt kan worden.

Betrokkenheid

Naar aanleiding van de ontwikkeling van het vlaggensysteem zijn verschillende implementeerdere en omgevingsactoren gecontacteerd en werden zij om feedback gevraagd. Dit is een goede zaak in die zin dat dit actoren zijn die het systeem gebruiken en mee helpen uitdragen. Gezien het vlaggensysteem buiten de aangeboden materialen niet echt een implementatiestrategie kent, ligt de methodiek bij vele organisaties op de plank. Wil men dit voorkomen kan er best toch een implementatiestrategie worden voorzien alsook mensen die coachen. Ook hier is herhaling belangrijk. Toch halen respondenten aan dat door de nauwe betrokkenheid van de betreffende partnerorganisatie, er is contact tussen ontwikkelaar en gebruiker, ze zich meer betrokken voelen. Omdat het een gevoelig thema is, is het belangrijk dat iedereen in een organisatie kan ventileren over de methodiek.

Houding

De houding van de intermediairs tegenover het Vlaggensysteem was zeker in het begin niet altijd even positief. Er werden situaties als groen bestempeld die de publieke opinie rood of zwart inschatte. Dat is ook net een van de doelen van het Vlaggensysteem, normaliseren van seksueel gedrag. De mensen die er nu mee werken zijn heel tevreden met het instrument vanwege de dagelijkse bruikbaarheid. De ad-hoc benadering waarmee deze methodiek nu verspreid wordt, kent opvallend veel bijval door zij die mee aan de basis van het instrument liggen. Er wordt geoordeeld dat zo op noden kan worden ingespeeld, snel reageren mogelijk is en dat het instrument indien nodig aan de context kan worden geadapteerd. Anderen vinden dat er meer aandacht aan implementatie besteed kan worden.

Aanpassing aan de methodiek

Het Vlaggensysteem is in samenwerking met de sector aangepast aan verschillende settings. Er bestaan dus verschillende vlaggensystemen weliswaar met dezelfde essentiële componenten onder meer gericht naar professionals uit de sportsector, uit de jeugdsector, in scholen en naar de kinderen zelf. De situaties worden aangepast zodat deze herkenbaar zijn voor de betreffende sector. Het doel is om het

Vlaggensysteem nu verder aan te passen zodat ze beter ingang vinden bij verschillende specifieke doelgroepen.

Formalisatie van de methodiek

Het Vlaggensysteem is heel toegankelijk, het pakket kan verkregen of gekocht worden zonder voorwaarden. Een vorming volgen, is iets wat in de toekomst meer kan worden aangemoedigd.. Beroep doen op een begeleider, betekent qua tijd en budget weliswaar een bijkomende investering. Doordat het vlaggensysteem momenteel zo vrij in gebruik is, is het erg moeilijk zicht te krijgen op wie allemaal gebruik maken van dit systeem. Er worden dan ook foute toepassingen van het Vlaggensysteem gemeld, zoals het aanpassen/wijzigen van vlaggen omdat de organisatie bepaalde zaken anders ziet of interpreteert. Heel wat implementeerders zijn zelf voorstander om het implementatieproces meer te structureren. In de praktijk blijkt dat bepaalde organisaties waar met het Vlaggensysteem gewerkt wordt zelf een implementatieplan voorzien.

Belang actie

In onderwijscontext wordt het Vlaggensysteem meegegeven als mogelijkheid, maar de intermediairs geven aan dat het momenteel erg druk is en dat er andere prioriteiten zijn. Zij doen wat moet en dat is druk genoeg. In onderwijscontext werkt men vraaggestuurd en wordt een grote vrijheid gegeven aan de scholen. Wat de sportcontext betreft, worden thema's gekozen in het kader van een ethisch verantwoord sportbeleid en de gekozen thema's bevatten niet altijd het Vlaggensysteem. De prioriteiten worden intern bepaald op basis van gezond verstand en waar de organisatie nood aan denkt te hebben. De doelgroep moet dus in heel wat gevallen zelf het initiatief nemen om begeleiding en gebruik van het Vlaggensysteem te vragen. Die vraag, geven implementeerders mee, blijft vaak uit. Vaak wordt ze pas gesteld na een gebeurtenis, een voorval van seksueel grensoverschrijdend gedrag waar men niet mee om weet te gaan. *“Ja, er wordt vaak ook maar iets gedaan ermee op een moment dat dat zich voordoet en dat mensen de behoefte voelen om meer te weten of voor de volgende keer beter te reageren. Dat het veel meer aansluit op het moment dat er iets is en dat dat ander misschien meer ligt en dat mensen er iets mee moeten doen.”* In instellingen waar reeds werd geïmplementeerd komt een andere moeilijkheid naar voor: het Vlaggensysteem krijgt te veel aandacht ten koste van andere zaken in het preventieelk. Het Vlaggensysteem vindt zijn gebruikers op vandaag vooral door mond-aan-mondreclame.

Doelen

Het doel dat verspreiders zich stellen is te communiceren over de methodiek, wat in wezen overeenstemt met hun specifieke taak. Wat hierbij wel verontrustend is, is dat het vaak ook het enige is wat implementeerders doen. Terwijl de meeste respondenten en zeker de implementeerders het belangrijk vinden dat de methodiek wijdverspreid en effectief gebruikt wordt. Zij willen bijvoorbeeld ouders en jongeren zelf meer betrekken. Over één aspect zijn bijna alle respondenten het eens: ze achten het noodzakelijk dat het Vlaggensysteem wordt geïntegreerd in de organisatie, in de beleidsstructuur. Daar zijn wel implementatietools voor nodig en bijkomende implementatievoorwaarden.

Het Vlaggensysteem kwam tegemoet aan een nood/doel die heerste in vele opvoedingsinstellingen, namelijk een uniformisering van het omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Deze nood ligt zeker mee aan de basis van de vrij vlotte verspreiding van het vlaggensysteem. Dit wijst erop dat deze concrete tool die van ontwikkelaar naar doelgroep gaat, gemakkelijk worden opgepikt. Voorgaande is

echter niet meteen een pleidooi om alle methodieken zo uit te werken. Want er wordt in deze casus weinig pro-actief gewerkt en de tool wordt in enkele gevallen niet gebruikt of verkeerd gebruikt.

3.1.4. Druglijn – zelftesten

- TIDieR

Item 1: Naam van de methodiek

Zelftest online vragenlijsten rond evaluatie van eigen alcohol- en ander druggebruik.

Item 2: Waarom

De aanpak van alcohol- en andere drugproblemen start bij een zo vroeg mogelijke detectie, om vervolgens de problematiek bespreekbaar te maken en zo gedragswijziging of doorverwijzing mogelijk te maken. Dankzij de zogeheten kosten-effectieve e-SBI (“*Electronic Screening and Brief Interventions*”) of meer specifiek, “*e-mental health*” ofwel geestelijke gezondheidszorg via internet, zijn gebruikers makkelijker te bereiken. Zowel jongeren als volwassenen met problematisch middelengebruik kunnen via deze methodieken op een anonieme, continue en laagdrempelige manier via het internet informatie, advies, screening en/of zelfhulp verkrijgen. Op basis van deze insteek werd de gratis website “Hoeveel is te veel” ontwikkeld, die ondertussen de rubriek “Aan de slag” op de website van de druglijn is geworden.

Item 3: Wat: Materialen

Op de website van de druglijn (www.druglijn.be) wordt onder het onderdeel “Aan de slag” de zelftesten aangeboden. Om drop out, één van de grootste nadelen aan online zelfhulp, onderdeel van de zelftesten, tegen te gaan werden deze zelfhulpmodules uitgebreid met herinneringen via e-mail en SMS en een afgesloten forum. Op dit forum hebben de gebruikers van de modules de mogelijkheid met elkaar in contact te treden om advies te vragen, tips uit te wisselen en ervaringen te delen.

De VAD maakt gebruik van een ruim aanbod materiaal om de website te verspreiden, namelijk flyers, affiches, gadgets, VAD-websites en websites van andere organisaties, VAD-tijdschriften, nieuwsbrieven, persconferenties, kranten, nieuwe media (MySpace, Facebook, Twitter, Netlog),... (VAD/De Druglijn, 2008, 2009a, z.j.). De intermediairs zelf, namelijk CGG-preventiewerkers, lokale preventiewerkers, provinciale coördinatoren, Logo’s en de VAD-leden, hebben e-mails, brieven en artikels verspreid, alsook info-sessies, overlegmomenten en vormingen/seminaries georganiseerd om de methodiek bekend te maken (VAD/De Druglijn, z.j.).

Er bestaan info-sessies, overlegmomenten en vormingen/seminaries voor de eerstelijns hulpverleners (VAD/De Druglijn, z.j.). Voor de Druglijn medewerkers en vrijwilligers is er een bijkomende opleiding voorzien om adequaat te antwoorden op vragen die naar aanleiding van de zelfhulpmodule en zelftesten worden gesteld (VAD/De Druglijn, 2008).

Item 4: Wat

Beschrijven van procedures, activiteiten

Na het invullen van de zelftest, krijgt de gebruiker een evaluatie van zijn/haar gebruik en een advies op maat die gekoppeld is aan de verkregen score. In dit advies wordt geïnformeerd hoe verdere schade door gebruik kan voorkomen of beperkt worden, alsook wordt de mogelijkheid voorgesteld om de Druglijn te contacteren voor verdere informatie, advies of doorverwijsadres. De gemotiveerde gebruiker

neemt contact op via de telefoon of via het invulformulier die via e-mail verstuurd wordt. (VAD/De Druglijn, 2008). Verder wordt op de website de mogelijkheid geboden aan meerderjarige gebruikers om hun kennis te testen rond alcohol, andere drugs en gokken om een beter inzicht te krijgen in de risico's van problematisch middelengebruik. Ten slotte kunnen gemotiveerde meerderjarige cannabis- en cocaïne gebruikers gebruik maken van de online zelfhulpmodule. Dankzij deze module van vier tot zes weken kan de persoon zijn gebruik zelfstandig minderen of stoppen. Ze doornemen verschillende leesopdrachten en oefeningen zoals zichzelf doelen stellen, voor- en nadelen van gebruik en afwezigheid van gebruik afwegen, manieren van *coping* bedenken om met risicosituaties om te gaan,... Verder vult men ook een dagboek in waarbij men het gebruik en verlangen naar gebruik registreert. Hierdoor krijgt men meer zicht op het probleem en meer controle over de mechanismen van zijn gebruik (VAD/De Druglijn, 2009b). Indien de gebruiker dit wenst, krijgt hij een herinneringsmail of -sms wanneer hij een week niet zou ingelogd hebben in de zelfhulpmodule (VAD/De Druglijn, 2010).

Implementatie-activiteiten

De tools op de website worden naar het doelpubliek bekend gemaakt door flyers, affiches en *webbanners* te verspreiden via huisartsen, CGG's, straathoekwerkers, PAAZ-diensten, preventiewerkers, CAW's, OCMW's, Medisch Sociale Opvang Centra, wijkgezondheidscentra, ambulante drugzorg, psychiatrische ziekenhuizen, zelfhulpgroepen, Logo's, Justitiehuisen, Sociale voorzieningen van hogescholen, alsook publieke plaatsen zoals bepaalde kledingswinkels, fitnesscentra,... Verder wordt in de media veel aandacht besteed aan de website en wordt informatie en de link verspreid via VAD-tijdschriften en nieuwsbrieven, verschillende VAD-websites en andere websites van externe organisaties, Facebook en Google Advertenties, nieuwe media persconferenties, tijdschriften, magazines, kranten,... (VAD/De Druglijn, 2008, 2009a, z.j.). Indien het relevant is, worden tijdens telefoongesprekken of in mails met gebruikers en intermediairs de link van de website doorgegeven.

De eerstelijns hulpverlener raadt in de consultaties aan om de website te raadplegen. De eerstelijns hulpverleners worden op hun beurt aangespoord om dit te gebruiken in hun werkomgeving via info-sessies, overlegmomenten en vormingen/seminaries. Verder kunnen ze ook steeds beroep doen op de Vereniging alcohol en drugs (VAD).

Item 5: Aanbieders

De aanbieders van deze methodiek zijn de eerstelijns hulpverleners en Druglijn-medewerkers en -vrijwilligers. De methodiek wordt door deze drie aanbieders gegeven binnen hun eigen functie en dagdagelijkse bezigheden. De Druglijn-medewerkers en -vrijwilligers krijgen een opleiding waarin ze leren kwaliteitsvol te antwoorden op vragen rond de verschillende tools van de website. Voor de eerstelijns hulpverleners zouden ook vormingen georganiseerd zijn om te leren hoe ze de website kunnen gebruiken in de werkomgeving.

Item 6: Hoe

De methodiek wordt individueel en op afstand geleverd. Er wordt namelijk gebruik gemaakt van een website en er wordt een hulplijn geboden via e-mail en telefoon. Er kan dus gesteld worden dat deze methodiek op verschillende manieren interactief is. Naast de hulplijn kreeg de gebruiker aangepast advies via de website. Wanneer de methodiek gebruikt wordt samen met de eerstelijns hulpverlener is er een combinatie van *face-to-face* en levering op afstand.

Item 7: Waar

Deze methodiek kan gebruikt worden over heel Vlaanderen en wordt over heel Vlaanderen verspreid. De gebruiker of de eerstelijns hulpverlener dient wel toegang te hebben tot een ruimte waar een computer en internet beschikbaar is.

Item 8: Wanneer en hoeveel

Aangezien de methodiek een website betreft, is deze dag en nacht en overal beschikbaar. Enkel bij de zelfhulpmodule is er duiding van tijd. Hierbij spreekt men namelijk van een periode van vier tot zes weken die de gebruiker moet doorlopen. Verder zijn er geen verduidelijkingen voor eerstelijns hulpverleners omtrent wanneer en hoeveel men de methodiek dient te gebruiken.

Item 9: Tailoring

Het advies dat voortkomt vanuit de zelftest vragenlijst is gebaseerd op de persoonlijke score van de gebruiker.

Item 10: Aanpassingen

De methodiek werd ontwikkeld met oog op meerderjarige gebruikers maar aangezien de website voor iedereen beschikbaar is, gebruiken minderjarigen ook de zelftesten. Normen en adviezen met betrekking tot middelenmisbruik verschillen echter aanzienlijk tussen jongeren en volwassenen. Omwille hiervan werden op verschillende plaatsen op de website aangeduid dat de site enkel door volwassenen kan gebruikt worden. Later in de loop van het project werden dan toch de zelftesten rond alcohol en cannabis aangepast naar minderjarigen en toegevoegd op de website (VAD/De Druglijn, 2009b, 2010). Oorspronkelijk werd het herinneringsbericht voor de zelfhulpmodule via e-mail of SMS verstuurd na twee weken van afwezigheid. Dit werd echter gewijzigd naar een bericht na een week om uitval meer tegen te gaan (VAD/De Druglijn, 2009a). Ten slotte werd de website www.hoeveelsteveel.be geïntegreerd in de algemene site www.druglijn.be onder het onderdeel 'Aan de slag', na advies van een informatie-architect. Op deze manier is nu alle beschikbare informatie rond middelengebruik en de bijhorende risico's, tips, zelfhulpmodules, zelfhulpboekjes,... verzameld op één adres en vergemakkelijkt dit de hulp naar de doelgroep toe. Eventueel toekomstig materiaal kan nu telkens bij deze geïntegreerde website gemakkelijk toegevoegd worden (VAD/De Druglijn, 2011).

Item 11: Hoe goed gepland

De methodiek is een online-tool die vast ligt en rechtstreeks naar de doelgroep gaat. De zelfhulpmodule heeft een relatief grote drop-out, maar ook die personen maken melding van het plan om te stoppen, dus het effect kan ook in geval van niet gehele doorloop van de methodiek bereikt worden. De verspreiding lag niet geheel op voorhand vast en er zijn gaandeweg veranderingen gebeurd. Betreffende de verspreiding oordelen de ontwikkelaars ook dat er over sommige zaken meer kon worden nagedacht. Ten slotte leren Druglijn medewerkers en –vrijwilligers adequaat te antwoorden op vragen rond de zelfhulpmodule en zelftesten in de opleiding van de VAD. Eerstelijns hulpverleners leren de website toe te passen in hun praktijk door een vorming (VAD/De Druglijn, 2009b, 2010, 2011).

Item 12: Evaluatie

De Druglijn zelftesten werden in 2009, 2010 en 2011 geëvalueerd naar bereik, succes van verspreiding en tevredenheid (slechts voor een deel) (VAD/De Druglijn, 2009b, 2010, 2011). Deze evaluatie gebeurde door verschillende actoren, enerzijds objectief door bezoekersaantallen, anderzijds door intermediairs en door de doelgroep.

In de projectplannen wordt melding gemaakt van een positieve beoordeling van de Druglijn zelftesten door intermediairs uit de Drughulpverlening. De deelnemer aan de zelfhulp wordt ook uitgenodigd voor een evaluatie-onderzoek. Waar het gebruik wordt vergeleken met de start van de zelfhulpmodule. Een twintigtal bezoekers vulden in 2010 een evaluatie in over de zelfhulpmodule cannabis, waar het instrument werd geëvalueerd naar vorm, inhoud en uitkomst. De lay-out werd in het algemeen aangenaam bevonden, de inhoud is duidelijk, de leesopdrachten zijn bruikbaar, het gaf de gebruikers meer inzicht, het was veel werk voor de deelnemers en het merendeel (64,7%) minderde in aantal joints/week. Of de module een heldere structuur heeft en het ondersteuning biedt bij minderen/stoppen, waren de deelnemers het niet unaniem eens. De deelnemers evalueerden volgende items eerder negatief: het helpt om mijn gebruik onder controle te krijgen, ik ben van plan bijkomende hulp te zoeken, het voldeed aan mijn verwachtingen, tevredenheid met wat je hebt bereikt (VAD/De Druglijn, 2009b, 2010, 2011).

Er is sprake van enkele hindernissen naar verspreiding toe in het begin dat de zelftesten online kwamen, het gaat om technische problemen en om zaken die niet op tijd af waren. Na twee jaar werd de tool d.m.v. een vragenlijst geëvalueerd, deze kende echter weinig respons (VAD/De Druglijn, 2009b, 2010, 2011).

Evaluatie van advertenties en banners werd gedaan op basis van het aantal keer dat deze werden aangeklikt. De advertentie in Metro resulteerde in verdubbeling bezoekers. Minder positief geëvalueerd op vlak van kosteneffectiviteit. Aantal bezoekers steeg over geruime tijd stabiel via *google-ads* en *Facebook* advertentie (VAD/De Druglijn, 2009b, 2010, 2011).

Overheen de jaren werd onderzocht hoeveel bezoekers er waren, wat het gebruik gemiddeld was, socio-demografische variabelen van de bezoekers, welke testen het populairst waren/zijn (VAD/De Druglijn, 2009b, 2010, 2011).

Het projectbudget is afgelopen, waardoor er geen budget meer is voor bekendmakingsmateriaal of –campagnes. De zelftesten en zelfhulpmodules zijn verankerd in het reguliere aanbod van de VAD, binnen de Druglijn. Het aantal nieuwe gebruikers aan de zelfhulp daalt in 2011 tegenover 2010. 60,5% van de deelnemers aan de zelfhulp cannabis waren van plan te stoppen, bij de zelfhulp cocaïne was dat 85,8%. De zelftest werd meer (81336 x) aangeklikt in 2011 dan in 2010 (72823x). De kennistest werd daarentegen in 2011 (31302x) minder afgelegd dan in 2010 (41695x) (VAD/De Druglijn, 2009b, 2010, 2011).

Er kan gesteld worden dat de Druglijn zelftesten een succesvolle methodiek zijn als we kijken naar het aantal bezoekers dat steeg overheen de jaren, naar de uitkomsten van de zelfhulp en naar het succes van de verspreidingstools. Aan de andere kant blijken er zeker items ter verbetering als we kijken naar de evaluatie van de zelfhulpmodule voor cannabis. Deze kende wel een beperkt aantal participanten (20). De ontwikkelaars merken op dat bij de verspreiding niet alles goed liep. Zo werd er gaandeweg veel uitgevonden, omdat er weinig ervaring voorhanden was in het lokken van bezoekers naar een site. Er

moest expertise worden opgebouwd omtrent het bekend maken van online methodieken (VAD/De Druglijn, 2009b, 2010, 2011).

Implementatieplan? Zo ja, vergelijking met implementatieplan van Bartholomew.

De VAD heeft nagedacht over hoe de zelftesten, kennistesten en zelfhulpmodules het best bij de doelgroep te brengen. Eerst en vooral op basis van theorie, namelijk de effectiviteit van e-SBI interventies waarbij reeds bewezen is dat gebruikers dit soort instrumenten wensen en gebruiken om iets aan hun gedrag te veranderen. Verder bestaat een implementatieplan (VAD/De Druglijn, z.j.) waarin de verschillende materialen opgesomd worden om gebruikers te informeren over het bestaan van de zelftesten. In dit plan worden bovendien ook de materialen weergegeven waarmee eerstelijns hulpverleners en andere intermediairs op de hoogte worden gesteld van de website.

In dit implementatieplan (VAD/De Druglijn, z.j.) kan men echter geen aparte interventie terugvinden om de website op een zo goed mogelijke manier te adopteren bij de eerstelijns hulpverleners. Het is dus niet duidelijk hoe men eerstelijns hulpverleners overtuigt om deze website te adopteren in het werkveld, op welke determinanten men hier inspeelt en hoe men deze beïnvloedt.

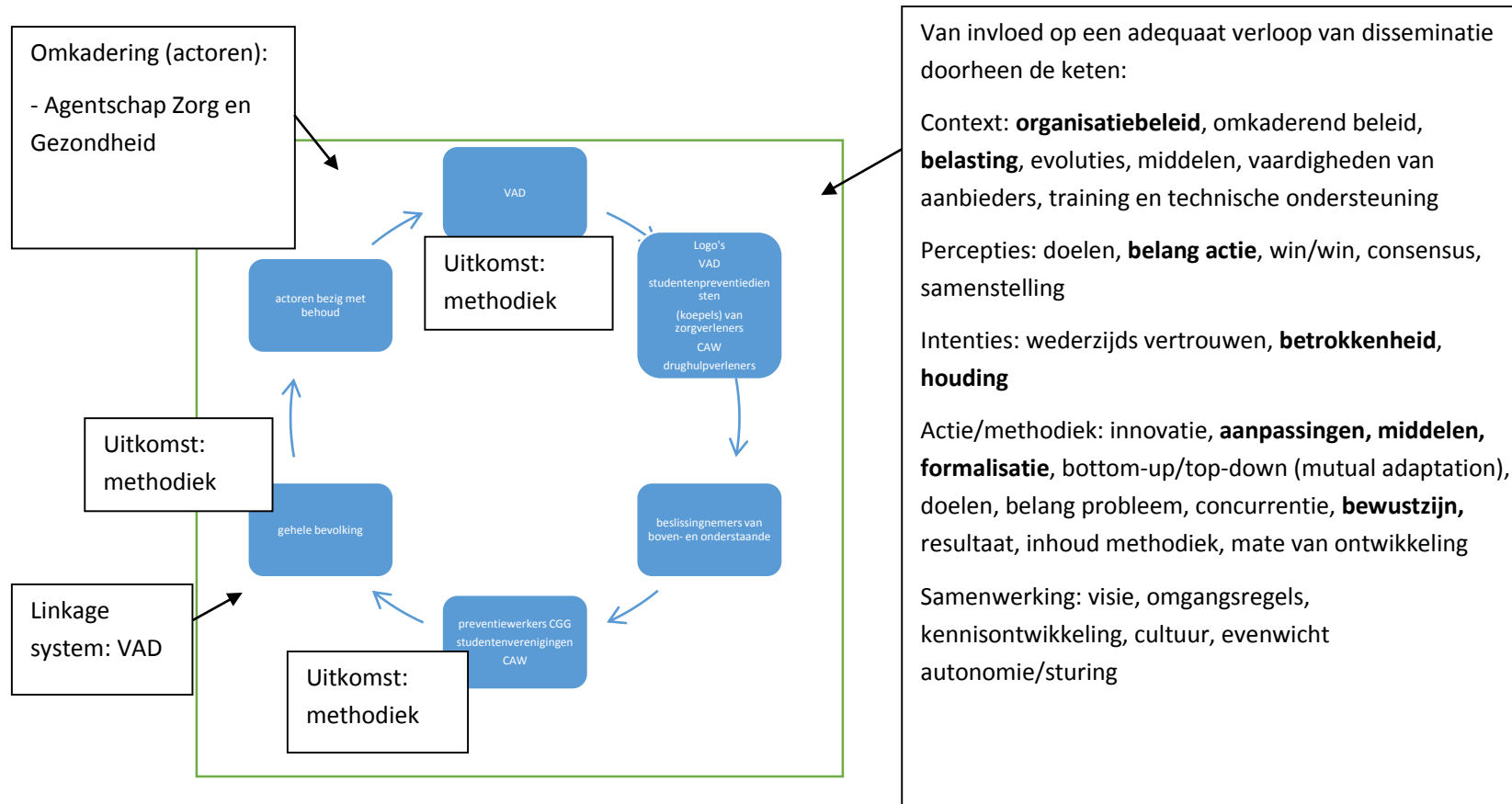
Verder wordt in het implementatieplan (VAD/De Druglijn, z.j.) kort vermeld dat er vormingen bestaan voor de hulpverleners. Echter wordt nergens uitgeschreven waaruit die vormingen moeten bestaan, welke determinanten van de hulpverleners ze hiermee willen beïnvloeden. Men kan dus niet met zekerheid besluiten of een vorming wel de meest effectieve interventie is om de eerstelijns hulpverleners te beïnvloeden voor de implementatie van de website. Er wordt wel aangegeven dat overtuigende mondelinge communicatie de strategische methode is achter de vormingen. Ook voor de Druglijn-medewerkers en –vrijwilligers bestaan vormingen, maar waaruit deze bestaan wordt in de documenten nergens terug gevonden.

Ten slotte, indien de eerstelijns hulpverlener deze website correct implementeert in zijn werkveld, is er geen interventie uitgeschreven die inwerkt op het behouden van deze implementatie. De VAD erkent wel het belang om de website blijvend bekend te maken maar het is niet duidelijk of dit uitgeschreven is en hoe ze eerstelijns hulpverleners hiertoe kunnen krijgen.

Men kan dus concluderen dat in de methodiek van de ‘Druglijn Zelftesten’ een onderbouwd implementatieplan ontbreekt.

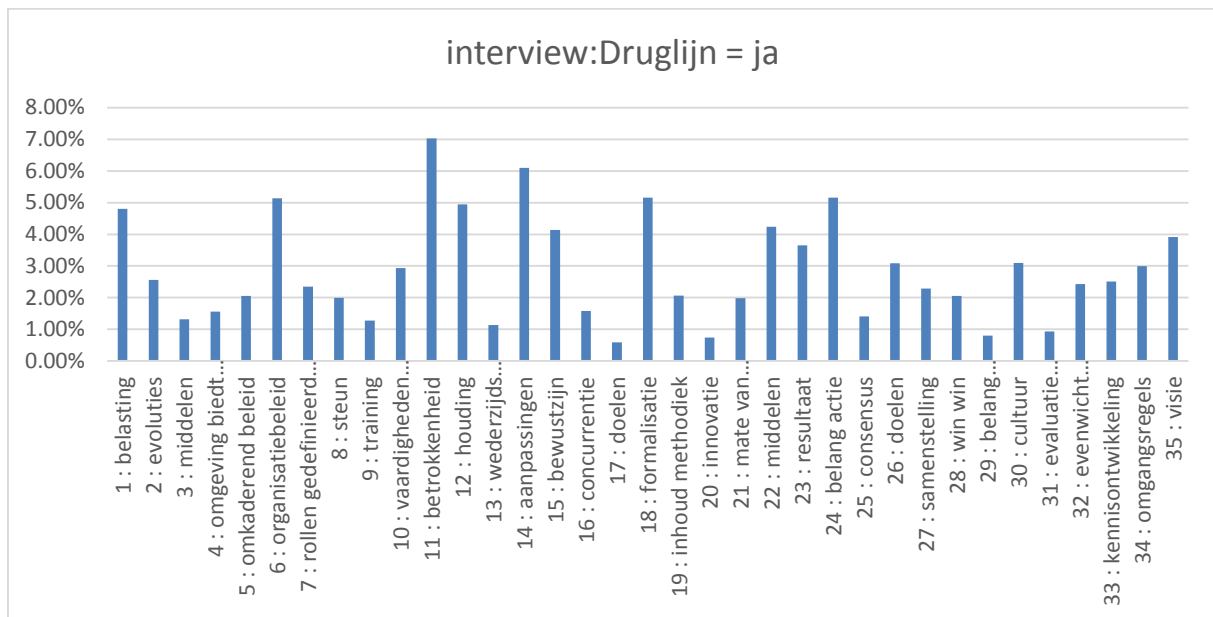
• **Model keten**

Druglijn zelftesten:



Gebaseerd op: Beemer, et al, 2003; Bopp, Saunders & Lattimore, 2013; Durlak & DuPre, 2008; Greenhalgh, et al, 2004; Leibbrand, Boonstra & Zomer, 2007; Leurs et al, 2003; Fleuren, Paulussen, van Dommelen & Van Buuren (2012); Paulussen, Wierink & Mesters in Brug, van Assema & Lechner, 2007; Van Acker, 2012; Van Nassau, et al., 2013; Van Tomme, Voets & Verhoest, 2011; Wierenga

- Factoren van invloed op het implementatieproces



Figuur 5 Welke factoren van invloed op het implementatieproces werden procentueel vaakst aangehaald bij de respondenten in de case Druglijn zelftesten. Er werd gecontroleerd dat niet één persoon dit item heel veel aanhaalde, maar dat verschillende respondenten hier belang aan hechtten.

De Druglijn kent in vergelijking met de andere casussen een groot aantal overeenkomsten qua belangrijke concepten naar implementatie toe. Maar vaak zijn ze anders ingevuld en hebben een andere connotatie. Het gaat om belasting, organisatiebeleid, betrokkenheid, houding, aanpassingen, bewustzijn, formalisatie, middelen, belang actie. Een opvallend gegeven is dat middelen gekoppeld aan de methodiek een belangrijk concept zijn. Vooral omdat veel respondenten aangeven dat het feit dat het testen zijn, die makkelijk via internet consulteerbaar zijn een pluspunt betekenen voor de implementatie. Ook de gehele marketingcampagne en het uniformiseren van één logo en slogan dragen bij tot een succesvolle implementatie. Minder belangrijk bleken de doelen van de methodiek, net als innovatie en samenwerking. De methodiek dient verspreid te worden, maar kan door de doelgroep autonoom worden gebruikt. De Druglijn zelftesten worden echter wel geïmplementeerd, vermits sommige hulpverleners ze naar hun cliënten toe gebruiken.

Belasting

De Druglijn zelftesten worden beoordeeld als laagdrempelig, de enige taak is ze te verspreiden, wat weinig belastend is. Zoals de verspreiders het zelf verwoorden: *“Ja, het is kant-en klaar, allé ja ik denk dat het niet gemakkelijker kan zijn, dan dat. Je geeft gewoon een website mee en mensen doen er zelf hun ding mee. Je hebt er geen werk mee om het gewoon te promoten.”* De testen zijn ook gemakkelijk aanpasbaar, de flyers ter bekendmaking waren gratis. De doelgroep kan er zelf mee aan de slag. Alles staat samen op één website. Ook het testen zelf vraagt niet veel tijd, is eenvoudig en je krijgt meteen feedback. Verspreiders en implementeerdere geven wel aan dat er naar drugs toe heel wat acties zijn om te verspreiden en te implementeren, waardoor de doelgroep door de bomen het bos niet meer ziet.

Organisatiebeleid

Op vlak van organisatiebeleid oordelen de meeste verspreiders en implementeerders het als belangrijk dat ze van alle methodieken op de hoogte zijn, dit is op vandaag niet altijd het geval. De VAD wordt beschouwd als een betrouwbare overkoepelende structuur waar regelmatig met de verspreiders en implementeerders wordt samen gekomen en waar altijd beroep op kan worden gedaan. Er is naar drugspreventie toe een duidelijke structuur. Daarnaast blijkt dat collega's het best geplaatst zijn om op te steunen. Uit vorige blijkt dat er in de organisaties die verspreiden en implementeren een goede samenwerkingscultuur heerst. De Druglijn zelftesten is bij uitstek een methodiek die gewoon loopt, de meeste organisaties namen ze op in hun vaste aanbod. De verspreiders en implementeerders in deze setting hebben vaker dan bij andere methodieken als hoofdpdracht om aan drugspreventie te doen, waardoor deze methodiek perfect binnen hun takenpakket past.

Betrokkenheid

Ondanks dat de Druglijn zelftesten behoorlijk geïntegreerd zijn in verschillende structuren, blijkt ook uit antwoorden van de respondenten dat er misschien hernieuwde aandacht nodig is, een blijvende focus voor blijvende bekendheid. Succesvolle verspreiding vraagt een voortdurende inspanning en herhaling. Een aspect wat bij de Druglijn zelftesten opvalt, is dat de verspreiders en implementeerders heel dicht bij de doelgroep staan en deze methodiek persoonlijk aan hen aanbieden.

Houding

Vrijwel alle intermediairs staan positief tegenover de methodiek, ze noemen deze waardevol. De Druglijn zelftesten is een tool die kan geëvalueerd worden op basis van het aantal bezoekers en het aantal mensen die de test doen. Toch pleiten implementeerders voor bijkomende kwalitatieve criteria. Ontwikkelaar aan het woord: *"Ik denk wat we bijvoorbeeld niet gedaan hebben, is gezegd bij onze intermediairs gaan horen van wat vind je nu van, heb je nog suggesties van hoe bekend maken. Dat is nog niet bevraagd."* Jongeren hebben een positieve houding tegenover testen, waar ze onmiddellijk feedback op krijgen. Volgens de intermediairs vinden jongeren de term 'Druglijn' wel wat beladen en is het echt noodzakelijk dat jongeren worden aangemoedigd die testjes te doen. Ook hieruit blijkt dus de nood aan een implementatieplan en aan actoren die het plan helpen uitvoeren. De implementatie van de Druglijn zelftesten was niet echt gepland en is organisch gegroeid. Dit zorgt voor vrijheid, mogelijkheid tot het maken van aanpassingen, maar ook voor onzekerheid en onduidelijkheid. Zowel de ontwikkelaars als de implementeerders beoordelen de Druglijn zelftesten als succesvol geïmplementeerd. Sommige oordelen dat het 'een begrip' geworden is.

Aanpassingen

De implementatie en verspreiding van de Druglijn zelftesten naar studenten verloopt niet in iedere studentenstad via dezelfde actoren. Dit omdat deze niet overal dezelfde zijn. Dus het is niet gemakkelijk om implementatie op voorhand volledig uit te tekenen. Het valt op dat implementeerders de Druglijn zelftesten op heel uiteenlopende manieren implementeren, ze gebruiken deze als handleiding voor een gesprek, als achtergrondinformatie of geven ze mee als huiswerk. Wil men nog meer jongeren bereiken, is het belangrijk dat er bijvoorbeeld een rechtstreekse *app* voor *gsm* wordt uitgewerkt. Verspreiders en implementeerders geloven in werken op maat.

Bewustzijn

De sleutel tot een goede werking van een online instrument als de Druglijn zelftesten is zichtbaarheid. Een nationale sensibiliseringscampagne draagt hiertoe bij, daar kan naar verwezen worden. Drugs is een

topic dat al heel wat aandacht krijgt, vooral omdat de overlast en de gevolgen werkelijk als probleem worden gezien. Een verspreider aan het woord: *“De zelftesten rond voeding en beweging bijvoorbeeld gaan daar volgens mij wel veel minder succes gehad hebben. Dus drugs wordt vaak geassocieerd met problemen, en problemen trekken meer aandacht dus in die zin denk ik dat succes daar al een stuk aan te linken is.”* De ontwikkelaars en verspreiders zien niet meteen mogelijkheden die extra aandacht in de media opleveren, ze wijten dit aan toeval. Al is de VAD een organisatie en de Druglijn een merk dat er echt staat en bekendheid geniet. Een verspreider verwoordt dat er wel iets extra kan gebeuren: *“Heel soms proberen we het ook wat attractiever te maken door er een wedstrijd aan te koppelen, dat is al de educatieve pakketten kunnen winnen, zo die zaken om ja dat het meer aantrekkelijk, dat het meer in het oog valt.”* Het aspect nazorg verdient eveneens aandacht, dat als de test bepaalde uitkomsten geeft, je weet waarvoor je waar terecht kan. De testen hebben als uitkomst een groter zelfbewustzijn, mensen worden zich bewust van eigen gebruik.

Als er problemen zijn met drugs in een organisatie of omgeving gaan intermediairs sneller de Druglijn opnemen en uitdragen. De intermediairs beïnvloeden daarin ook elkaar, de implementeerders formuleren geen nood, geen probleem, dus gaan ze het niet verspreiden. Verspreider: *“Het belletje gaat maar rinkelen het moment dat ze effectief met een probleem te kampen hebben. Ik denk dat dat wel heel vaak zo het geval is bij alles wat zo met de Druglijn te maken heeft.”* Implementeerder: *“en kan je allerlei dingen proberen maar zolang mensen niet de noodzaak voelen omdat niet wordt opgelegd om er iets mee te doen, dan kan je heel veel energie en tijd steken maar ben ik bang dat dat tot niet veel leidt. En wanneer ontstaat er een noodzaak? Kijk dit zal altijd wel een thema blijven maar voor sommige mensen is het toch schijnbaar niet groot genoeg om daar iets mee te doen.”* Er is echter ook een omgekeerd mechanisme die deze implementeerder aanhaalt: *“En de vrees over alcohol-en druggebruik dus dat betekent dat wij met problemen zitten op de universiteit, die vrees bestond voor een stuk toch wel denk ik en men deed het niet omdat men dacht ‘als we het doen, we gaan een slechte naam krijgen.’ Het is juist omgekeerd hé: als je iets doet daarrond, als je een goed beleid voert rond alcohol- en drugspreventie dan is dat een positieve zaak waar je ook mee kunt uitpakken en zeggen van ‘kijk wij hebben daar oog voor, wij laten de studenten die het wat moeilijker hebben of die wat in de problemen daarmee zouden kunnen komen, wij laten die niet vallen en zorgen dat de kansen dat ze een diploma halen geoptimaliseerd wordt door ze zo vroeg mogelijk op te vangen en de nodige begeleiding te geven’.”*

Formalisatie

Het gebruik van de Druglijn zelftesten, alsook het instrument zelf is sterk geformaliseerd, het is een vaststaand gegeven, maar de communicatie errond en de manier waarop het wordt gebruikt verschillen. De verspreiding is geleidelijk gegroeid en per organisatie en setting verschillend. Dat het instrument kant-en-klaar is en men er tegelijk vrij mee kan omgaan vinden de meeste respondenten een goede zaak, ze achten het zelfs noodzakelijk: *“Maar we hebben wel ja, nu dat eerste projectplan was het meest vage omdat ge dan ook echt nog begint te zoeken van hoe gaat dat lopen dat project waar gaat dat naartoe. En daarna hadden we meer voeling, hadden we concretere plannen die we dan ook concreet gevolgd hebben. Maar zeker het eerste jaar was het een beetje aftasten van wat werkt er.”* Wanneer je beroep doet op externe kanalen voor de communicatie heb je de manier waarop iets wordt verspreid niet altijd in de hand. Verspreiders en implementeerders vinden meer planmatig werken zijn voordelen hebben, maar hebben er geen tijd en/of te weinig kennis voor. *“Dus wij hadden niet altijd op voorhand heel veel idee van als we dat doen, gaat dat effectief zijn, wat zou het beste zijn. Dus daarvoor hadden we niet altijd de nodige expertise in huis, denk ik. Dus sommige dingen werkten heel goed, andere bleken echt heel weinig effect te hebben, dus ja het zou handig zijn om te weten, als je zegt van wij willen dat,*

die doelgroep bereiken om te weten van hoe moet je dat dan doen, heeft voor dit soort interventie heeft het zin om de flair aan te schrijven, heeft het zin om een banner op Humo te zetten, daar was heel weinig over te vinden.”

Middelen van de methodiek

De Druglijn zelftesten gaan gepaard met allerlei ter beschikking gesteld communicatiemateriaal. Een goede zet naar succesvolle implementatie toe. Wat verspreiders vooral nodig hebben, zijn korte infoches met duidelijke productinformatie. Naar het werken met de zelftesten van de Druglijn zou het aanbieden van een workshop voor bv. leerkrachten, van hoe werk ik ermee, wat zit erachter, hoe kan ik anderen overtuigen deel te nemen, positief zijn. De voornaamste kanalen van verspreiding bij de Druglijn zijn mond-aan-mond reclame, hulpverleners zelf en de media. De media kan succesvol zijn als kanaal, wanneer je persberichten gepubliceerd krijgt en wanneer men je als betrouwbare bron percipieert.

Belang actie

De Druglijn zelftesten bestaan al vrij lang en zijn geen uitgebreide methodiek. Hierboven is overvloedig aangetoond dat drugspreventie als belangrijk wordt gezien door de publieke opinie en door intermediairs. De Druglijn zelftesten worden dus altijd meegenomen en gecommuniceerd wanneer verspreiders en implementeerders acties ondernemen of met de doelgroep in aanraking komen. Door het feit dat het een beperkte methodiek betreft, die al wat langer loopt, gebeurt communicatie beperkt en in de kantlijn. Zoals een verspreider het benoemt: *“Nog basis is het meenemen op de nieuwsbrief van het logo en op de website. Ik denk dat dat het basisdisseminatie is dat we doen.”* Implementeerders oordelen dat ze misschien wat meer kunnen doen: *“Euhm, goh ik overtuig niet zoveel, ik laat zien dat het er is, ik denk dat dat nog beter kan, ik denk dat we daar nog meer iets mee kunnen doen. ik weet dat het zeker gebeurt om jongeren aan te moedigen om daarnaar te gaan kijken, om daar er zelf iets mee te doen, maar dan is het misschien vrij vrijblijvend.”*

3.1.5. Praktijkrichtlijn valpreventie voor thuiswonende ouderen

- **TIDieR Richtlijnen Valpreventie**

Item 1: Naam van de interventie

Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen. In dit onderzoek werd de focus gelegd op de praktijkrichtlijn gericht naar thuiswonende ouderen. Andere elementen zoals de week van de valpreventie en de community-interventie ‘BOEBS’ kunnen niet los gezien worden van de praktijkrichtlijn. Deze methodieken werden gezien als bevorderend voor implementatie en worden beperkt beschreven.

Item 2: Waarom

Het doel van Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen is de verschillende professionele welzijn- en gezondheidswerkers werkzaam binnen de thuiszorg, efficiënte strategieën rond val- en fractuurpreventie aan te leren en dit toe te passen in het werkveld. Deze Richtlijn Valpreventie zijn wetenschappelijk onderbouwd. In het beleidsplan wordt aangegeven dat een multifactoriële en multidisciplinaire aanpak binnen de zorgsector de meest efficiënte manier is om vallen bij ouderen tegen te gaan (EVV, 2013a). Ter bevordering van een draagvlak bij de ouderen zelf en de bekendmaking van de praktijkrichtlijn werd ook een community-interventie voorzien, namelijk

BOEBS en werd De week van de valpreventie in het leven geroepen. BOEBS is een gemeenschapsproject die de integratie van valpreventie in het lokaal beleid wil bekomen (VIGeZ, z.j.a.).

Item 3: Wat: Materialen (item 4 werd hierin geïntegreerd)

Praktische materialen

Ten eerste is er de praktijkrichtlijn voor valpreventie bij thuiswonende ouderen waarin verschillende efficiënte en wetenschappelijk onderbouwde strategieën in het kader van val- en fractuurpreventie beschreven worden (EVV, 2013a).

Materialen gericht op adoptie en implementatie voor zorgverleners uit de thuiszorg bestaat uit een aparte implementatietool, namelijk het draaiboek zorgpad valpreventie. Overig implementatiemateriaal betreft een document rond het motiveren van ouderen, een overzichtsschema en een werkfiche. Verder bestaat er een helpdesk en frequent gestelde vragen. Deze helpdesk behandelt vragen m.b.t. valproblematiek en val- en fractuurpreventie binnen de dertig dagen op een gerichte en professionele manier (EVV, 2013a).

Het EVV werkt mono- of multidisciplinaire vormingen uit en biedt deze ook aan m.b.t. val- en fractuurpreventie voor huisartsen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten en verpleegkundigen uit de thuissetting. Het EVV is ook inhoudelijk betrokken bij de vormingen voor zorgkundigen, verzorgenden en poetshulpen. De referentiepersonen, die vormingen geven voor huisartsen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten en verpleegkundigen, krijgen op hun beurt vormingen vanuit het EVV en worden bijkomend geïnformeerd via het EVV-extranet (EVV, 2013a).

In het beleidsplan van het expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV) wordt beschreven dat er in 2013 de mogelijkheid wordt bekeken om een indicatoren set te ontwikkelen voor welzijns- en gezondheidsorganisaties die zich richten op 65-plussers in de thuiszorg. Dit is een registratievorm met een beperkt aantal indicatoren om de effectiviteit van de val- en fractuurpreventiemaatregelen te evalueren. Hierop wordt het Vlaamse beleid afgestemd (EVV, 2013a).

Ten slotte zijn er verspreidingsmateriaal en sensibilisatie-activiteiten beschikbaar voor organisaties in de thuiszorg zoals folders, filmpjes, informatiebrochures, posters, de valbus, Week van de valpreventie, ... (EVV, 2013a, f)

Beschrijven van procedures, activiteiten

Huisartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en verpleegkundigen nemen de verschillende onderdelen van de Richtlijn Valpreventie bij thuiswonende ouderen door. Hierdoor worden zij zich bewust van de nood aan valpreventie bij thuiswonende ouderen, leert men de toe te passen richtlijnen voor *case finding*, multifactoriële evaluatie en interventies en ten slotte *follow-up* bij valpreventie. De huisartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en verpleegkundigen nemen bovendien de richtlijn rond fractuurpreventiemaatregelen door en passen deze toe (EVV, 2013f).

Deze praktijkrichtlijn wordt verspreid via de website www.valpreventie.be en de nieuwsbrief, via de referentiepersonen valpreventie Vlaanderen, tijdens vormingen en lessen, op symposia en via ACCO. De website is zowel gericht op de uiteindelijke doelgroep als op zijn omgevingsactoren, namelijk de mantelzorgers en de professionele zorgverleners uit de thuissetting. Voor partners van het EVV en professionele zorgverleners uit de thuissetting bestaat een elektronische nieuwsbrief die tweemaal per jaar wordt verstuurd (EVV, 2013a).

Bij vragen kunnen zorgverleners ‘Veelgestelde vragen’ (FAQ’s) op de website raadplegen of de helpdesk contacteren. De helpdesk is te bereiken via mail en telefoon en wordt beantwoordt door stafmedewerkers van het EVV, experts van partnerorganisaties en referentiepersonen van het EVV (EVV, 2013a).

Implementatie-activiteiten

In de ‘Week van de Valpreventie’ worden zowel 65-plussers als iedereen die in contact komt met 65-plussers geïnformeerd en gesensibiliseerd rond het belang van val- en fractuurpreventie. Deze actie wordt jaarlijks over heel Vlaanderen georganiseerd, waarbij de focus telkens op een specifieke risicofactor wordt gelegd. Zorgverleners maken hierbij kennis met de gratis te downloaden (van de site www.valpreventie.be of te bestellen via ACCO) praktijkrichtlijn en de bestaande methodieken. Op deze manier worden zorgverleners gesensibiliseerd en gemotiveerd om de praktijkrichtlijn Valpreventie toe te passen in het werkveld. Naast het promoten van de website doorheen het jaar in reacties op helpdeskvragen, artikels in magazines voor ouderen en op beurzen, wordt dit ook nog eens gedaan tijdens deze georganiseerde week. De website www.valpreventie.be wordt jaarlijks eenmaal (en verder ad-hoc meermaals per jaar) door het EVV herzien en geüpdatet. De ‘Week van de Valpreventie’ wordt door het VIGeZ, de Logo’s en het EVV georganiseerd, zowel tijdens de voorbereiding als tijdens de week. Het EVV trachtte in de beginfase Logo’s te engageren voor verspreiding van deze methodiek, aangezien zij een cruciale rol spelen hierin, samen met de partners. Intussen zijn de Logo’s trouwe enthousiaste partners geworden in de organisatie en lokale uitwerking van de Week. De organisaties die wensen deel te nemen aan de week van de valpreventie tekenen een engagementsverklaring (EVV, 2013a).

Koepelorganisaties van welzijn- en gezondheidswerkers en instanties zoals OCMW’s, mutualiteiten, beroepsverenigingen worden twee keer per jaar uitgenodigd op een partneroverleg. Daar worden deze organisaties en welzijn- en gezondheidszorgwerkers gemotiveerd om de praktijkrichtlijn te integreren in het zorgbeleid. Het EVV biedt vormingen aan die de partners mee gaan promoten via hun eigen kanalen. In het partneroverleg wordt ook de werking van de referentiepersonen uitgelegd. Naast dit partneroverleg worden de praktijkrichtlijn en de vormingen doorheen het jaar gepromoot door Logo’s en SEL’s. Evenals door andere partners van het EVV, maar Logo’s en SEL’s onderhouden nauwe contacten in de regio in hun taak als consultant. Verder worden de realisaties en werking van het EVV ad-hoc aan de zorgverleners bekend gemaakt via congressen, symposia of beurzen waaraan het EVV deelneemt. Daarnaast is er een elektronische nieuwsbrief die tweemaal per jaar wordt verstuurd. Hierin wordt de stand van zaken m.b.t. de realisaties en materialen van het EVV en de recentste wetenschappelijke bevindingen in de literatuur besproken (EVV, 2013a).

Aan de hand van het draaiboek zorgpad kunnen welzijns- en gezondheidsorganisaties binnen de thuiszorg in zeven fasen een lokaal zorgpad ontwikkelen waardoor het gebruik van de praktijkrichtlijn Valpreventie bij de professionele zorgverleners in de thuissetting wordt gestimuleerd (Van Houdt, Vlaeyen, Milisen, Heyrman, Vanhaecht, & Sermeus, 2013). Het draaiboek wordt verspreid door het EVV via de website, nieuwsbrief, mailing, de referentiepersonen en via partners van het EVV. Verder ondersteunen Logo’s en SEL’s de verspreiding van de informatie over het draaiboek en wordt er aan de SEL’s gevraagd om het gebruik van het draaiboek te ondersteunen (EVV, 2013a).

Via ‘BOEBS’, de methodiek ontwikkeld door het VIGeZ waarin lokale besturen geholpen worden door de Logo’s bij het opstellen van een beleid rond valpreventie in de gemeente (EVV, 2013a, VIGeZ, z.j.a.), wordt de toepassing van de Richtlijn Valpreventie in de thuiszorg geïntegreerd. ‘BOEBS’ is één van de

methodieken die wordt voorgesteld in de ‘Week van de Valpreventie’ en verder uitgerold de rest van het jaar (EVV, 2013a).

Omdat de professionele zorgverleners de Richtlijnen Valpreventie goed zouden toepassen kunnen zij een vorming volgen. Deze vorming wordt geleid door een referentiepersoon. Hiervoor volgt de referentiepersoon op zijn beurt ook jaarlijks vormingen. De referentiepersoon beantwoordt inhoudelijke vragen rond valpreventie, gesteld door zowel hulpverleners, organisaties en lokale besturen als Logo’s en SEL’s, of mantelzorgers, studenten, ... Deze dienstverlening is voor iedereen toegankelijk. De referentiepersoon worden ondersteund vanuit het EVV d.m.v. intervisie – opleidingsdagen die tweemaal per jaar doorgaan. Op deze dagen worden zij geïnformeerd over nieuwe realisaties van het EVV en worden specifieke opleidingsonderdelen aangeboden.

Ten slotte maakt EVV haar materialen kenbaar in hogescholen en universiteiten in Vlaanderen (EVV, 2013a). Daarenboven worden in verschillende opleidingen vormingen rond valpreventie gegeven (Vlaeyen, E., persoonlijke communicatie via mail, 07/01/2015)

Item 5: Aanbieders

Eenzijds is er de Community-interventie BOEBS, die wordt verspreid en ondersteund door Logo’s en door gemeentes of lokale organisaties wordt geïmplementeerd. Dit deel wordt gecoördineerd vanuit VIGeZ (EVV, 2013f). EVV is zowel voor BOEBS, als voor de praktijkrichtlijn valpreventie naar de thuissetting, ondersteuner voor implementatie. Het EVV heeft heel wat partners naar verspreiding toe, zoals bijvoorbeeld beroepsorganisaties, de Logo’s en mutualiteiten. Implementeerders van de Richtlijn Valpreventie zijn onder andere referentiepersoon van het EVV. Zij zorgen ervoor dat deze richtlijn gebruikt en geïntegreerd worden in gezondheidsorganisaties. Deze referentiepersoon zijn huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut of verpleegkundige van opleiding en krijgen jaarlijks vormingen en intervisies (zie item 4). Hun achtergrond en discipline werd afgestemd op de doelgroep waaraan zij vormingen geven. Daarnaast zijn medewerkers van SEL’s implementeerders van de praktijkrichtlijn. Zij helpen in de toekomst ook mee met de uitbouw van een zorgpad. Ook de vormingsmedewerkers van het Rode Kruis zijn implementeerders, zij implementeren de praktijkrichtlijn bij verzorgenden en gezinshelpers in de thuiszorg.

Item 6: Hoe

Rond BOEBS is er informatie op de algemene EVV website, o.a. een stappenplan hoe je de acties in je gemeente best organiseert, maar er is ook een specifieke website rond BOEBS. Er worden materialen aangeboden per stap uit het stappenplan voor verspreiding en implementatie (VIGeZ, z.j.a). Er is ook het BOEBSblad met *good practises*, info en ideeën voor acties (EVV, 2013f). De Richtlijn Valpreventie worden gratis ter beschikking gesteld op de website van het EVV of kunnen in boekvorm aangekocht worden via ACCO, waarna de zorgverlener individueel het document doorneemt. Indien de professionele zorgverleners dit wensen, kunnen ze vanuit hun organisatie een vorming aanvragen bij de referentiepersoon uit hun regio. Deze vormingen gebeuren in groep.

Item 7: Waar

Bij BOEBS is de setting van implementatie het lokaal beleidsniveau. De opgestelde praktijkrichtlijn is voorzien voor Vlaamse thuiswonende ouderen.

Item 8: Wanneer en hoeveel

In de praktijkrichtlijn staat beschreven welke activiteiten ondernomen kunnen worden met de aanbevolen duur en hoeveelheid (bijvoorbeeld tweemaal per week minimaal 30 minuten gerichte oefeningen doen die specifiek op evenwicht/balans inwerken; EVV, 2013f).

Item 9: Tailoring

Er zijn aparte praktijkrichtlijnen opgesteld voor professionele zorgverleners die in de thuiszorg werken en voor degenen die in de residentiële setting werken. Hier wordt enkel de praktijkrichtlijn naar thuiswonende ouderen besproken. Daarnaast zijn er referentiepersonen uit verschillende disciplines (huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut en verpleegkundige) die de implementatie van de praktijkrichtlijn via advies en vormingen binnen het werkveld van de professionele zorgverlener bevorderen. De praktijkrichtlijn wordt momenteel per discipline doorontwikkeld. Zo wordt een instrument verkregen met de belangrijkste handelingen voor een arts, verpleger, kinesitherapeut of ergotherapeut.

Item 10: Aanpassingen

Eerder waren er drie websites, namelijk www.valpreventie.be, www.vermijdvallen.be en www.boebs.be maar deze werden op vraag van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid samengevoegd tot één portaal, namelijk www.valpreventie.be. De site www.boebs.be bleef wel ook afzonderlijk bestaan (EVV, 2013a). Wetenschappelijke evidentie wordt bijgehouden en opgevolgd. Op die basis wordt nagekeken of een update van de praktijkrichtlijn noodzakelijk is. Momenteel worden de praktijkrichtlijn per discipline (huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut en verpleegkundige) geconcretiseerd op basis van de eerdere multidisciplinaire richtlijn. Er wordt eveneens gewerkt aan een update van de algemene praktijkrichtlijn op basis van de nieuwste evidentie (EVV, 2013a).

Item 11: Hoe goed gepland

Opdat de praktijkrichtlijn Valpreventie op een betrouwbare manier zou worden toegepast door de professionele zorgverleners uit de thuiszorg werd in de eerste plaats de praktijkrichtlijn zo toegankelijk en volledig mogelijk gemaakt, daarnaast zijn er instrumenten, zoals vormingen voor de geïnteresseerde welzijns- en gezondheidsorganisaties en een helpdesk die bijdragen aan een goede implementatie. Voor professionele zorgverleners uit de thuiszorg die de praktijkrichtlijn raadplegen vanop de website zonder begeleiding, kan geen zekerheid bestaan over kennis en vaardigheden om de praktijkrichtlijn toe te passen. Voor de referentiepersoon bestaat er een registratieformulier om zijn eigen werking te evalueren en wordt de beschikbaarheid en inhoudelijke inbreng van de referentiepersonen geëvalueerd door het werkveld, namelijk LOGO's en SEL's a.d.h.v. een bevraging (EVV, 2013e). Ten slotte wordt de betrouwbaarheid verhoogd door de beschrijving van de verschillende activiteiten, betrokken bij de praktijkrichtlijn Valpreventie binnen de thuiszorg, in het beleidsplan van het EVV. De activiteiten worden namelijk uitgeschreven onder een actieplan met de elementen 'wat', 'wie', 'waarom', 'wanneer' en 'hoe'.

Item 12: Evaluatie

Het EVV besteedt veel aandacht aan het evalueren van de verschillende ontwikkelde instrumenten, alsook de referentiepersonen. Niet alle deelevaluaties kunnen hier tot in detail worden besproken. In elk jaarplan is een onderdeel voorzien waarin evaluatie-indicatoren en daarbij horende instrumenten (bv. vragenlijsten) worden beschreven onder elk van de drie resultaatsgebieden. Deze indicatoren zijn gebaseerd op de evaluatiecriteria die opgesteld zijn in de overeenkomst tussen de Vlaams Agentschap

Zorg en Gezondheid en het EVV en bestaan uit zowel effect- als proces- en structurevaluatievragen (EVV, 2013b, c, d, e, 2014).

In de nieuwsbrief valpreventie van juni 2014 staat een link naar een presentatie van professor Koen Milisen. In deze presentatie wordt weergegeven in welke mate professionele zorgverleners binnen de thuiszorg in Vlaanderen de praktijkrichtlijn Valpreventie toepassen en wat zij hierbij als belemmerende factoren ervaren. Hierbij komt naar voor dat 37% van ondervraagde zorgverleners, namelijk huisartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en verpleegkundigen, op de hoogte zijn van het bestaan van de praktijkrichtlijn. Binnen deze groep van zorgverleners past 64,1% de richtlijnen gedeeltelijk toe en ongeveer de helft hiervan (30,1%) volledig. Factoren die het implementeren van deze richtlijnen belemmeren zijn o.a. de beperkte motivatie (75%), de ontkenning (85%), de last van het sociale stigma (66%) en bereikbaarheid van zorginstanties (63%) bij de ouderen zelf. Verder wordt vaak beperkte tijd (60%) en integratie in routine (54%) aangehaald door de zorgverleners als belemmerend voor de implementatie van de richtlijnen. Ruim de helft van de zorgverleners (54%) haalt beperkte terugbetaal mogelijkheden aan als belemmerend. Bijna de helft van de zorgverleners halen redenen aan die erop duiden dat ze zich niet gesteund voelen door hun omgeving om deze richtlijnen uit te voeren. Verder wordt afwezigheid van een duidelijke regelgeving voor de praktijkrichtlijn per discipline (42%) en/of beleid per regio/organisatie (40%) aangehaald als belemmerende factoren. 42% van de zorgverleners geeft onvoldoende ondersteuningsmateriaal, zoals informatiebrochures en eenvoudige testen, aan als belemmerende factor. Een derde van de zorgverleners duiden beperkte en moeilijke doorverwijsmogelijkheden en communicatie aan als belemmerende factor. Eigen kennis omtrent valpreventie (23%) en kennis bij andere zorgverleners (27%) wordt minder als belemmerende factor genoemd.

Implementatieplan? Zo ja, vergelijking met implementatieplan van Bartholomew.

Het beleidsplan 2012-2016 van het EVV (EVV, 2013a) onderscheidt drie resultaatsgebieden, namelijk 'aanbieden van informatie, documentatie en advies', 'ontwikkelen van methodieken en materialen' en ten slotte 'ondersteunen van de implementatie van methodieken en materialen'. Elk resultaatsgebied is opgedeeld in verschillende activiteiten waarbij elke activiteit steeds beschreven wordt onder 'doelstelling', 'doelgroep', 'bereik', 'wat', 'wie', 'waarom', 'wanneer' en 'hoe'. Als de activiteiten worden bekeken onder het resultaatsgebied rond implementatie, kan men dus bevestigend antwoorden op de vraag of het EVV een implementatieplan heeft uitgeschreven.

Ook buiten het resultaatsgebied dat zich specifiek op implementatie focust (het implementatieplan), staan zaken die van toepassing zijn voor de implementatie. Zo vindt men in de andere twee resultaatsgebieden ook informatie omtrent zaken die in het implementatieplan zouden moeten staan volgens Bartholomew. De 'niewsbrief EVV' en de '*indicatorenset*' zijn namelijk applicaties om behoud van de praktijkrichtlijn te stimuleren.

Indien men de vergelijking maakt met een implementatieplan dat opgebouwd is op basis van Bartholomew et al. (2011), kunnen in het implementatieplan van het EVV (resultaatsgebied rond implementatie) enkele zaken worden geïdentificeerd. Zo worden interventies, applicaties en/of uitkomsten voor adoptie, implementatie en/of behoud terug gevonden onder de vorm van verschillende acties gericht naar intermediairs en beschreven in het meerjarenbeleidsplan (2012-2016).

Allereerst is er het 'Draaiboek zorgpad', dat een specifieke tool is voor welzijns- en gezondheidsorganisaties om de praktijkrichtlijn te implementeren. Dit tool vertoont sterke gelijkenissen met taken om adoptie, implementatie en behoud van de praktijkrichtlijn in welzijns- en gezondheids-

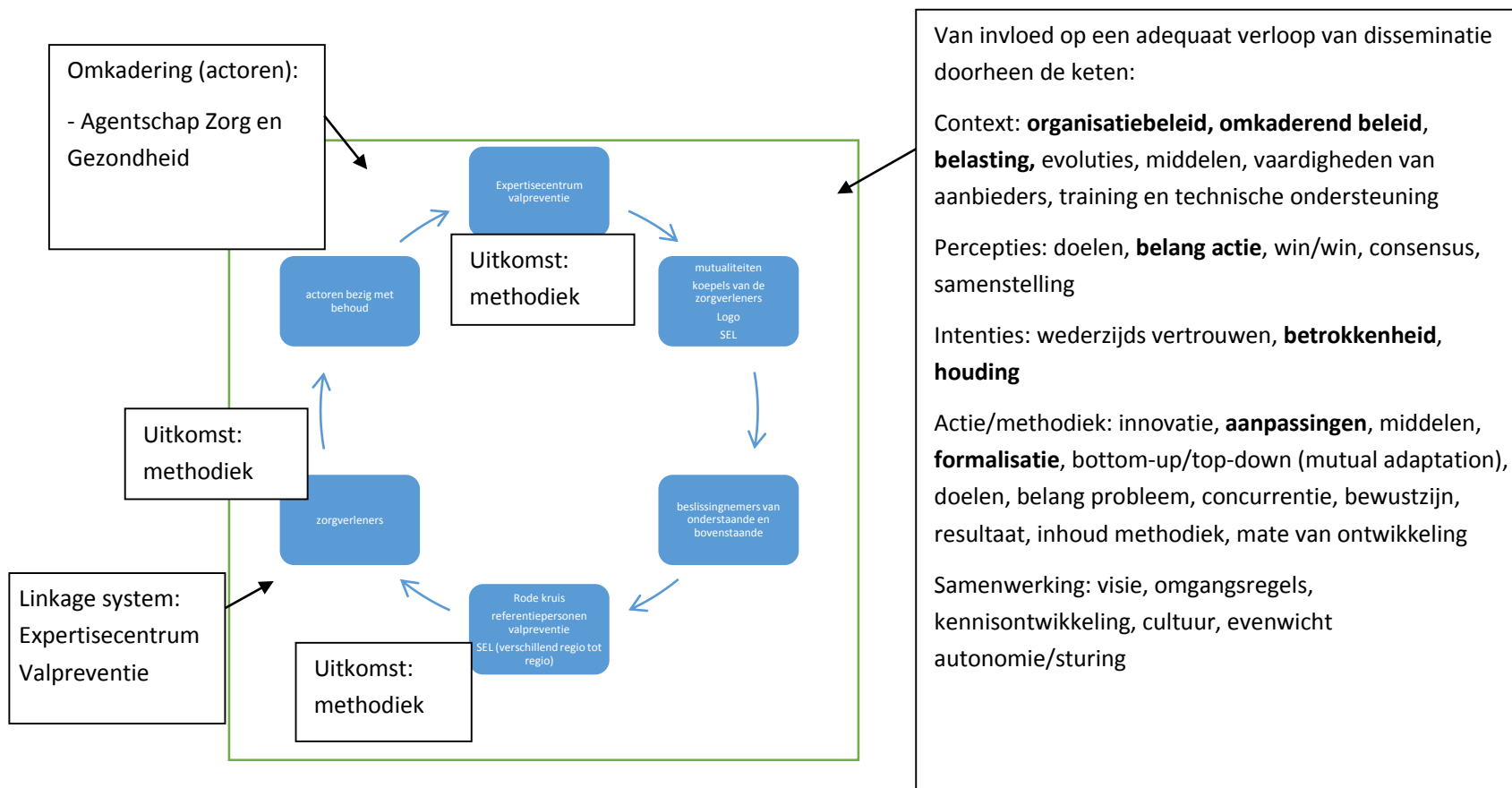
organisaties teweeg te brengen. Opdat dit draaiboek gebruikt zou worden door de welzijns- en gezondheidsorganisaties werd, onder het implementatie resultaatgebied in het beleidsplan, een actieplan (wat, wie, waarom, wanneer en hoe) uitgeschreven voor de thuiszorg. Onder 'hoe' wordt o.a. beschreven wie (EVV en Logo's) en hoe de informatie over het draaiboek wordt verspreid en wie het draaiboek implementeert, namelijk de SEL's. Verder zijn er interventies uitgedacht om zorgverleners en -organisaties te overtuigen om de praktijkrichtlijnte adopteren zoals de 'Week van de Valpreventie', overlegsessies, congressen, symposia en beurzen. Bij de deelnemende organisaties aan de Week van de valpreventie wordt een programma-uitkomst onder adoptie van de 'Week van de valpreventie' beschreven, namelijk het ondertekenen van een engagementsverklaring.

Naast adoptie-interventies zijn ook verschillende implementatie-interventies uitgedacht die ertoe bijdragen dat de Richtlijn Valpreventie worden toegepast. Zo zijn er vormingen en intervisies vanuit het EVV voor de referentiepersonen, opdat zij betrouwbaar deze praktijkrichtlijn leren aan de professionele zorgverleners. In een actieplan, voorzien voor de referentiepersonen, worden deze interventies vermeld en wordt beschreven welke taken zij hieruit moeten leren (gelijkaardig met *Performance objectives*). Voor Logo's en SEL's wordt ook beschreven wat hun taken zijn, namelijk het verspreiden van de methodiek. Daarnaast trachten de ontwikkelaars en de Logo's de praktijkrichtlijn te implementeren via BOEBS waarbij het lokale bestuur opleidingen kan aanvragen voor de professionele hulpverleners binnen de thuiszorg in zijn gemeente. Ten slotte poogt het EVV de toepassing van de praktijkrichtlijn in het werkveld te bewerkstelligen door deze richtlijn reeds te verwerken in de basisopleidingen van de zorgverleners. Het beleidsplan geeft aan dat hiervoor nog strategische plannen moeten worden uitgeschreven.

Voor het behoud van de toepassing van de praktijkrichtlijn worden zelfde interventies gebruikt als voor de implementatie. Dit betreft de jaarlijkse vormingen voor de referentiepersonen, BOEBS waarin het lokaal bestuur wordt ondersteund het opstellen van een beleidsplan rond valpreventie en de 'Week van de Valpreventie' die jaarlijks wordt opgezet. Onder de applicaties is er de elektronische nieuwsbrief die tweejaarlijks wordt verstuurd.

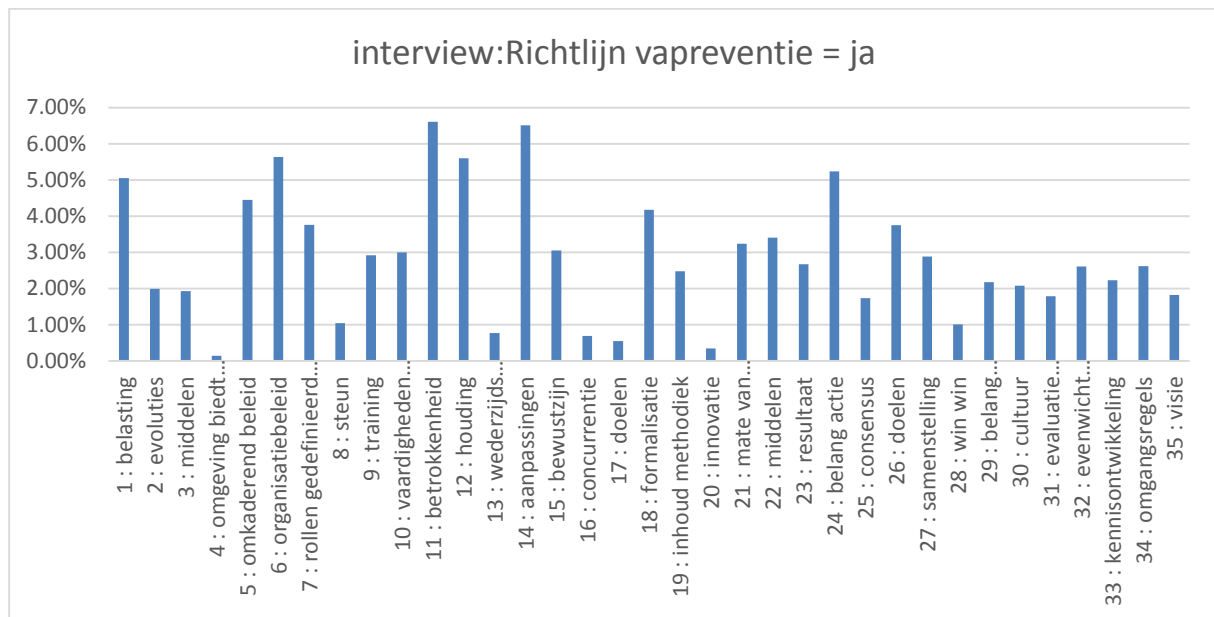
De onderzoekers concluderen dat er goed nagedacht is over het implementeren van de praktijkrichtlijn maar dat dit, in vergelijking met het implementatieplan van Bartholomew et al. (2011), niet volledig is. Het 'draaiboek zorgpad' zorgt voor een leidraad in het opstellen van een implementatieplan binnen de zorgorganisaties, maar er is geen interventie voorzien voor bijvoorbeeld de SEL's die dit draaiboek moeten implementeren bij de zorgorganisaties waardoor het effectief zou gebruikt worden. De taken opdat de Richtlijn Valpreventie zouden geadopteerd, geïmplementeerd en behouden blijven, zijn niet altijd voldoende uitgewerkt, wie in een organisatie moet worden aangesproken staat niet vermeld. De *behaviour change techniques* zijn eveneens niet vermeld. De taken worden vermeld, maar hoe je daartoe gaat komen niet. Het is bovendien niet duidelijk of alle noodzakelijk te beïnvloeden determinanten van alle actoren geselecteerd zijn, alsook door welke theoretische gedragsveranderingsmethoden dan beïnvloed worden. Ten slotte kan erop worden geduurd dat de implementatie wordt bijgestuurd op basis van resultaten uit *surveys* in de thuiszorg. Deze resultaten werden voorgelegd en gepresenteerd op het symposium valpreventie van 28 maart 2014 (Milisen, K. (2015) Persoonlijke communicatie via feedback op 15 december 2014). Ook werden op het symposium valpreventie van 28 maart 2014 beleidsaanbevelingen gegenereerd en gecommuniceerd.

- Model keten



Gebaseerd op: Beemer, et al, 2003; Bopp, Saunders & Lattimore, 2013; Durlak & DuPre, 2008; Greenhalgh, et al, 2004; Leibbrand, Boonstra & Zomer, 2007; Leurs et al, 2003; Fleuren, Paulussen, van Dommelen & Van Buuren (2012); Paulussen, Wieferink & Mesters in Brug, van Assema & Lechner, 2007; Van Acker, 2012; Van Nassau, et al., 2013; Van Tomme, Voets & Verhoest, 2011; Wierenga

- **Factoren van invloed op het implementatieproces**



Figuur 6 Welke factoren van invloed op het implementatieproces werden procentueel vaak aangehaald bij de respondenten in de case Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen. Er werd gecontroleerd dat niet één persoon dit item heel veel aanhaalde, maar dat verschillende respondenten hier belang aan hechtten.

Concepten die door de respondenten omtrent de praktijkrichtlijn valpreventie naar de thuissetting vaak worden aangehaald zijn: belasting, omkaderend beleid, organisatiebeleid, betrokkenheid, houding, aanpassingen, formalisatie, belang actie. Multidisciplinaire samenwerking is in het kader van de praktijkrichtlijn valpreventie een uitgesproken doel. Toch kwam dit in de interviews minder naar voor, ondanks dat het wel als voornaamste succesfactor wordt gezien. Men beschouwt eerstelijns hulpverleners nog altijd als uitgesproken individueel verantwoordelijk voor een bepaalde taak en er zijn nog maar weinig samenwerkingsstructuren. Waar in het kader van de implementatie van de praktijkrichtlijn valpreventie minder over werd gesproken is: omgeving biedt mogelijkheden, wederzijds vertrouwen, concurrentie, doelen en innovatie.

Belasting

De voornaamste taak van zorgverleners, de doelgroep en implementeerdere van deze methodiek is het zorgen voor en genezen van patiënten. Zaken als 'de praktijkrichtlijn valpreventie' komen bovenop deze hoofdtaak. Dat is iets waar verspreiders ook tegenaan lopen. Verspreiders vertellen: *"Naar buiten toe zullen we het ook doen want die lijnen zijn zeer kort hé. Dat hebben we zelf in de hand, dat gaat naar buiten. Maar van de moment dat je anderen moet gaan beïnvloeden. Wij moeten ook dat proces door, helemaal é. Daar euh als het dan niet bij ons helemaal, allé je moet daar heel veel energie dan in steken, als het dan niet bij u zit, moet je het bij iemand anders gaan warm maken en dan moet dat nog in dat gans proces."* Aan de ene kant vindt men het positief dat omtrent valpreventie niet alles zelf moet worden uitgezocht maar dat het opgelijst staat, aan de andere kant zijn er heel veel gezondheidsproblemen waar op preventie wordt ingezet. Het ontbreekt de intermediairs en de doelgroep dan ook aan tijd om ze allemaal te verspreiden of te implementeren. Implementeerder: *"ik wist dat er richtlijnen bestonden en misschien liggen die ergens in onze kast, wij hebben zoveel informatie en wij zijn niet enkel met valpreventie bezig, dat maakt dat wij heel weinig tijd hebben om*

wetenschappelijk onderzoek of richtlijnen op te zoeken en we doen wel veel op gevoel. Ik denk dat ons de tijd wat ontsnapt om ons te verdiepen.” Verspreider: *“Er is ook een zekere weerstand, de thuiszorg wordt ook, allé wordt ook overvraagd rond gezondheidsthema’s hé. Je voelt daar wel een zekere een weerstand op het terrein. Allé ik denk dat in het ik begrijp dat ook wel, want ja dementie, valpreventie, ja het eindigt niet natuurlijk hé, ik denk dat dat toch ook niet te onderschatten is. Dat zorgt daar denk ik voor.”*

Omkaderend beleid

Vanuit verspreiders en implementeerders wordt gepleit voor een duidelijke overheidsopdracht en uniformisering. Iedereen doet dan hetzelfde en er kan dan ook een gepaste financiering en nomenclatuur voor komen. Zo geeft de overheid ruimte en mogelijkheden om de praktijkrichtlijn valpreventie te implementeren. *“Natuurlijk het probleem van hoe dat we de opdracht gekregen hebben, als je vanuit de overheid een brief krijg van ‘je moet u daarachter scharen’, maar dat is niet echt concreet wat er van u verwacht wordt dan is het wel, is het logisch dat niet iedere cel het zelfde gaat doen hé.”* Enkele ontwikkelaars, verspreiders en implementeerders gaan zelfs een stap verder: ze willen dat dit verplicht opgenomen wordt. In het geval van valpreventie worden veel zaken aangehaald waarop het beleid kan verbeteren. Een verspreider: *“Er is geen omkadering vanuit het RIZIV om preventieve handelingen te stellen, of toch niet toereikend.”* En *“Dan manieren om interdisciplinair overleg te stimuleren, vanuit de Vlaamse overheid zijn ook meer dan welkom.”* Ook de coördinatie van die interdisciplinaire samenwerking moet worden opgenomen. Momenteel zijn er heel wat regionale verschillen in implementatie van de praktijkrichtlijn valpreventie, afhankelijk van een actor die in de regio enthousiast en gedreven de implementatie opneemt en coördineert en welke zaken als prioritair worden gezien.

Organisatiebeleid

Op organisatorisch vlak blijkt coördinatie boven en tussen de verschillende hulpverleners een noodzakelijke functie te zijn, die momenteel nog niet wordt opgenomen. Op vandaag is het zo dat de arts de centrale figuur is, de vraag is of er geen externe coördinatierol gecreëerd moet worden. Implementeerder aan het woord: *“Waarom vallen ze niet in het hospitaal, waar er een goeie omkadering is en waar dat ze dat mee doen, en ze komen thuis en ze vallen weer. Terwijl dat de huisarts op de hoogte is, de kinesist heeft een briefje gekregen, de verpleegkundige komt tweemaal per dag, er is gezorgd voor familiehelp 3 maal in de week, ze krijgen een warme maaltijd over de middag enzovoort maar toch komen ze terug binnen dat ze gevallen zijn. Hoe komt dat, wat doen wij verkeerd? En dat willen ze, en dat is ook hetgeen dat ik kom te vertellen aan u, dat is misschien ook wel te kort dat is die coördinatie in de thuiszorg, wie doet er dat eigenlijk, wie neemt daar het voortouw voor en ik denk als je nu een flowchart maakt voor iedereen apart.”* De risicogroep voor vallen, heeft een heel arsenaal aan zorgverleners die allemaal hun eigen taak naar valpreventie opnemen, daarom is het goed dat er wordt gewerkt aan een specifieke praktijkrichtlijn en implementatietools voor bepaalde beroepsgroepen. Een tool als de praktijkrichtlijn valpreventie moet integreerbaar zijn in de huidige werking van de beroepsgroep. Daarbij moet duidelijk gemaakt worden wie welke rol wanneer opneemt. Verder zou er een eerstelijns-overleg moeten komen. Het is niet voldoende dat één iemand in de organisatie gewonnen is om de praktijkrichtlijn te gebruiken, *“Nu persoonlijk van wat ik allemaal gezien en gehoord heb, denk ik dat het de belangrijkste factor is: dat het gedragen wordt. Ofwel bottom-up ofwel bottom-down dat denk ik dat het niet veel uitmaakt, maar ofwel wordt het door het team gedragen, op de werkvloer dan: proberen zij de bazen te overtuigen, ofwel omgekeerd é dat de bazen er volledig achterstaan en dat zij*

dan op die manier een team kunnen aansturen en motiveren daarvoor. Ik denk dat da een beetje de belangrijkste factor is, naar mijn aanvoelen.”

Voor individuele hulpverleners blijkt de implementatie van de praktijkrichtlijn valpreventie nog moeilijker, qua capaciteit, kennis en vaardigheden.

Betrokkenheid

De meeste respondenten hebben in het geval van de praktijkrichtlijn valpreventie het gevoel dat ze betrokken werden vanaf het begin en ook altijd bij het Expertisecentrum Valpreventie terecht kunnen. *“Ja, we hebben die, we hebben die grondig, die is door een zeer breed multidisciplinair team onder de loep genomen. Iedereen heeft zijn zeg gehad.”* Het EVV heeft heel wat partners die klankbord zijn en mee methodieken verspreiden. Veel implementeerders en verspreiders stonden mee aan de basis van het EVV en de praktijkrichtlijn valpreventie. Enkele koepelorganisaties of intermediairs hebben zelf een (implementatie)tool voor valpreventie uitgewerkt, wat voor *ownership* zorgde. De mutualiteiten formuleren wel dat er aan hen niet werd gevraagd om mee te communiceren. Koepels wensen directer contact met de hulpverleners maar achten dit moeilijk haalbaar en weinig performant.

Wanneer je intermediairs betreft van in het begin, krijg je een product dat bruikbaar is op het terrein. Zoals een verspreider het verwoordt: *“Ik heb zo de indruk dat daar schotten in de keten staan, van iemand heeft een idee, dat wordt eigenlijk wel uitgewerkt, er wordt een methodiek ontwikkeld en dan stopt het precies en dan moet men die eigenlijk in de praktijk gaan brengen hé. Dan gaat men beginnen partners aanschrijven en die partners hebben elk een eigen agenda, een eigen plan, een eigen werking en dan wil je die daarin brengen. Als je van bij de start al mensen gaat betrekken van zien is daar een gedragenheid om daar iets te realiseren, ja ik denk dat dat makkelijker gaat gaan omdat je dat schot dan wegneemt. Nu krijg je iets dat afgewerkt is en dan moet je dat in uw werking gebruiken, maar we hebben zelf werk genoeg.”*

Houding

De attitude tegenover de praktijkrichtlijn valpreventie is niet altijd even positief. De ouderen bijvoorbeeld staan niet positief tegenover valpreventie, ze hebben geen zin bijvoorbeeld hun interieur te veranderen en aan te passen naar de praktijkrichtlijn. Zoals een implementeerder antwoordt: *“80% van die populatie zijn risicopatiënten en dan moet je acties gaan voorstellen aan mensen die geen punt hebben van het probleem en ja die mensen moet je ook overtuigen dat ze iets gaan veranderen waar ze geen probleem mee hebben.”* Het effect is ook niet direct te zien, al is dit niet anders in vergelijking met andere preventiemethodieken. Dit bemoeilijkt het werk van verspreiders en implementeerders, want de hulpverlener wil zijn patiënt niets opdringen en de andere actoren willen op hun beurt de hulpverlener niets opdringen. Een idee is om motivationele gespreksvoering aan te leren aan de intermediairs, wat ook vooropgesteld wordt.

Een andere attitude waar volgens verspreiders en implementeerders aan gewerkt kan worden is de gewoonte en neiging om alleen te werken en weinig gegevens uit te wisselen.

Als verspreiders en implementeerders de praktijkrichtlijn wel goed vinden, dan vinden ze de implementatie ervan niet erg succesvol. Veel meer zeggen ze daar niet over, behalve dat het een multifactorieel en dus moeilijk te implementeren methodiek is en dat mensen denken als ik dat gewoon overneem en verspreid is het voldoende, wat natuurlijk niet zo is. Via opleidingen werken is een goed idee, net als een integratie van de praktijkrichtlijn op weg naar actief en gezond ouder worden. Er is in

deze casus, net als dat het geval is bij de andere casussen pas over implementatie nagedacht als tweede stap.

Wat nu gebeurt, is dat enkele gemotiveerde verspreiders en implementeerders inspanningen leveren om de praktijkrichtlijn Valpreventie van de grond te krijgen. Verspreider: *“Dan moesten wij maar gaan zoeken van hoe moet je dat invullen, dat was niet heel duidelijk. (...) We zijn dan ook zelf gaan zoeken van wat gaan we vertellen of iets zelf maken.”*

Als hulpmiddel voor de implementatie, worden de referentiepersonen valpreventie enorm positief beoordeeld. Zij staan in het veld en tegelijk in verbinding met de ontwikkelaar, waardoor zij het ideale doorgeefluik zijn van top naar *bottom* en omgekeerd. Verder ontwikkelen ze vormingen en bieden ze steun bij het implementatieproces.

Aanpassingen

Voor de praktijkrichtlijn valpreventie zijn onder invloed van de koepelorganisaties verschillende draaiboeken gemaakt voor de diverse beroepssectoren. *“Euh en dan is het veel hé, het is omslachtig, iedereen moet daar zijn ding uithalen. Er wordt van u verwacht dat je als hulpverlener elke patiënt screent en daarvoor moet je alle acties uitvoeren die daaraan gekoppeld zijn en om nog het initiatief te nemen om de betrokken andere hulpverleners te contacteren; goh ik denk niet dat echt realistisch is natuurlijk. En daarom denk ik dat het een meerwaarde is dat een ergo zoals huisarts dat gedaan hebben, dat vertalen voor hun eigen.”* De vraag die hierbij gesteld kan worden, is of dit de samenwerking bevordert? De respondenten achten deze opsplitsing noodzakelijk omdat het een te grote inspanning vraagt om zelf hun taken uit het algemene draaiboek te distilleren en omdat ze specifieke noden en behoeften formuleren. Ook in het community-aspect van de praktijkrichtlijn valpreventie, BOEBS zoeken intermediairs naar een vertaling zodat deze methodiek aansluit bij de belangen van een lokaal bestuur. Het expertisecentrum Valpreventie zegt open te staan om die aanpassingen aan de oorspronkelijke methodiek samen te bekijken. Dit zorgt er ook voor dat de basisinhoud behouden blijft. *Ownership* is belangrijk, men moet zich deel voelen van het proces en niet het gevoel hebben dat hij/zij zomaar iets doet. *“Want uiteindelijk doen ze er nog mee wat dat ze willen, dat is altijd de grote vraag. Ik leer mijn studenten vissen, zodanig dat ze zelf de vis kunnen vangen, maar ik merk dat men in het werkveld heel vaak vraagt naar ‘geef mij diene vis’. En niet van ‘hoe moet ik er eigenlijk toe komen tot’.”* De praktijkrichtlijn valpreventie is een wetenschappelijk onderbouwde methodiek, wat de intermediairs uitermate positief vinden. De vertaling naar de praktijk was in het begin nog niet voldoende gemaakt aldus verspreiders en implementeerders. Verspreider: *“Wij hadden daar heel veel bedenkingen bij. Er werd heel veel gevraagd van zorgverleners en wij zagen dat niet goedkomen. Wij wilden dat dat een stukje matchte, en dat we daar wel een rol gespeeld hebben als pleitbezorger naar het EVV toe, oké die richtlijn wetenschappelijke fundering hebben, evidence based, is één deel, maar implementeerbaarheid is nog een stapje verder.”* Er zijn gaandeweg heel wat mechanismen ingebouwd om dit op te vangen, zoals de multidisciplinaire samenwerking, een helpdesk voor de praktijk. En zo komen er positieve reacties van verspreiders: *“Allé dat is denk ik wel knap opgebouwd, dat is uiteraard wetenschappelijk, maar er zit ook een zekere, het is niet wereldvreemd. Het is zowel, ik vind het op zich wel kwaliteitsvol.”*

Formalisatie

De praktijkrichtlijn zelf, het instrument is diepgaand uitgewerkt. Een praktijkrichtlijn formaliseert enkele wetenschappelijke aanbevelingen in één rapport. De factoren die aan de basis liggen van een val worden besproken en uitgewerkt, zodoende dat ook de respondenten hier zicht op hebben. Er wordt duidelijke focus gelegd om alle factoren in rekening te nemen. De verschillende stappen in het veranderingsproces

om tot minder vallen te komen zijn in de praktijkrichtlijn goed te volgen. Dit resulteert wel in een uitgebreid document. Duidelijke handvaten aangeboden krijgen, maar deze niet klakkeloos overnemen, wordt als een vereiste gezien. Een implementeerder geeft aan dat er wel meer een integratie van verschillende methodieken naar de ouderen toe kan gebeuren: *“De grote fout die je zou maken is dat je valpreventierichtlijnen is dat je dat op zich gaat zien maar je mag dat niet doen, je moet dat zien het is een expertisecentra op een missie en de richtlijn daaromtrent. Je moet dat zien tussen de beweging van eerstelijnspsychologen daaromtrent, je moet dat zien tussen rookstop, dat heeft zijn plekje tussen een spectrum van 30 of 40 thema’s waar dat dan diensten en mensen prioriteiten moeten in aanleggen.”* Intermediairs uit koepelorganisaties vinden het belangrijk dat er planmatig wordt gewerkt, stapsgewijs en een eenduidige, enigszins aangepaste, boodschap wordt verkondigd. Dat is voldaan in de praktijkrichtlijn valpreventie door een systematisch opgebouwde handleiding en bijkomend eenduidig verspreidingsmateriaal zoals powerpoints. Toch verliep de implementatie en het maken van een implementatieplan volgens verspreiders en implementeerders niet altijd even vlot. *“Dus dat is de concurrentie, de concurrentie zit eigenlijk in het instrument zelf dat zeer ruim is en veel tijd vraagt, dat mensen er eigenlijk hun eigen ding mee doen.”*

Belang actie

Valpreventie is opnieuw een topic die voor actoren naast hun hoofdopdracht bijkomende tijd en aandacht vraagt. Veel intermediairs geven dan ook toe er op dit moment geen prioriteit van te maken. Toch duiden vele respondenten op de nood aan valpreventie, omdat er heel wat ouderen vallen en om de levenskwaliteit onder de ouderen te verhogen. Op Microniveau wordt er echter weinig preventief gehandeld, als zij die gevallen zijn al aandacht krijgen voor deze problematiek, krijgt wie nog nooit is gevallen helemaal geen informatie hieromtrent. Valpreventie krijgt volgens verschillende intermediairs nog niet de aandacht die ze verdient, daarom is blijvende en herhaaldelijke sensibilisatie noodzakelijk. De week van de valpreventie is een goed initiatief, de vraag is of dit voldoende is. Een implementeerder aan het woord: *“Wel ik denk dat is natuurlijk, het wil niet zeggen omdat het werkveld op dit ogenblik niet superenthousiast loopt dat je dat niet voortdurend moet naar voor schuiven en mensen daaraan herinneren.”* *“Ik denk dat het idee van de week van de valpreventie dat dat zeker al heel goed is, maar natuurlijk het mag zich niet beperken tot die ene week op een jaar en euh dat is dus wat ik bedoel met hoe meer dat dat bij artsen gaat verspreid worden, hoe beter. Met hoe meer hulpverleners dat je aan hetzelfde zeel gaat trekken, hoe meer dat die aandacht daarop gaat gefixeerd blijven.”*

3.2. Beïnvloedende factoren (positief/negatief)

Dit deel biedt een antwoord op volgende onderzoeksvraag: Welke zijn de sterke en zwakke punten in het implementatieproces waarmee momenteel gewerkt wordt in het preventieve gezondheidsbeleid en welke behoeften en randvoorwaarden formuleren de partners uit het werkveld? Dit deel bekijkt de beïnvloedende factoren overheen de methodieken, overheen de casussen.

Er is geen vaste procedure om het implementatieproces van preventiemethodieken in Vlaanderen vorm te geven. Elk expertisecentrum hanteert een andere manier om methodieken te verspreiden en implementatie te bewerkstelligen.

3.2.1. Context

3.2.1.1. BELASTING

Wanneer een nieuwe methodiek wordt aangebracht door expertisecentra, zijn intermediairs (verspreiders en implementeerders) noodzakelijk om mee in methodieken te investeren. Deze uit te dragen en deze op te nemen. Van belang is een afweging tussen draagkracht, wat kan de intermediair investeren en draaglast, hoeveel gaat deze methodiek de intermediair belasten. Er werd in het interview gevraagd naar de mate waarin de methodiek een investering vormt en/of in welke mate deze een belasting vormt.

In deze werd vaak aangehaald dat een nieuwe methodiek vooral een tijdsinvestering vraagt. Tijd die vele respondenten aanhalen niet te hebben en tijd die gespreid moet worden over diverse opdrachten en methodieken. De belasting is groot omdat er zoveel methodieken en thema's zijn om te implementeren. In enkele gevallen komt de timing voor de implementatie van de methodiek als knelpunt naar voor. Er werd aangegeven dat de methodiek niet paste in de planning van de organisatie. Of de timing werd niet goed door gegeven of werd niet gevolgd omwille van gebrek aan tijd.

Een ander element in de belasting houdt verband met de capaciteit van de organisatie die de methodiek moet implementeren. Een tekort aan personeel om methodieken (adequaat) te implementeren wordt door respondenten als een heikel punt genoemd. De investering of belasting die het personeel ervaart hangt eveneens af van de mate waarin de doelgroep zelfstandig met de methodiek aan de slag kan en of de doelgroep eventueel de capaciteit daartoe heeft. Een lichtpuntje aangaande personeelsbelasting is dat een mogelijk tekort opgevangen kan worden door samenwerking tussen organisaties zowel bij verspreiders als bij implementeerders, dit zou extra capaciteit opleveren aldus de respondenten.

Niet alle respondenten rapporteerden een hoge belasting voor de verspreiding of de implementatie van methodieken, de aard van de methodiek kan hierbij een rol spelen.

De respondenten formuleren de belasting en/of investering op administratief vlak (registraties, evaluaties e.a.), als een extra inspanning naast hun gewone werk, als in interferentie met andere opdrachten.

Ideeën om aan supra vermelde verzuchtingen te remediëren kunnen zijn om bij de ontwikkeling van de methodiek een indicatie te geven van de investering naar tijd, personeel en middelen. Eventueel kan ook worden aangegeven hoe er met de methodiek op termijn tijd en middelen bespaard kunnen worden. Methodieken integreren is een andere waardevolle piste.

3.2.1.2. EVOLUTIES

Veranderingen en evoluties in de context kunnen al dan niet de implementatie van de methodiek faciliteren. Hoe plaatst de methodiek, de organisatie zich in de steeds evoluerende context en hoe kijken de respondenten hiernaar?

Er werd een opdeling gemaakt naar evoluties in methodieken, evoluties in de context en het oordeel van de respondenten in verband met deze evoluties.

De verspreiding en de implementatie van een methodiek is geen vast gegeven, methodieken evolueren en de omgeving van methodieken evolueert. Zo wijten verspreiders en implementeerders een moeilijke implementatie aan het feit dat de verspreiding van de methodiek in een beginfase zit en dat dit vanzelf beter zal lopen mettertijd. Niet enkel nieuwe thema's blijken moeilijk te implementeren, ook de

verspreiding van methodieken die al langer lopen is soms moeilijk. Momenteel gebeurt de implementatie van een methodiek organisch, op het moment dat de tijd rijp is, dat er ruimte is, dat de omgeving er klaar voor is.

Een ander element in de evolutie van methodieken is het fenomeen dat er vaak met projecten gewerkt wordt en dat deze beperkt zijn in tijd, terwijl het uitrollen van een methodiek continuïteit vraagt. Respondenten vinden het heel belangrijk dat er verder gebouwd wordt op vorige methodieken. Een ander contextelement is dat organisaties evolueren, organisaties in evolutie slagen er niet altijd in de methodiek mee te nemen en het kan zijn dat de methodiek de organisatie niet meer past of omgekeerd. In sommige gevallen zijn externe trends of gebeurtenissen een voordeel voor de implementatie van een methodiek, bijvoorbeeld gevallen van seksueel misbruik en de aandacht die de media hieraan geven. Er zijn eveneens trends die implementatie bemoeilijken, zoals de economische crisis. Dit geeft aan dat je niet op elk aspect van invloed op de implementatie van methodieken invloed kan uitoefenen.

De respondenten vertellen over evoluties in de context en dat de omgeving niet altijd klaar is om de methodiek op te nemen, zij wensen dat er meer opportuun gewerkt kan worden, wanneer de tijd rijp is.

Met betrekking tot context zien respondenten een heikel punt in het fenomeen dat mensen die betrokken zijn bij de implementatie van een methodiek van job veranderen.

Respondenten oordelen dat zowel de manier van implementeren, de gebruikte methodieken en de gezondheid van de mensen erop vooruit gaat. Slechts een enkeling is van mening dat we ter plaatse zijn blijven trappelen.

3.2.1.3. MIDDELEN

Middelen behelzen het kapitaal dat in de context aanwezig is, zowel financieel als menselijk kapitaal. Dit concept kan dan ook gelinkt worden aan capaciteit.

Er wordt vooral over een tekort aan budget gesproken. In meerdere gevallen spreken de respondenten over een tekort aan middelen, eerder dan dat er gesproken wordt over een voldoende budget. Verder wordt ook het tekort aan terreinwerkers geduid.

Als wordt gekeken naar de oorsprong van de middelen ter implementatie van methodieken, geeft het merendeel van de respondenten aan dat verspreiders, implementeerdere of doelgroep zelf gaan investeren. Daarnaast zijn de Vlaamse gemeenschap en de gemeentes andere bronnen van middelen.

3.2.1.4. MOGELIJKHEDEN IN DE OMGEVING

Respondenten zien opportuniteiten in de omgeving voor de verspreiding en implementatie van methodieken. Deze mogelijkheden kunnen interessant zijn om uit te wisselen en/of op te lijsten. Enerzijds geven de respondenten aan dat de media een succesvol kanaal kan zijn om een methodiek te verspreiden, anderzijds kan dit medium ook bijdragen aan de bewustwording van het probleem waarop de methodiek inspeelt. Het is echter de vraag of dit medium kosten/baten het beste verspreidingsmiddel is. Aandachtspunten hierbij zijn wel dat de juiste boodschap via het juiste kanaal wordt verspreid.

Een bepaalde omgeving met haar bestaande structuren, bijvoorbeeld iedere eerstejaarsstudent wordt uitgenodigd voor een gesprek met de studentenarts, kan gebruikt worden om methodieken te

implementeren. Dan moeten de ontwikkelaars en verspreiders daar wel van op de hoogte zijn, moet dat in kaart gebracht worden en moet de methodiek in die structuur (kunnen) passen.

3.2.1.5. OMKADEREND BELEID

In de interviews kwam aan bod wat de respondenten van het preventief overheidsbeleid vonden en hoe een efficiënter beleid verder vorm gegeven kan worden. Globaal gezien kunnen we vier facetten onderscheiden: feitelijke zaken over het overheidsbeleid, het streven naar een integraal beleid, de mate van vrijheid vanuit de overheid naar actoren op het terrein en de vraag naar verandering in beleid.

Ten eerste zijn er feitelijke zaken over het overheidsbeleid genoemd. Respondenten beschrijven het Vlaamse beleid als sterk thematisch opgesplitst, op vlak van doelstellingen en budget, als gericht op ontwikkeling van methodieken, als zich beroepend op het subsidiariteitsprincipe.

Ten tweede is er het streven naar een integraal beleid. Een aantal respondenten wensen meer uniformiteit in het overheidsbeleid en oordelen dat dit er nu niet is. Die uniformiteit zoeken ze op vlak van thema's zoals gelijk behandelen naar middelen. Ook vinden ze dat er nu verschillen zijn tussen gewesten of provincies in structuur en belang van gezondheidsbevordering. Ze vinden dat er op alle niveaus beleidsoverschrijdend zou moeten samen gewerkt worden en oordelen dat in de praktijk het gezondheidsdomein niet in thema's kan worden opgesplitst. Omdat de invloed groter is wanneer je naar het geheel gaat kijken, er anders teveel verschillende methodieken zijn en de overkoepelende win-win die andere thema's bieden niet in kaart wordt gebracht.

Over de mate en invloed van vrijheid die de overheid biedt, zijn de respondenten het niet eens. Vrijheid wordt geapprecieerd en ze zijn bang voor een te grote hoeveelheid aan regeltjes. De overheid zou te ver afstaan van de praktijk, zoals een respondent het verwoordt: 'Dus ik zie niet zo'n probleem in wildgroei, dat klinkt misschien gek maar met wildgroei op zich, wildgroei is voor mij eerder ruimte geven aan diversiteit.' Aan de andere kant vragen sommige respondenten dat de overheid het preventielandschap goed en strak uittekent. Een voorwaarde die ze daaraan verbinden is overleg met de sector en de middenveldorganisaties. Deze laatste mening wordt door meer respondenten gedeeld dan de vraag om vrijheid. Er zijn op vandaag al raamakkoorden, doelstellingen en richtlijnen in de vorm van ministeriële besluiten en brieven die de respondenten zeggen te volgen.

Respondenten vragen op volgende vlakken aanpassing in het beleid: connecties met andere beleidsdomeinen, verandering in financiering (nomenclatuur valpreventie bv.), samenwerkingsstructuren, afbakening van rollen.

De Overheid dient het zagezegde klimaat te scheppen waarin preventie kan gedijen.

3.2.1.6. ORGANISATIEBELEID

Wat zijn de kenmerken van het organisatiebeleid waarin de respondenten werken, hoe is het vorm gegeven en hoe kijken de respondenten ernaar? .

De geïnterviewden zien enkele zaken in het organisatiebeleid die het implementeren van methodieken faciliteren. Zoals het hebben van een beslissingnemer die gewonnen is voor de methodiek, communicatiemogelijkheden, één contactpersoon, coördinatie en leiderschap. Anders gezegd is een faciliterend organisatiebeleid:

- Duidelijkheid omtrent wie verantwoordelijk is en voor wat
- Er is één centrale verantwoordelijke voor de methodiek

- Goede communicatiemogelijkheden
- Organisatiecultuur: er is vertrouwen en eensgezindheid in het team
- De methodiek wordt opgenomen in de organisatiestructuur, bv. Door middel van jaarplannen
- Streven naar integratie van de methodiek in de organisatie: ofwel is de methodiek een bevestiging van wat ze al deden, ofwel moet deze ingebed worden
- Betrokkenheid van de gehele organisatie

Een beperkt deel van de respondenten, verspreiders en implementeerders, omschreven de taak die zij opnamen in de implementatie van de methodiek als niet passend in hun takenpakket.

Er moet rekening gehouden worden met de eigenheid van de intermediair bij het ontwikkelen van een implementatieplan, maar de organisatie kan zich ook aanpassen aan de methodiek. De grote verscheidenheid binnen de verschillende settings en binnen bedrijven vormt echter een probleem voor de ontwikkeling van methodieken en implementatieplannen. Maatwerk zou hier een oplossing zijn, de vraag is of daarvoor capaciteit is.

3.2.1.7. STEUN

Er werd gevraagd waardoor de respondenten zich gesteund weten in de context, het kan gaan om technische, maar ook om persoonlijke steun.

We zien dat veel respondenten belang hechten aan steun in de omgeving, daarbij zoeken ze steun bij collega's, overkoepelende diensten, Logo en expertisecentra. Vaak is de inhoud van de methodiek enigszins duidelijk en zijn basisvaardigheden tot implementatie en verspreiding aanwezig, maar gaat het over hoe ga ik de methodiek op de beste manier uitvoeren. Er wordt om coaching gevraagd zodat er samen kan gekeken worden hoe een methodiek best geïmplementeerd wordt. De vraag naar dergelijke ondersteuning komt vooral van implementeerders waarvoor preventie nieuw is.

In alle casussen komt de nood aan ondersteuning aan bod. Het is dus belangrijk dat dit voorzien wordt door de ontwikkelaars, hetzij dat zij dit zelf opnemen of delegeren.

Elke actor in de implementatieketen moet beschikbaar zijn voor vragen en het zoeken naar oplossingen voor problemen die zich stellen tijdens het implementatieproces. Dit kan zowel actief als passief, de respondenten vinden ook steun in allerlei implementatie materiaal. Het implementatiemateriaal voorzien door de ontwikkelaar is wel niet altijd voldoende, we zien dat er nog veel zaken door de implementeerder gemaakt of bedacht worden.

3.2.1.8. TRAINING

Hoe kan ervoor gezorgd worden dat de actoren voldoende vaardigheden, kennis, eigen effectiviteit hebben zodat ze de methodiek op een goede manier mee kunnen implementeren? Wat wordt hiervoor voorzien?

Iets minder dan de helft van de respondenten geeft uit zichzelf aan dat er vorming wordt voorzien. In alle methodieken wordt melding gemaakt van vorming voor intermediairs, maar niet voor alle actoren en de vraag is of iedereen op de hoogte is van de vormingsmogelijkheden. Implementeerders geven elkaar soms vorming. Daarbij is het wel belangrijk dat ze over de juiste vaardigheden beschikken en de methodiek voldoende beheersen. Het is belangrijk dat deze voorwaarde wordt gesteld aan mensen die vorming geven, dat ze bijvoorbeeld een train-de-trainer volgden, zodat alle essentiële elementen aan bod komen.

De voornaamste inhoud van de vorming is volgens de respondenten het aanleren van gespreksvaardigheden, het uitwisselen van *good practises* en bieden van de mogelijkheid tot oefenen. Deze eerder algemene vaardigheden blijken nog aangescherpt te kunnen worden.

Een vierde van de respondenten vraagt dat dit niet eenmalig gebeurt, maar dat er op regelmatige tijdstippen op wordt terug gekomen en dat er wordt gecoacht. Andere mogelijk genoemde vormen van training zijn vorming op maat, opnemen in lessenspakketten van bestaande opleidingen, opnemen in bestaande vormingscycli, infomomenten.

3.2.1.9. VAARDIGHEDEN

Respondenten benoemen verschillende vaardigheden die zij noodzakelijk achten om een methodiek op een goede manier over te brengen. Eerst en vooral is er achtergrondkennis, kennis van de doelgroep, het gezondheidsprobleem en het gewenste gedrag. Daarnaast moeten ze de juiste personen kunnen bereiken, de methodiek kunnen omschrijven, liefst zelf ervaring hebben met de methodiek, kunnen motiveren en enthousiasmeren.

25 respondenten oordelen dat de gewenste vaardigheden aanwezig zijn. 10 respondenten oordelen dat de vaardigheden niet voldoen. Vaardigheden zijn vooral aanwezig in sectoren waar gezondheid en welzijn deel is van het takenpakket. Toch zijn er naar implementatie toe nog specifieke vaardigheden nodig, zoals hierboven genoemd. Ook kennis van implementatie an-sich is noodzakelijk. De ontwikkelaars hebben nood aan kennis omtrent wat in een implementatieplan moet staan en hoe de actoren tot implementatie kunnen worden bewogen. Net als de verspreiders en implementeerders.

Enkele respondenten relativeren de nood aan vaardigheden: intermediairs kunnen niet alles beheersen, een houding van doorverwijzen, willen bijleren en opzoeken benoemen ze als belangrijker. Dit is dan meer een onderdeel van attitude.

3.2.2. Intenties

3.2.2.1. BETROKKENHEID

In welke mate investeren betrokkenen in de keten, hoe en in welke mate voelen ze zich verbonden?

Betrokkenheid omvat verschillende aspecten, mensen dienen betrokken te worden, zich betrokken te voelen en dienen ook zelf te investeren. In sommige gevallen is er gestructureerde betrokkenheid voorzien, d.w.z. dat mensen in een planningsgroep of werkgroep zetelen. Maar dit weerspiegelt nog niet of zij zich ook daadwerkelijk betrokken voelen.

Er zijn binnen de keten verschillende groepen die wensen betrokken te worden en die ook best betrokken worden. De doelgroep, de implementeerders, de beslissingnemers en dan liefst bij elke stap in het ontwikkelingsproces en in het implementatieproces. Binnen een betrokken organisatie dienen dan ook alle niveaus en collega's in meerdere of mindere mate op de hoogte te zijn. Een heel aantal respondenten geeft aan dat de betrokkenheid van alle actoren op dit moment ook wel goed zit. Vooral op overkoepelend beleidsniveau is er zeggenschap over de gehele methodiek, maar de doelgroep en de implementeerders op de werkvloer mogen meer worden betrokken.

Er zijn verschillende gradaties in het niveau van betrokkenheid en verschillende vormen. Een minimale vorm van betrokkenheid is het enkel meekrijgen van informatie. Een eerder lichte vorm van betrokkenheid is het geven van eenmalige feedback. Dan zijn er ook vermeldingen van

referentiegroepen, waarin dat systematischer feedback kan worden gegeven. Meer verregaande vormen van betrokkenheid betreffen deel zijn van een planningsgroep en/of werkgroep. Ook kan er een onderscheid gemaakt worden in tijdstip waarop een bepaalde actor betrokken wordt.

Het belang van betrokkenheid is de match met de praktijk. Het is een reflectie van wat ingang vindt op het veld. Weten wat voor hen belangrijk is op vlak van doelen, determinanten, mogelijkheden en barrières. Zeker in het geval van een groot netwerk en een lange keten, kan betrokkenheid bijdragen tot het vinden van eensgezindheid en afstemming. Het resultaat van betrokkenheid is *ownership*. *Ownership* speelt aldus de respondenten in op motivatie, het geeft een gevoel van voldoening als je er mee aan hebt kunnen werken. *Ownership* kan je ook bereiken door in de methodiek een zekere vrije invulling te laten.

Één vierde van de respondenten geeft aan niet of onvoldoende betrokken te zijn. Het gaat vooral om actoren die de rol van verspreider waarnemen, zij wijzen voor hun taak ook vaak naar anderen, maar het gaat ook om implementeerders en adopters. Zij betrekken dit wel heel vaak op zichzelf en uiten dat ze de methodiek niet gebruikt hebben, ze zijn niet meteen bereid om te investeren en uitten dat anderen het wel zullen doen. De verantwoordelijkheid wordt naar de partnerorganisaties en de doelgroep doorgeschoven.

Respondenten oordelen dat de implementatie van een methodiek een blijvende betrokkenheid vraagt. Factoren die zowel aan de basis liggen van betrokkenheid als een uiting zijn van betrokkenheid zijn enthousiasme, motivatie, groepsgevoel, pro actief werken en persoonlijk benaderd worden. Dat laatste is ook de voornaamste factor. De voornaamste factoren die aan de basis liggen van zich niet betrokken voelen, zijn: de doelgroep die niet meewerkt of zelfstandig werkt, een project is tijdelijk, hun taak in het proces is beperkt, het proces zelf is niet gepland.

3.2.2.2. HOUDING

Hoe verhouden de participanten zich ten aanzien van de keten en de methodiek. Mensen hebben ideeën en gedachten over anderen en over de methodiek, dit bepaalt mee welk gedrag ze gaan stellen. De houding die een respondent aanneemt heeft veel invloed op de mate waarin iemand bereid is te investeren in het implementeren van de methodiek. Voor valpreventie benoemen een heel aantal respondenten dat het gewoon niet als belangrijk wordt gezien.

Actoren botsen soms op een negatieve attitude van anderen en dit gaat het proces van implementatie al gauw onderbreken.

Sommige respondenten kijken positief aan tegen het gehele proces van implementatie. Anderen benoemen enkel aspecten van het proces als positief. Of ze hebben enkel een positieve attitude tegenover het gezondheidsgedrag, de partners in het implementatieproces,...

Een intermediair kan een aanzet geven tot overtuigen van de doelgroep door zich enthousiast te tonen.

3.2.2.3. WEDERZIJDIG VERTROUWEN

Onder wederzijds vertrouwen wordt verstaan of respondenten al dan niet bereid zijn elkaar te vertrouwen, wie vertrouwen geniet en op welke manier. Met andere woorden, mensen/organisaties kennen elkaar en weten wat ze aan elkaar hebben. Ze kunnen op elkaar rekenen.

Het gaat hier vooral over relaties tussen actoren. En dan vooral over de relatie met de partnerorganisatie. In eerste instantie is het belangrijk dat de verschillende actoren elkaar kennen.

Voorwaarden voor het al dan niet vertrouwen van mensen en organisaties zijn divers. In eerste instantie mag de afstand niet te groot zijn. De rollen dienen te worden afgebakend, actoren hebben iets te bieden en actoren komen afspraken na. Het is belangrijk een draagvlak te creëren door communicatie en door in te spelen op wat leeft in het veld.

Gevolgen van wederzijds vertrouwen zijn steun krijgen van andere instanties, medewerking en investering in de keten, het opbouwen van een duurzame relatie en controle hebben op verspreiding van de methodiek.

Een tiental respondenten geeft aan dat er weinig vertrouwen is in een andere actor, dit komt voornamelijk omdat die actor nieuw is. Hoe de vertrouwensrelaties verder ineens zitten, hangt af van methodiek tot methodiek en van actor tot actor en worden dan ook per case besproken.

3.2.3. Methodiek

3.2.3.1. AANPASSINGEN

Onder aanpassingen wordt verstaan de mogelijkheid tot aanpassing van de methodiek, aspecten van de methodiek of het proces aan de actoren en omgekeerd. Een ander woord is adaptatie.

Er zijn vier voorwaarden waaraan de methodiek moet voldoen alvorens dat er aanpassingen kunnen gebeuren. De methodiek moet duidelijke essentiële componenten bevatten en ruimte laten voor eigen invulling. Daarnaast is er wederzijds vertrouwen nodig tussen de actoren en een zekere formalisatie, anders is er totale vrijheid en geen aanpassing. Dit toont het belang van het zoeken naar evenwicht tussen regels en vrijheid.

Waarom zijn aanpassingen belangrijk voor de respondenten? De respondenten oordelen dat elke setting, elke organisatie, elke persoon verschillend is en dat elk van deze zich moet kunnen vinden in de methodiek. Respondenten uit de praktijk hebben het gevoel dat aanpassingen noodzakelijk zijn, omdat de ontwikkelaar weinig voeling met de praktijk heeft, de ontwikkelaar oordeelt echter wel voeling met de praktijk te hebben.

De methodiek kan aangepast worden en vereist aanpassing op volgende elementen: aan de doelgroep, aan de context en aan het geheel van methodieken in die setting. Er zijn vaak gebeurtenissen en praktische zaken in de omgeving die de methodiek tot aanpassing dwingen, zoals het weer bijvoorbeeld, de grootte van de organisatie, etc.

Enkele respondenten geven aan dat over *mutual adaptation* op voorhand expliciet nagedacht moet worden, terwijl anderen aangeven dat dit aspect aan het toeval van het moment wordt over gelaten.

De aanpassing kan op verschillende manieren gebeuren, enkel de vorm van communiceren kan aangepast worden, het materiaal of zelfs het gehele implementatieproces.

3.2.3.2. BEWUSTZIJN

In welke mate zijn actoren uit de keten zich bewust van het probleem onderliggende aan de methodiek en zien ze het belang hiervan in. In welke mate speelt dit bewustzijn mee in de keuze voor de methodiek.

Bewustzijn van het aan te pakken gezondheidsprobleem is een voorwaarde voor het belang dat iemand hecht aan de methodiek aldus enkele respondenten. Eerst moet er voldaan zijn aan kennis van het probleem en het vermogen er iets aan te doen, vervolgens moet men ook het belang van het probleem

inzien. Er zijn verschillende redenen waarom mensen zich al dan niet bewust zijn. De doelgroep kan door het uiten van een probleem of het stellen van een vraag, aanleiding geven tot bewustzijn van het probleem. Eén persoon in de organisatie of in de keten is heel enthousiast en kan zo inzicht brengen. In enkele gevallen is er niet genoeg bekendmaking geweest of is de bekendmaking niet doorgedrongen. Door voorafgaande acties of aannames is het mogelijk dat mensen in hun hoofd een (al dan niet) verkeerd inzicht hebben. Ook gewoontes zijn een factor die veranderd moeten worden alvorens bewustzijn en probleeminzicht wordt verkregen. Het heeft ook vaak met maatschappelijke context te maken of iemand al dan niet bewust is. Bijvoorbeeld aandacht voor drugs na drugsdode. Daarom is het van belang te werken op determinanten bij adopters en implementeerdere.

In meer dan één vierde van de gevallen erkennen de respondenten het probleem, maar is er volgens hen niet meteen reden tot actie. Volgende redenen worden door de respondenten vernoemd: andere beleidsdomeinen zijn belangrijker, er zijn andere prioriteiten, het probleem is overroepen.

Een groter deel van de respondenten is er zich bewust van dat er een probleem is en formuleert dit ook als een probleem. Ze wensen er met de methodiek op in te spelen. Vaak wordt er niet meteen een anamnese gemaakt, het is eerder een inspelen op een acute nood bij de doelgroep of een probleem dat zich heel zichtbaar stelt.

Participanten geven ook mogelijkheden aan om bewustzijn en probleeminzicht te verhogen. Het is van belang om zichtbaar te zijn en na te denken over een zo groot mogelijke visibiliteit, je moet opvallen. Ook het zelf ervaren van het probleem is een, volgens de respondenten, succesvolle, maar moeilijk bereikbare strategie. Er wordt geduid op het belang van sensibilisatiecampagnes. Maar ook hier, een eenmalige bewustmakingscampagne is niet voldoende, herhaling en continuïteit zijn sleutelwoorden. Er zijn op niveau van probleeminzicht en bewustzijn nog stappen mogelijk.

3.2.3.3. CONCURRENTIE

Zijn er meerdere gelijkaardige methodieken en hoe verhouden deze zich tot elkaar? Is er sprake van concurrentie, zijnde dat de ene niet gebruikt wordt om dat er een andere gebruikt wordt.

Een methode om tussen verschillende concurrerende methodieken gekozen te worden is opvallen. In meer gevallen is er sprake van concurrentie dan van geen concurrentie. Er zijn partners in de keten die eigen methodieken ontwikkelen, voor bepaalde diensten in het implementatieproces maar men kan ook vaak naar andere actoren toe, bijvoorbeeld voor coaching of vorming. Een tiental respondenten geven aan dat er concurrentie van de privé is. De meeste respondenten antwoorden op de vraag naar concurrentie vaak dat er vele acties om uit te kiezen zijn, echt angst hiervoor is er op het terrein echter niet.

Wanneer de respondenten aangeven dat er geen concurrentie is, geven ze vaak aan dat er geen alternatieven zijn voor de methodiek. Anderen zien dat er wel andere methodieken zijn, maar beschouwen deze als een aanvulling. Vooral in geval van Zot van Gezond, het Vlaggensysteem en de Druglijn wordt aangehaald dat er geen concurrentie heerst. Bij NVGezond en de Praktijkrichtlijn Valpreventie ervaren intermediairs een grote belasting in hun takenpakket, niet altijd door andere gezondheidsmethodieken.

3.2.3.4. DOELEN

Wat zijn volgens de respondenten de doelen van de methodiek, bij percepties staat ook 'doelen' dit gaat over de vraag of er wederzijdse overeenstemming is tussen de doelen van de verschillende actoren. In

enkele interviews werd de inhoud van doelen weergegeven (mensen bereiken die je niet eerder bereikte, gezondheidsbevordering, beleidsverbetering, professioneler aan gezondheid werken). Daarnaast wordt ook de doelgroep aangehaald. In het grootste deel van de gevallen gebruiken de intermediairs de methodiek voor bewustmaking bij de doelgroep, de vraag is of je er niet meer mee kan of moet doen. Is dit voldoende om het gedrag te veranderen? Blijkbaar moet de onderliggende theorie en het doel van de methodiek verduidelijkt worden.

Opvallend is dat in zeventien gevallen het beleid als doelgroep gezien wordt of toch bijkomend als doelgroep. Het gaat hier over verschillende beleidsniveaus.

3.2.3.5. FORMALISATIE

De mate waarin een methodiek gepland is, waarin het proces en de inhoud zijn vastgelegd in een plan. Welke zaken kan je vrij invullen en welke zaken zijn vast gelegd?

Enkele respondenten vinden het niet nodig planmatig te werk te gaan, sommigen geven aan zelf de vaardigheden te hebben om aan de slag te gaan, meer zelfs ze vinden voorgekauwde methodieken beledigend. Algemene eenduidige planning over alle methodieken vindt niet altijd bijval, omdat de methodieken en settings zo verschillend zijn. Zeven respondenten geven aan een ad-hoc benadering prima te vinden. Dit zou goed zijn voor het inspelen op onverwachte gebeurtenissen, de strategie bij te schaven naargelang wat werkt. Hieruit blijkt dat de attitude tegenover implementatieplannen niet echt positief is, maar even goed is het concept implementatie niet gekend. Het gevolg van te weinig plannen van het implementatieproces en het te weinig aflijnen van methodiek inhouden zijn fouten in gebruik van de methodiek en een beperkte verspreiding.

Een groter deel van de respondenten geeft echter aan dat ze planmatig werken noodzakelijk vinden en dat het beter kan. Daarbij is het een goed idee om deze zaken te integreren in bestaande structuren. Een heel aantal respondenten vinden het moeilijk om het proces van verspreiding en implementatie vorm te geven, ze hebben het gevoel daarover geen controle te hebben. Eén vierde van de respondenten geven aan dat kant-en-klare methodieken beter in de markt liggen. Omdat er anders nog teveel inspanning nodig is om te implementeren. Doch wordt enige vrijheid ook als noodzakelijk gezien.

In de meeste gevallen is er enige vorm van implementatieplan voorhanden. Dit plan neemt de vorm aan van een communicatieplan, een tijdslijn, een stappenplan, een beschermd product, voorwaarden om het te gebruiken.

Bijna even vaak als dat de participanten aangeven dat er enige vorm van planning is, geven ze aan dat de planning tekort schiet. Er ontbreekt aan achterliggende theorie, er is geen opbouwend stappenplan gevolgd. Zo wordt er gesproken dat intermediairs en doelgroep er hun eigen ding mee doen. Intermediairs vertellen dat er geen mogelijkheden tot plannen zijn, want ze kunnen veel zaken op voorhand niet voorzien. Daarnaast geven ze aan dat andere actoren het initiatief moeten nemen. Als iedereen naar elkaar wijst, gebeurt er natuurlijk niet veel.

3.2.3.6. INHOUD METHODIEK

De respondenten vertelden heel wat over de feitelijke inhoud van de methodiek. Heel wat zaken ter verbetering werden aangehaald, zo waren er methodieken met een te brede focus en mocht dit voor hen concreter, was de methodiek te complex, de inhoud niet herkenbaar voor de doelgroep, het pakket niet duidelijk, de registratie/evaluatie afschrikkend, sommige zaken te theoretisch en een wedstrijd niet

altijd een goed idee. Een manier om feedback te geven en betrokkenheid in ontwikkeling van de methodiek is dus noodzakelijk.

In enkele gevallen spreken participanten van een 'lege' methodiek, de naam is er, het omhulsel is er, maar er is niets concreet te doen.

In 25 interviews komt naar voor dat het grootste succes in verspreiding en implementatie van de methodiek, de methodiek an-sich is en niet de samenwerking of het implementatieproces bijvoorbeeld. Dat kan eveneens komen omdat er nu nog te weinig aandacht is voor het implementatieproces en implementatie niet bekend.

3.2.3.7. INNOVATIE

In welke mate is de methodiek vernieuwend naar het oordeel van de respondenten en in welke mate heeft dit invloed op het al dan niet kiezen voor een methodiek?

Dit aspect werd overheen alle methodieken weinig aangehaald.

Respondenten vinden continuïteit belangrijk, het is dan ook niet altijd nodig nieuwe dingen uit te vinden, daar bestaande dingen doorontwikkeld kunnen worden. Iets wat nieuw is, zou wel meer interesse krijgen dan zaken die al langer bestaan. Een derde van de respondenten beschrijft de methodiek als zijnde nieuw voor hen. Enkele respondenten geven daarbij aan dat de mate waarin een methodiek innovatief is wel degelijk meespeelt in de keuze voor deze.

3.2.3.8. MATE VAN ONTWIKKELING

Dit concept blijkt voor veel respondenten mee te spelen in de keuze voor de investering in een methodiek.

Aspecten die volgens respondenten bij een goede en verregaande mate van ontwikkeling horen, zijn:

- Wetenschappelijke onderbouwing
- Breed en concreet
- Vooral gericht op de bruikbaarheid ervan
- Een methodiek die verschillende stappen heeft doorlopen en eerst in een proefproject werd uitgetest

Aspecten die respondenten als heikel punten zien zijn:

- Zaken die niet 'af' zijn
- Zaken die niet aangepast zijn
- Zaken die onduidelijk en onbegrijpbaar zijn
- Technische moeilijkheden

Een derde van de participanten ziet wel nog ruimte voor verbetering, op vlak van integraler werken, dus niet op één thema focussen, meer aan implementatie te denken, lay-out optimaliseren, inhoudelijk uitdiepen, meer linken leggen met andere tools en mensen.

3.2.3.9. MIDDELEN

De kanalen en mediums van de methodiek, de dragers, de manieren om de methodiek naar buiten te brengen. Daarnaast bevat deze node ook de geldelijke middelen verbonden met de methodiek.

Eerst en vooral wordt het belang van voorhanden materiaal aangehaald, anders moeten de respondenten zelf inspanningen leveren. In sommige gevallen helt de balans echter al over naar de andere kant en krijgen de tools om te implementeren meer aandacht dan de methodiek op zich.

Ook het implementatiemateriaal moet aantrekkelijk zijn, gedifferentieerd, aangepast aan de actoren waarvoor bedoeld. Er zijn diverse kanalen waarop nu beroep wordt gedaan, boeken, media, websites, handleidingen, mond-aan-mondreclame, nieuwsbrief, powerpoints en congressen.

3.2.3.10. RESULTAAT

Respondenten willen heel graag weten als ze hun medewerking aan een methodiek verlenen, dat die ook werkt, aangetoond resultaat is voor hen een vereiste, dit resultaat kan wel erg verschillend zijn van actor tot actor en zeker niet steeds gerelateerd aan gezondheid. Zo wordt onmiddellijk resultaat als een enorme succesfactor gezien, korte termijn winst biedt kansen om de methodiek verder bekend te maken.

Respondenten, verspreiders, adopters en implementeerders geven vooral aan dat ze zelf iets aan de methodiek moeten hebben, dat er een win-win is. De ontwikkelaars erkennen dit. In het grootste deel van de gevallen was dit ook zo. Voor de settings is dat vaak iets heel anders dan gezondheidswinst. Respondenten vinden het een goed idee die mogelijke uitkomsten dan ook te visualiseren. Vooral naar bedrijven toe is dit een aandachtspunt.

Als we kijken naar hoe de respondenten de methodiek evalueren of er een uitspraak over doen dan blijkt dit heel verschillend te zijn en niet gesteund op gegevens of onderzoek. Een tiental respondenten aan dat de methodiek lijkt te doen wat ze zegt dat ze doet, een twintigtal geven aan dat ze het proces en de uitkomst niet geslaagd vinden, maar desondanks wel zo goed als mogelijk. Een tiental evalueert als volgt: “we gaan erop vooruit”, waarmee ze bedoelen dat ze meer mensen bereiken en gezondheidsbevordering aan belang wint en geleidelijk resultaat boekt. Een beperkt deel van de respondenten ziet een rooskleurige toekomst voor de methodieken, zijnde dat deze een begrip is of een begrip kan worden en zo bij veel mensen zal landen.

Vervolgens geven enkele respondenten ook nog ideeën ter optimalisatie van het implementatieproces, zij zien ook dat evaluatie van preventiemethodieken niet gemakkelijk is, maar pleiten wel voor het genereren van objectieve informatie en het uitzetten van indicatoren.

3.2.4. Percepties

3.2.4.1. BELANG ACTIE

Intermediairs gaan een methodiek enkel implementeren als ze zien dat de rest van de keten en de methodiek rekening houdt met hun belangen. Uit de interviews blijkt dat een voorwaarde is dat actoren het belang van het gezondheidsprobleem inzien en inzien dat ze er mee iets aan kunnen doen en dat de methodiek hierop inspeelt. Dit inzicht in het belang kan getriggerd worden door een directe concrete nood. Indien die directe nood er niet is dan moet men zoveel mogelijk rekening houden met “andere” belangen van de intermediairs (vb een beter werkklimaat of tevreden ln,). De belangen die de intermediairs aangeven zijn dat ze met de interventie een dienst bewijzen aan hun doelgroep en dat deze past bij hun corebusiness. Het terrein wil vaak meteen actie.

Rekening houden met belangen is belangrijk, omdat er vaak vraaggestuurd wordt gewerkt en er een grote vrijheid is, m.a.w. er is weinig of geen verplichting om methodieken op te nemen. Op niveau van

de intermediairs moet er interne overtuiging zijn, wanneer er weinig externe druk is. Op dit moment maken intermediairs keuzes naar wat ze al dan niet implementeren en verspreiden, vaak op basis van eigen (organisatie)belangen en/of eigen overtuiging. We zien ook dat dit samenhangt met in welke mate ze gaan investeren, ze gaan het bijvoorbeeld enkel meenemen met andere methodieken, maar niet volwaardig uitdragen. Sommige respondenten, vooral verspreiders geven expliciet aan enkel het minimum te doen.

Meer respondenten zien andere prioriteiten dan het opnemen van de methodiek om het gezondheidsprobleem aan te pakken, dan dat er respondenten het gezondheidsprobleem en het aanpakken ervan op de eerste plaats zetten. Een tiental respondenten geeft aan dat ze het moeilijk hebben anderen te overtuigen omdat deze het belang niet inzien van de methodiek en het onderliggende probleem of ze zeggen daar zelf geen rol in te spelen.

Als ze een concreet probleem ervaren, past de methodiek bij een nood die ze willen invullen. De methodiek moet worden verantwoord, een probleem-en contextanalyse zijn bijgevolg belangrijk. Het moet voor de intermediair van belang zijn op dat moment of de doelgroep moet er naar vragen. Vaak zijn het enkel de *early adopters* die het belang van een methodiek inzien. Het belang van een methodiek kan benadrukt worden door cijfermateriaal en door herhaling in communicatie.

Volgens 15 respondenten moet echter inzicht in het belang niet overschat worden, vaak is de interventie nog niet genoeg verspreid en gekend door de implementeerders.

3.2.4.2. CONSENSUS

In welke mate is er consensus binnen de keten, dit wil zeggen overeenstemming in ideeën, gevoel, en perceptie van het gezondheidsgedrag. Of zoals een respondent het verwoordt: *“gedeelde visie is dan wel cruciaal natuurlijk hé, want als je niet op eenzelfde lijn zit met die partners, ja, dan is uw implementatietraject al niet begonnen natuurlijk.”*

Eerst en vooral wordt gesproken over consensus binnen de organisatie. Enkele kleinere zaken waarmee respondenten het eens zijn, dragen bij tot het niveau van consensus die ze in de keten observeren. Bevorderend voor consensus zijn gemeenschappelijk belangen, rekening houden met wederzijdse wensen, de methodiek die wordt gelinkt met opdrachten en doelen van de organisatie, er mogelijkheid is tot samenwerking en *ownership*. In een derde van de interviews geven respondenten aan dat het moeilijk is tot consensus te komen, want elke intermediair heeft zijn eigenheid en wensen. Consensus over alle aspecten van de interventie wordt minder belangrijk gezien de trend naar een vrij vergaande inbedding van de interventies in de eigen bedding, *tailoring* is momenteel meer aan de orde.

3.2.4.3. DOELEN

Welke procesdoelen stellen respondenten voor zichzelf? Een groot deel stelt zichzelf tot doel enkel te communiceren, enkel aan te bieden dat het er is en meer niet. Brede verspreiding wordt daarbij wel als belangrijk geacht. Anderen gaan verder, want de doelgroep verwacht een oplossing, zij gaan de methodiek in hun werking integreren en deze actief uitdragen. Een aantal respondenten geeft aan het implementatieproces als een proces op te vatten en dus verschillende stappen door te nemen. Er is veel onduidelijkheid rond welke taak de respondenten op zich dienen te nemen, ze zijn bang in het vaarwater van anderen te komen of weten simpelweg niet hoe en waarnaar toe. Want het implementatieproces is onvoldoende beschreven en begeleid.

Persoonlijke doelen die men al dan niet via de methodiek wil bereiken, zijn de volgende: beroepsgroep of organisatie profileren en gezondheidswinst.

In de interviews kwamen ook aspecten aan bod waaraan doelen best kunnen voldoen. Zo wordt er op het belang van tussendoelen gefocust, de doelstellingen duidelijk stellen en linken met de doelen voor die specifieke intermediair, integraal werken.

Enkele intermediairs hebben wat de implementatie van methodieken betreft, vaak het gevoel dat ze weten wat goed is, maar dat ze dat niet naar hun netwerk kunnen communiceren. Dit netwerk heeft immers vaak andere doelen.

3.2.4.4. SAMENSTELLING

Wanneer de respondenten naar de samenstelling van de keten gevraagd wordt, komt in eerste instantie aan bod dat een sterk en compleet netwerk belangrijk is, voor steun en overdracht. Toch wordt de keten voor de overdracht van preventiemethodieken op dit moment 'lang' genoemd. De implementatieketen moet zowel naar efficiëntie als effectiviteit worden bekeken. Respondenten vermelden echter nog veel intermediairs die nog niet in de keten betrokken zijn, het gaat om actoren die werken met maatschappelijk kwetsbaren, het middenveld, hoger onderwijsinstellingen, externe diensten voor preventie op het werk, apothekers, podologen, consultancy, ouders, ergotherapeuten en sportdiensten. Enkele respondenten oordelen dat de communicatie op het overkoepelend niveau OK is, maar dat deze communicatie niet tot bij de omgevingsactoren komt. Zowel de efficiëntie als de effectiviteit van de implementatieketen moet de nodige aandacht krijgen. .

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen partners op papier en feitelijke partners. Iemand die partner is op papier wordt in de praktijk niet betrokken en heeft weinig in het proces in te brengen.

Enkele ideeën die genoemd worden om de samenstelling van de keten te optimaliseren, is het in kaart brengen van actoren: wie moet betrokken worden voor wat en wanneer. Momenteel is er dus vaak niet echt een keten. Intermediairs hebben vaak het gevoel geen inzicht te krijgen in de structuur en samenstelling van andere organisaties, dat maakt het moeilijk om rekening te houden met hun belangen. Het is van belang om goed na te denken over samenstelling en te kijken of iedereen vertegenwoordigd is, soms gebeurt die samenstelling niet overdacht, maar op basis van wie er zich aandient of bestaande partners. De ontwikkelaar zou volgens twee respondenten als verbindingspersoon in de keten moeten fungeren.

3.2.4.5. WIN/WIN

De win/win wordt gevonden wanneer de methodiek een bevestiging is van waar de intermediairs al mee bezig zijn, het hen een gezond imago oplevert, ze het kunnen koppelen met een ander beleidsdomein, bv. duurzame mobiliteit, het de samenhang bevordert, er op een of andere manier geld verdient kan worden, het bekendmaking voor de organisatie inhoudt, een beloning, er diensten te krijgen vallen, het kan helpen de opdracht van die organisatie vervullen. Die win/win levert veel op als hij duidelijk in beeld wordt gebracht.

3.2.5. Samenwerking

3.2.5.1. BELANG SAMENWERKING

Vaak halen de respondenten aan dat samenwerking heel belangrijk voor hen was, het was een grote hulp beroep te kunnen doen op anderen. Samen werken wordt gezien als meerwaarde. Soms is het een gevolg van de methodiek, soms gaat het vooraf aan de methodiek.

3.2.5.2. CULTUUR

Cultuur is een welomlijnd geheel van waarden, normen en gedragingen die heersen. Constructie die ontstaat doorheen sociale interactie. Wat gebeurt er in de samenwerking? Op welke manier wordt de samenwerking vorm gegeven.

Respondenten geven aan dat ze het belangrijk vinden te weten bij wie ze terecht kunnen of moeten voor hun rol in de keten. Wanneer ze iets niet weten, zullen ze vaak beroep doen op hun collega's. De respondenten die in dit onderzoek geïnterviewd werden geven aan dat ze graag feedback geven, *bottom up* werken waardevol vinden, internationaal samenwerken en zaken verspreiden via gekende kanalen. Een derde van de respondenten oordeelt dat er een participatieve cultuur heerst in de keten.

3.2.5.3. EVALUATIE SAMENWERKING

Wanneer de respondenten de samenwerking beoordelen, komen er diverse beschouwingen naar voor. Zo is deze niet altijd goed of slecht, maar verschillend tussen actoren en in tijd. In vier gevallen werd gemeld dat er voor gezondheidsbevordering geen partners zijn. De helft van de respondenten benoemt de samenwerking in het kader van de methodiek als zijnde 'goed'. Een vierde beoordeelt de samenwerking als niet goed. Respondenten betrokken in de ontwikkeling beschouwen de samenwerking vaak als goed. Er is geen duidelijk verschil naargelang de rol van de respondenten. De negatieve meningen over samenwerking worden gevonden in de methodieken Zot van Gezond, Praktijkrichtlijn Valpreventie en NVGezond. In de andere methodieken moest/werd er minder (worden) samen gewerkt. Ten slotte spreekt een derde van de respondenten, verdeeld over de rollen en de methodieken, over een beperkte samenwerking, er was geen sprake van een hechte band of de samenwerking bestond uit weinig actoren.

3.2.5.4. EVENWICHT AUTONOMIE EN STURING

Vaak is er melding van sturing door middel van een plan, licentiesysteem, formaliseren, anderzijds is er even vaak melding van weinig sturing. Verder oordelen respondenten soms dat er een evenwicht heerst. De intermediairs krijgen op zijn minst graag tips over hoe ze de methodiek moeten implementeren.

Vervolgens werd aan de respondenten gevraagd hoe ze aankijken tegen sturing en autonomie in een samenwerking. Evenveel respondenten pleiten voor een grotere autonomie als dat er respondenten zijn die pleiten voor een grotere mate van sturing. Verhoudingsgewijs is er meest sprake van een evenwicht in sturing en autonomie. Behalve bij NVGezond daar is sprake van een grote mate in autonomie. Bij Zot van Gezond, NVGezond en de Druglijn wordt melding gemaakt van een vage planning. Daarop wordt voor de methodieken NVGezond en Druglijn zelftesten vaker gesteld dat planmatiger werken beter is.

Ontwikkelaars en implementeerdere geven aan dat vrijheid als een hoog goed wordt beschouwd.

3.2.5.5. KENNISONTWIKKELING

In welke mate faciliteert de samenwerking het genereren van kennis en op welke manier? Hoe kunnen we de kennis doorheen de samenwerking verbeteren?

In een groot aantal gevallen is er een formeel systeem om kennis binnen de samenwerking over te brengen. Daarvoor wordt beroep gedaan op verschillende structuren, zoals intervisies, een feedbackgroep, een nieuwsbrief, overlegplatformen. Deze formele structuren zijn voor de respondenten cruciaal om tot een goede implementatie van de methodiek te komen. Ze versterken namelijk de banden binnen de keten en laten toe om op continue en herhaalde wijze kennis over te dragen. Respondenten geven aan dat anderen voor sommige zaken meer expertise hebben en dat er zo meer overdracht is van de methodiek.

Er wordt ook melding gemaakt van informele kennisoverdracht in een vierde van de gevallen. Dit kan worden gelinkt aan een meer positieve attitude tegenover partners en een grotere betrokkenheid bij de methodiek en de keten.

3.2.5.6. ONGANGSREGELS

Omgangsregels zijn de regels die gelden binnen de samenwerking. Op welke manier dienen dingen te gebeuren.

Het belang van omgangsregels wordt onderschreven met volgende argumentatie:

- Iedereen op gelijk niveau
- Ventileren binnen grenzen
- Onenigheid voorkomen
- Professionaliteit tegenover de doelgroep
- Voorspelbaarheid van samenwerking
- Weten wat, wanneer te verwachten

Overleg, werkgroep en het implementatieplan zijn de meest genoemde manieren om omgangsregels vast te stellen en te communiceren. Een andere frequente manier waarop omgang in de samenwerking gebeurt, is via mail, doch dit is aldus de participanten niet de meest effectieve manier.

3.2.5.7. VISIE

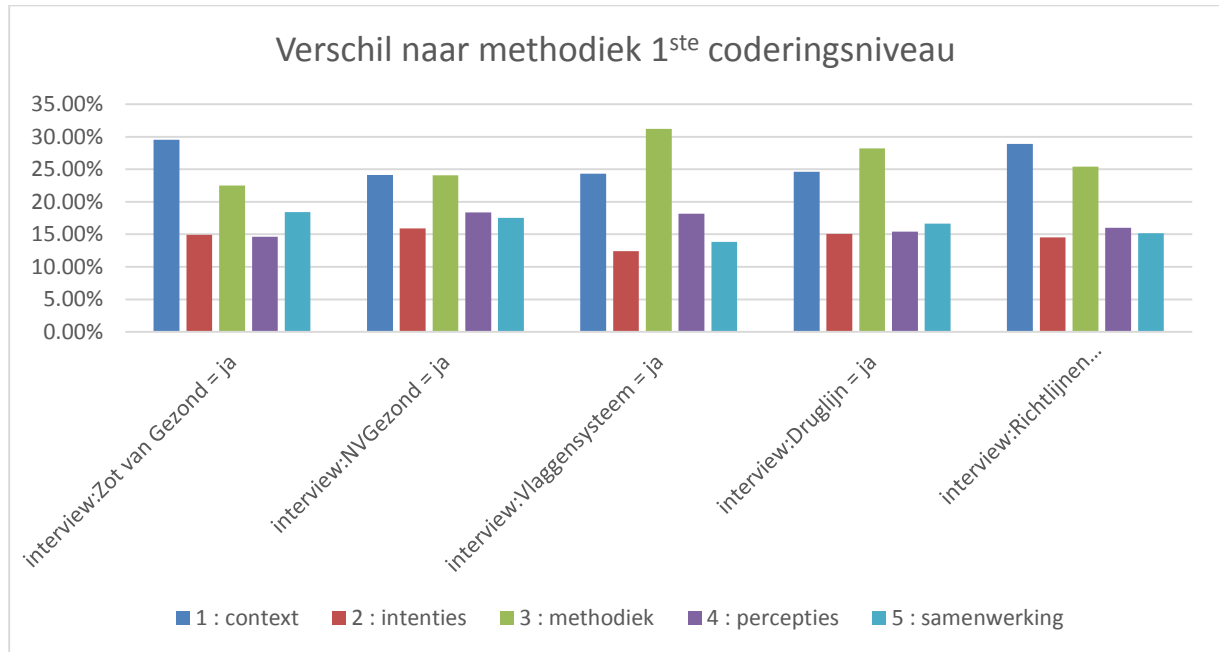
Onder dit concept wordt verstaan hoe de respondenten naar de samenwerking kijken. Welk perspectief zij er op hebben en dan vooral wat ze willen dat het is.

Een zestal respondenten oordeelt dat er een gebrek is aan visie op de samenwerking, iets meer respondenten uitten de nood aan een duidelijke visie om tot een goede samenwerking te komen.

Wanneer er verder wordt gevraagd naar de inhoud van de visie op samenwerking, wordt vooral het belang van communicatie aangehaald, verder ook het belang van continuïteit van de methodiek, het evenwicht tussen science en *practice based* actoren, een duidelijke rolverdeling en participatie van de doelgroep.

3.3. Verschillen tussen methodieken

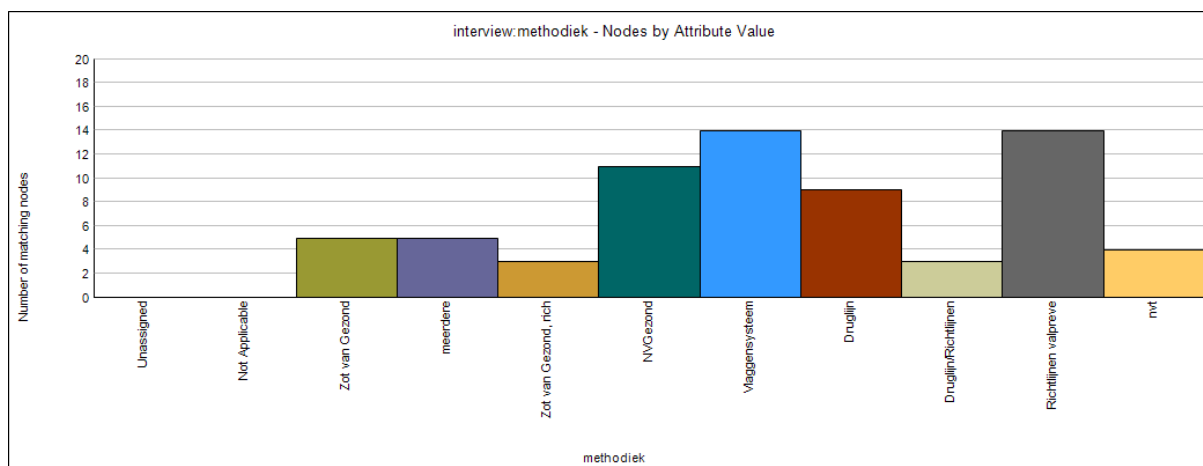
In dit hoofdstuk worden tegenstellingen en gelijkenissen overheen de methodieken geduid. Dit hoofdstuk tracht een antwoord te bieden op volgende deelvraag: “Welke verschillen zijn er in implementatie naargelang preventiethema, setting van implementatie en doelgroep?” Deze vraag wordt enerzijds beantwoord door te kijken wat respondenten als belangrijkst benoemden per casus, anderzijds wordt per casus gekeken welke concepten het meest genoemd werden.



Figuur 7 Welke factoren (context, intenties, methodiek, percepties, samenwerking) werd procentueel per methodiek het vaakst aangehaald.

De respondenten uit de caussen Zot van Gezond en de Praktijkrichtlijn Valpreventie spreken het vaakst over zaken die gelinkt kunnen worden aan de context, terwijl respondenten uit de casussen Vlaggensysteem en Druglijjn vaker over de methodiek an-sich spraken. Dit kan mogelijk te wijten zijn aan de aard van de methodieken, de Druglijjn zelftesten en het Vlaggensysteem zijn zeer concrete *tools*, terwijl de andere drie eerder kadermethodieken zijn, een naam waaronder verschillende acties vallen. Het is logisch dat respondenten in geval van een concrete tool succesfactoren linken aan de methodiek an-sich die concreter en bevattelijker is. Bij NVGezond krijgt de methodiek an-sich evenveel aandacht als de context. Dit valt te verklaren omdat bij NVGezond alle respondenten het gevoel hebben dat de methodiek te weinig inhoud heeft, zijnde dat er te weinig concrete acties zijn, dit werd bij methodiek an-sich gecodeerd.

3.3.1. Belangrijkste concept naar methodiek



Figuur 8 Het aantal interviews per methodiek. Sommige respondenten werden over meerdere methodieken geïnterviewd.

In de interviews benadrukten participanten bepaalde concepten en/of factoren, daarnaast werd de vraag beantwoord wat de belangrijkste succes- of verbeterfactor is die van invloed is op het implementatieproces. Er werd in alle uitgetypte interviews gezocht met volgende zoekwoorden: belang, verbeter, barrière, voornaamste, succes, overtuigd. Vervolgens werd gekeken of het een rechtstreeks invloedfactor op het implementatieproces was en of er nadruk op werd gegeven.

Voor de respondenten die Zot van Gezond mee implementeerden, is de vaakst aangehaalde succesfactor van het huidige of/en gewenste implementatieproces *ownership*. Verder zijn aan deze methodiek vernoemde succesfactoren: geld, het gehele plaatje (bevat meerdere thema's, werkt integraal) en de betrokkenheid van de partners.

Voor NVgezond is de meest genoemde belangrijkste succesfactor dienstverlening. Het is wel zo dat dit nu volgens de respondenten voor NVGezond niet voldaan is. Een andere aspect is het bereiken van de juiste mensen. In de bedrijfscontext is het belangrijk om mensen te bereiken die invloed kunnen uitoefenen op het betreffende bedrijf en daarnaast dient binnen het bedrijf ook de juiste persoon bereikt te worden. Ten slotte komt het belang van het aanspreken van de doelgroep voor NVgezond naar voor, waar blijkt dat voor NVgezond de doelgroep nog niet echt is overtuigd.

Actoren zijn overtuigd van het vlaggensysteem omdat het een concrete en bruikbare tool is. Een andere belangrijke succesfactor die mensen aan het vlaggensysteem linken, is de verwachte gevolgen. Men ziet dat dit systeem ervoor zorgt dat een moeilijk thema bespreekbaar wordt, dat iedereen over hetzelfde spreekt.

Voor de Druglijn is een van de belangrijkste succesfactoren eveneens dat het een bruikbare tool betreft. Ze vermelden dat het laagdrempelig is, dat je er niet veel voor moet doen op vlak van implementatie.

Respondenten die betrokken zijn bij de implementatie van de praktijkrichtlijn valpreventie vermelden vooral samenwerking als cruciale factor. Toch gaat dat op dit moment in de eerstelijnsgezondheidszorg niet altijd vanzelf. Voor de praktijkrichtlijn valpreventie is samenwerking wel een expliciet doel. Verder vonden de respondenten de wetenschappelijke onderbouwing van de praktijkrichtlijn valpreventie een succesfactor.

3.3.2. Verschillen en gelijkenissen tussen casussen in implementatievoorwaarden

De op basis van de literatuur uitgetekend Model keten is voor de meeste respondenten herkenbaar, een veelheid aan factoren die het implementatieproces beïnvloeden worden door de respondenten aangehaald. Wat opvalt, is dat de context en de methodiek an sich als de meest belangrijke factoren worden gezien. Actoren die mee verantwoordelijk zijn voor implementatie en vooral voor wie gezondheidsbevordering niet in hun taakomschrijving staat ervaren concreet een extra tijdsbelasting, ervaren dat er te weinig middelen zijn, ervaren vrij snel of de methodiek al dan niet de doelgroep aanspreekt en ze er meteen mee aan de slag kunnen. Hoewel actoren aanhalen dat ze een grotere inspanning kunnen en konden leveren, kunnen ze dit niet concretiseren en verwijzen ze al gauw terug naar tijd en middelen waarom dat niet gebeurd is. Het zou ook kunnen dat de vaakst vernoemde concepten, factoren zijn waar eerst aan gewerkt dient te worden, alvorens er aandacht kan zijn voor andere concepten. In alle casussen wordt impliciet gevraagd naar een duidelijker implementatieplan, want er wordt aangehaald dat de taakverdeling onvoldoende duidelijk is, dat het wenselijk is de timing en planning op voorhand te kennen en dat men wil weten hoe de methodiek op een goede manier verkocht en uitgevoerd kan worden.

Het innovatieve van de methodiek blijkt in alle casussen minder belangrijk in het kader van de implementatie van de methodiek. Respondenten oordelen dat iets nieuws wel aantrekkingskracht kan hebben, maar dat je iets dat al langer bestaat en gekend is, ook verfrissend in de markt kan zetten.

Naast heel wat gelijkenissen in concepten, die aan de basis liggen van een al dan niet succesvolle implementatie, zijn er ook heel wat verschillen, omdat de actoren die het implementatieproces mee vorm geven verschillen, omdat de doelgroep verschilt, omdat de methodiek in een andere setting moet geïmplementeerd worden. Deze verschillen worden hierna besproken.

Wanneer op het derde coderingsniveau geanalyseerd wordt, valt het op dat bij Zot van Gezond, NVGezond en het Vlaggensysteem vaker sprake is van betrokkenheid van de doelgroep vanaf het begin in vergelijking met de praktijkrichtlijn valpreventie en de Druglijn. Het verbinden met andere domeinen op resultaatsniveau is vooral belangrijk in de bedrijfscontext, net als de win-win.

Het vernoemen van een vorm van concurrentie is er overheen alle methodieken, maar niet bij alle casussen op dezelfde manier, zo is er enkel bij Vlaggensysteem en NVGezond sprake van partners die eigen methodieken ontwikkelen. Voor het thema drugs krijgen intermediairs dan vooral te maken met buitengewoon veel methodieken. Al is dit iets wat ook bij NVGezond, de praktijkrichtlijn valpreventie en het Vlaggensysteem speelt.

NVGezond en Zot van Gezond zijn als kadermethodieken nog relatief vrij in te vullen. Wel dient er bij deze methodieken op gelet te worden dat er concrete acties zijn om het kader in te vullen. Bij NVGezond is dit momenteel niet het geval.

Enkel bij het Vlaggensysteem halen de respondenten aan dat er fouten gebeuren in de toepassing van de methodiek. De andere casussen zijn volgens hen zo geconcipieerd dat men niet van fouten in de toepassing kan spreken. De Druglijn omdat het een online gepreprogrammeerde *tool* is en Zot van Gezond en NVGezond omdat deze heel wat vrijheid bieden voor de invulling van de methodiek en meer begeleiding vereisen. Volgens de respondenten werd Het Vlaggensysteem vaker geïntegreerd in de werking, wat een voordeel is naar resultaat en continuïteit van de methodiek. De methodiek schrijft echter niet voor hoe integratie bij voorkeur dient te gebeuren, dus vullen de organisaties dit zelf in.

Het Vlaggensysteem, de praktijkrichtlijn valpreventie en de Druglijn zijn overheen de voorbije jaren steeds verder ontwikkeld, zijnde dat er bijkomende tools werden ontwikkeld voor specifieke doelgroepen. Dit wijst er op dat methodieken en thema's tijd nodig hebben om te groeien en om tools te ontwikkelen om zoveel mogelijk doelgroepen te bereiken. Al zou het in alle gevallen een voordeel zijn indien de kennis die nu doorheen de jaren werd opgebouwd van bij aanvang aanwezig zijn.

Voor de implementatie van het Vlaggensysteem (vooral) en de druglijn is het ervaren van een concreet probleem op het terrein belangrijk, pas dan erkent men het belang van de methodiek. Voor methodieken met betrekking tot voeding en beweging zijn de effecten vooral op lange termijn waardoor het belang van de methodiek niet altijd erkend wordt door de doelgroep.

Dat gezondheid geen prioriteit is, is vooral een probleem bij bedrijven, wat maakt dat sterke producten nodig zijn die bedrijfsleiders kunnen overtuigen en die effecten hebben op factoren die voor de bedrijfsleiders belangrijk zijn, naast de effecten op gezondheid. De voor de bedrijven belangrijke effecten moeten duidelijk kunnen aangetoond worden. Daarnaast is dienstverlening noodzakelijk, want de kennis, vaardigheden en capaciteit zijn niet aanwezig in de bedrijven zelf.

3.3.2.1. KENMERKEN METHODIEK EN VOORWAARDEN IMPLEMENTATIE

Het onderscheid tussen kadermethodieken en concrete tools blijkt belangrijk te zijn voor het proces van implementatie en voor de ondersteuning die daarvoor nodig is.

Op basis van deze indeling kan je het Vlaggensysteem en de Druglijn zelftesten zien als concrete tools en NVGezond en Zot van Gezond als kadermethodieken. De praktijkrichtlijn valpreventie zijn deels een kadermethodiek, want een integratie van een geheel aan richtlijnen naar verschillende beroepssectoren, verspreidings- en implementatiemateriaal en een community-interventie BOEBs. Een eerste aspect dat opvalt is dat intermediairs oordelen dat kadermethodieken niet 'af' zijn, er moet nog invulling aan worden gegeven. Ze verkiezen een concrete tool, dit is te wijten aan de aspecten hierna vernoemd. Belasting blijkt bijvoorbeeld voor kadermethodieken vaker aan bod te komen dan concrete tools. Het gaat dan voornamelijk over een grotere tijdsbelasting gezien het beleid aanpassen en verschillende acties implementeren meer tijd vergt dan een concrete tool uitvoeren. Verder komt er ook meer administratief werk bij kijken. Anderzijds oordelen de respondenten die een tool gemakkelijker te implementeren vinden dat door de veelheid aan methodieken de opdracht ook complex wordt en dat er interferentie is tussen de verschillende opdrachten. In een Kadermethodiek is een integratie van verschillende methodieken reeds voorzien, echter de integratie van verschillende tools in een bepaalde setting moet nog door de verspreiders of de implementeerders zelf uitgewerkt worden.

Voor de implementatie van kadermethodieken komt het gebrek aan terreinwerkers vaak naar voor. Voor methodieken met betrekking op drugs en seksueel gedrag zijn er de hulpverleners die een specifieke opdracht hebben om deze op het terrein te implementeren, terwijl dit niet het geval is voor voeding en beweging niet echt specifieke functies zijn. Bij de implementatie van tools is er dan weer vaker een gebrek aan geld en wordt geoordeeld dat het geld vooral naar de ontwikkeling en niet naar de implementatie gaat. Tools worden vaker gratis aangeboden, oordelen de respondenten. Op vlak van omkaderend beleid oordelen intermediairs dat voor kadermethodieken er een grotere opdracht is voor het beleid om de implementatie te faciliteren. De overheid zou duidelijker kunnen aflijnen wat de opdrachten zijn van de verschillende actoren, zou afspraken moeten vastleggen met diensten die buiten de preventie en gezondheidszorg opereren en zou thema en beleidsoverschrijdend moeten werken.

Aantoonbaar resultaat van de methodiek wordt door intermediairs, geïnterviewd over kadermethodieken, eveneens meer aangehaald in dit implementatieonderzoek. Om de doelgroep te overtuigen tot deelname is het resultaat dat kan worden vooropgesteld erg belangrijk. Dit kan gelinkt worden aan de grotere inspanning die geleverd moet worden, maar ook omdat in de hulpverlening waar beide concrete tools vooral geïmplementeerd worden return on investment vaker niet-geldig wordt uitgedrukt en preventie beter past in de huidige werking. Het is vaker een bevestiging van wat op vandaag al gebeurt.

Bij de implementatie van concrete tools is het resultaat ook vaker onmiddellijk zichtbaar in tegenstelling tot het lange proces dat dient doorlopen te worden voor de integratie van een gezondheidsbeleid. Intermediairs beoordelen het implementatieproces van concrete tools en het resultaat als beter. Implementeerders oordelen wel dat kadermethodieken hun organisatie succesvoller maakt. De win-win wordt voor beide soorten methodieken anders ervaren. Dit komt vermoedelijk vooral door de setting. Per setting moet de juiste motivatie worden gevonden. Over concrete tools zeggen respondenten dat ze er vaker zelf iets aan hebben, ze zien sneller wat het opbrengt en hoe het hen voordeel oplevert, omdat het minder op langere termijn werkt en maar een thema adresseert. Naar kadermethodieken toe is samenwerking belangrijker omdat er meerdere taken op verschillende domeinen moeten uitgevoerd worden en niet één organisatie of één persoon kan deze uitvoeren. Vorming wordt vaker aangeboden voor de implementatie van concrete tools dit valt vooral op bij het Vlaggensysteem. Vorming is noodzakelijk om de methodieken te kunnen implementeren. Voor kadermethodieken is er vaker nood aan coaching en *good practises*, blijkbaar slagen intermediairs er niet in kadermethodieken zonder begeleiding te verspreiden en te implementeren. Aanpassingen aan de methodiek worden vaker gesignaleerd bij de concrete tools. Een ander onderscheid is dat intermediairs in het geval van concrete tools vaker stellen dat een ad-hoc benadering goed is en dat controle op implementatie moeilijk is. Er doen zich dan ook wel meer zaken voor die door de ontwikkelaars niet bedoeld waren. Bij concrete tools heeft men het gevoel dat het vanzelf wel zal lopen, terwijl intermediairs bij kadermethodieken inzien dat een zekere planning in implementatie noodzakelijk is.

3.4. Overheen de methodieken

In dit hoofdstuk wordt een analyse gemaakt van belangrijke faciliterende en beperkende factoren die de implementatie beïnvloeden overheen de methodieken. Aanvullend wordt bekeken of er patronen terug komen, of er factoren zijn die aan kenmerken van de methodiek, de organisatie, enz. gelinkt kunnen worden. Hieronder komen ook de factoren aan bod die respondenten als belangrijkste overheen de methodieken beoordeelden.

3.4.1. Welke beïnvloedende factoren percipiëren de respondenten als belangrijkste.

In de interviews benadrukten participanten bepaalde concepten en/of factoren en gaven ze aan wat de belangrijkste succes- of verbeterfactor was die van invloed is op het implementatieproces. Er werd in alle interviews gezocht met volgende zoekwoorden: belang, verbeter, barrière, voornaamste, succes, overtuigd. Vervolgens werd gekeken of het een rechtstreeks invloedfactor op het implementatieproces was en of er nadruk op werd gelegd.

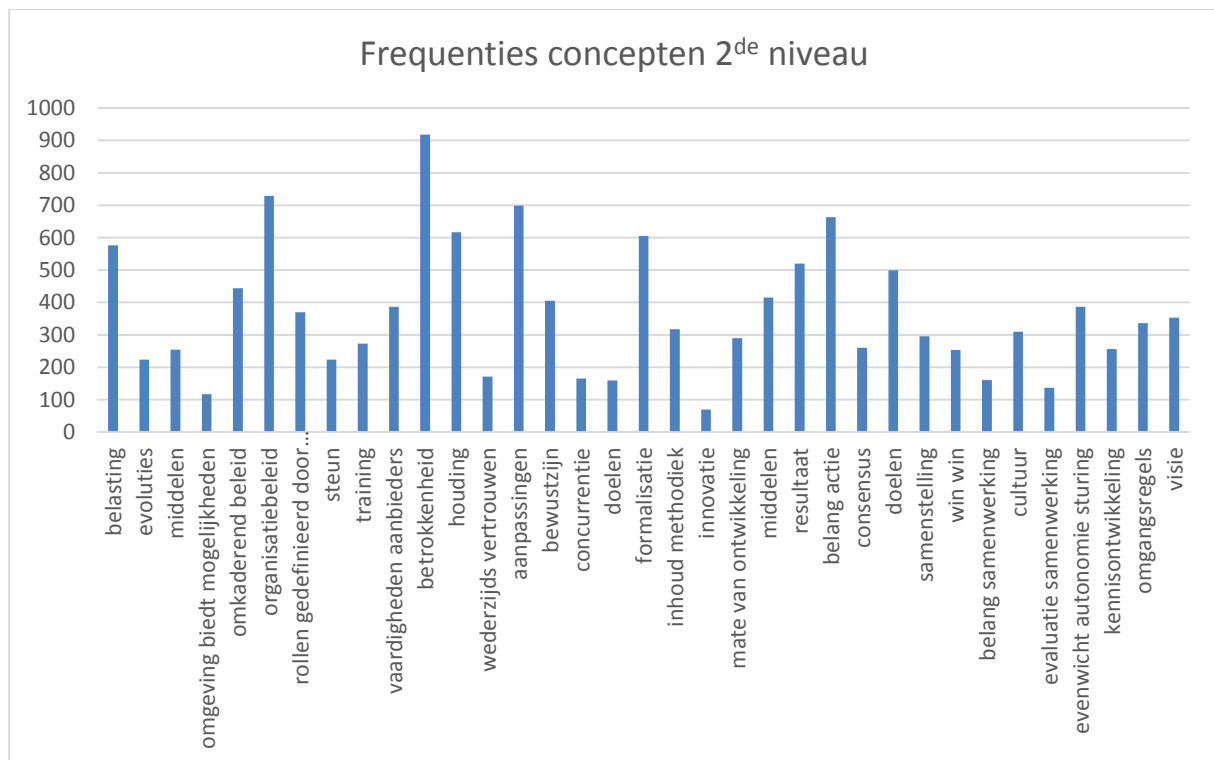
Het concept 'een bruikbare tool' werd het vaakst aangehaald. Het betreft hier een aspect van de methodiek an-sich. Een bruikbare tool wordt door de respondenten zelf omschreven als visueel,

concreet, duidelijk, kant-en-klaar, afgebakend, luchtig, herkenbaar, onderbouwd, toegankelijk, simpel en geeft direct houvast. Zo'n tool heeft volgens de respondenten meer invloed, omdat mensen zaken die praktisch worden gebracht langer onthouden. Een tool met bovenstaande kenmerken wordt eveneens als haalbaar en laagdrempelig geacht. Respondenten percipiëren dat zo'n tool minder inspanning vraagt.

Een tweede belangrijk concept is 'spreekt de doelgroep aan'. Volgens de intermediairs moeten de omgevingsfactoren en de doelgroep eerst overtuigd zijn van de methodiek, ze moeten eerst een nood voelen aan een oplossing voor een bepaald probleem waarop de methodiek dan een antwoord op kan bieden. Dit is rechtstreeks gelinkt aan de vraaggestuurde manier van werken van veel intermediairs, intermediairs implementeren enkel op vraag van de doelgroep. Ontwikkelaars dienen dus in de eerste plaats bij de ontwikkeling van een instrument zich te verplaatsen in de doelgroep en deze te betrekken.

Andere veelgenoemde aspecten zijn: geld, gevolgen van de methodiek, *ownership* en samenwerking. Er is vaak een tekort aan budget. Respondenten oordelen dat de actoren in de keten en de doelgroep zelf geen geld investeren. Onder gevolgen van de methodiek wordt verstaan: het effect van de methodiek en/of de doelen die bereikt worden. Respondenten kiezen voor een bepaalde methodiek omdat ze achter het doel ervan staan en dat doel denken te kunnen bereiken met de methodiek. Vaak wordt er ook gevraagd dat het effect concreet kan worden aangetoond met bijvoorbeeld cijfers. Effecten die participanten willen behalen zijn de volgende: bespreekbaarheid, bewustmaking, gezondheidswinst en verbeteren van de levenskwaliteit. *Ownership* betekent voor de participanten dat zij zelf en iedereen in de keten deel heeft gehad in de ontwikkeling van het instrument en deel heeft gehad in de uitvoering van de methodiek. Een ontwikkelaar verwoordt het als volgt: *"een ontzettend belangrijke succesfactor in onze ogen is om te zorgen dat er lokale ownership komt en dat zij zelf gedreven zijn om die dingen te doen die mogelijk zijn."* Je moet dus eerder afgeven, dan controleren. In het concept samenwerking komt naar voor dat samenwerking soms een gevolg is van de methodiek, anderzijds is het ook een voorwaarde. Die samenwerking wordt als succes gezien indien er een overlegplatform is en dat dit bijdraagt tot een gemeenschappelijke visie, bijeenbrengen van capaciteit en expertise.

3.4.2. Welke concepten komen meest aan bod naar frequenties



Figuur 9 Welke factoren van invloed op het implementatieproces werden door de respondenten overheen alle cases vaakst aangehaald, in aantal keer. Er werd gecontroleerd dat niet één persoon dit item heel veel aanhaalde, maar dat verschillende respondenten hier belang aan hechtten.

De codering laat ook een meer gedetailleerde analyse toe, de factoren uit de Model keten konden worden opgedeeld in verschillende aspecten van deze factoren, zoals in bovenstaande grafiek. We zien dat betrokkenheid de vaakst genoemde factor is van invloed op implementatie. Binnen betrokkenheid komt vooral *ownership* naar voor, persoonlijk benaderen en de nood aan een blijvende inspanning. Die inspanning gebeurt nu vaak niet en wordt wel gevraagd, er is dus blijvende betrokkenheid nodig bij de methodiek.

De factor van invloed op het implementatieproces die daarna het vaakst wordt genoemd is organisatiebeleid. Binnen het organisatiebeleid is het vooral van belang een centrale verantwoordelijke te hebben, iemand die de implementatie van de methodiek coördineert, een contactpersoon en een overtuigde beslissingsnemer. Daarnaast heeft de implementatie volgens de respondenten veel meer kans op slagen in geval van een inbedding in de werking, een streven naar integratie. Ook de organisatiestructuur heeft een grote invloed op de implementatie van de methodiek, waar vooral het item 'rolverdeling' opvalt. De vraag naar een duidelijke taakomschrijving en -afbakening.

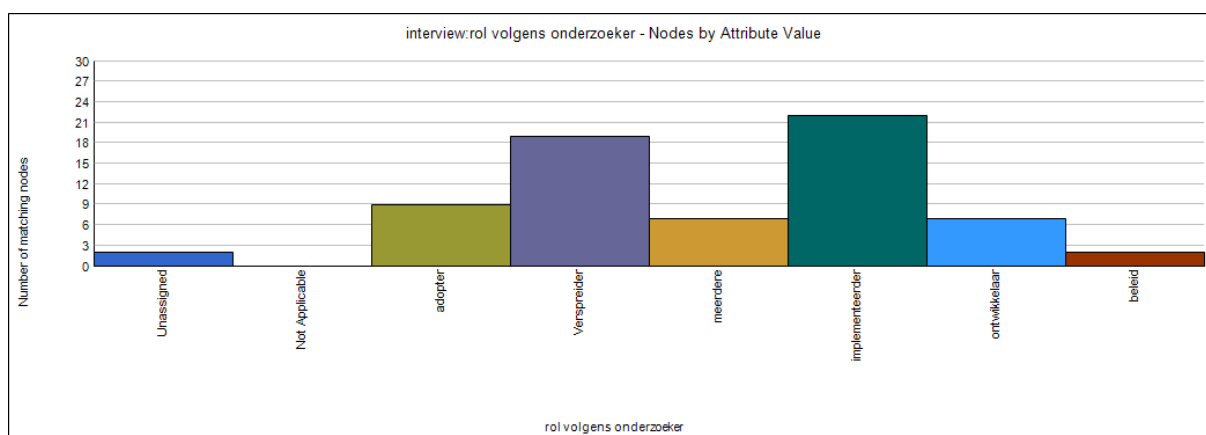
Vervolgens zijn er veel zaken gezegd die kunnen gekaderd worden binnen 'aanpassingen'. Daar gaat het vooral om het instrument aan te passen aan de kenmerken van de context. De respondenten oordelen dat de doelgroep en de kenmerken van de context centraal zouden moeten staan in de inhoud en bij de ontwikkeling van de methodiek. De respondenten oordelen eveneens dat diegene die dicht bij de praktijk staan ook het best geplaatst zijn om de toepassing in de praktijk te doen. Momenteel worden er zaken ontwikkeld die niet ideaal zijn om in de praktijk toe te passen, methodieken die teveel kennis en administratie vragen aan de doelgroep. Ook de implementatieprocedure dient specifiek voor een setting te worden uitgewerkt bijvoorbeeld door beroep te doen op de juiste omgevingsfactoren.

Ten vierde heeft het concept 'belang actie' meer dan 600 referenties. Daaruit blijkt dat respondenten vaak andere prioriteiten percipiëren. De hoofdopdracht van vele intermediairs en de doelgroep is niet preventie vandaar dat voor hen de methodiek niet altijd als prioritair wordt gezien. Wanneer de methodiek dan wel opgenomen en geïmplementeerd wordt, is indien er een probleem ervaren wordt waarop de methodiek mogelijk een oplossing biedt.

De houding van de intermediairs in de implementatieketen is volgens de respondenten ook een cruciale factor. Daaruit blijkt vooral het hebben van een positieve houding tegenover de partners in de implementatiefase. Partners kunnen de boodschap versterken, het werk lichter maken en kennis en vaardigheden bijbrengen. Verder is de houding t.a.v. het huidige implementatieproces en wat in functie van de implementatie gebeurt niet geheel positief, al hebben vele respondenten het gevoel al wat mogelijk was te hebben gedaan. Er wordt niet zo vaak over de eigen houding tegenover de methodiek en de implementatie gesproken, wel over het aspect attitude dat zeer belangrijk zou zijn naar een succesvolle implementatie toe.

Ten slotte blijkt de formalisatie van de methodiek net de 600 referenties te halen en dus ook relatief veel te zijn aangehaald. De respondenten vertellen omtrent het implementatieplan dat er wel steeds nagedacht en gesproken werd over hoe de methodiek dan concreet zou worden uitgerold, maar een echt plan gaat voor hen wat ver. Er zijn hier wel stappen in de goede richting, een respondent verwoordt het als volgt: *“Dat wordt bij de meeste nieuwe projecten toch wel beter en beter gedaan dat er implementatieplannen worden opgemaakt waarbij dat zij aangeven naar die en die organisaties zou je het kunnen verspreiden.”* Zaken formaliseren op hoger niveau is volgens enkele respondenten een hulp om zaken geïmplementeerd te krijgen. Aan de andere kant krijgt de vrijheidsgraad van de methodiek ook heel wat aandacht. Sommige respondenten oordelen dat een methodiek te weinig vrijheid biedt, aan de andere kant wordt de methodiek vaak naar de praktijk gebracht op een andere manier dan bedoeld.

3.4.3. Belangrijkste concept naar rol in de keten



Figuur 10 Aantal respondenten per rol. Diegene die niet werden gedefinieerd zijn stuurgroepleden die niet rechtstreeks betrokken waren in het implementatieproces van een methodiek die in dit onderzoek werd opgenomen.

Wanneer hetgeen de respondenten als belangrijk aangeven in hun eigen woorden wordt geanalyseerd per rol, valt het op dat er niet echt één concept per rol sterk naar boven komt. De twee voornaamste zaken voor de adopter is dat het de doelgroep aanspreekt en dat er dienstverlening voorzien is. De

verspreiders worden voornamelijk overtuigd door de betrokkenheid van de partners, een bruikbare tool, geld en dat het de doelgroep aanspreekt. Voor de respondenten gecategoriseerd onder meerdere rollen, blijken de belangrijkste zaken: een bruikbare tool en *ownership*. De implementeerders vermelden als belangrijk, een bruikbare tool en de gevolgen van de methodiek. Voor de ontwikkelaar is het belangrijkste naar implementatie toe de samenwerking. Merk op dat alle rollen factoren belangrijk vinden die hun taak vergemakkelijken. De twee respondenten uit het beleid geven niet dezelfde aspecten van belang op. Voor hen zijn wetenschappelijke onderbouwing, samenwerking, een implementatieplan, context en de betrokkenheid van partners het belangrijkste.

Wat opvalt en te duiden is, is dat de implementeerders belang hechten aan de gevolgen van de methodiek. Zij staan daar dicht bij en ervaren het rechtstreekse effect van de methodiek. Adopters denken in management- en beleidstermen en achten het bijgevolg belangrijk dat er dienstverlening is zo dat zij daar niet in moeten investeren. De ontwikkelaars die samenwerking als belangrijkste opgaven, achten dit een succesfactor in hun implementatieproces. Concepten die belangrijk zijn overheen de rollen en niet voor één rol in het bijzonder is dus geld.

Hoofdstuk 4

Besluiten & aanbevelingen

Het doel van het onderzoek was het formuleren van beleidsvoorstellen om een efficiëntere implementatie van methodieken op het vlak van het preventieve gezondheidsbeleid te genereren.

Hiertoe werd eerst een overzicht gemaakt van de relevante literatuur. Het onderzoek wil een antwoord te bieden op volgende onderzoeksvragen:

- Welke zijn de sterke en zwakke punten in het implementatieproces waarmee momenteel gewerkt wordt in het preventieve gezondheidsbeleid en welke behoeften en randvoorwaarden formuleren de partners uit het werkveld?
- Welke verschillen zijn er in implementatie naargelang preventiethema, setting van implementatie en doelgroep?

Dit onderzoek gebeurde via een meervoudige gevalstudie. Elk geval of casus werd geanalyseerd aan de hand van een schema van de implementatieketen, uitgewerkt op basis van wetenschappelijke literatuur en de Vlaamse regelgeving voor het ontwikkelen en implementeren van methodieken in het kader van de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen. Elke casus werd onderzocht via documentenanalyse en semi-structureerde interviews met actoren uit de implementatieketen (zie hoofdstuk 2, pag. 23 voor meer informatie over de methodologie).

In dit hoofdstuk lijsten we de voornaamste conclusies op. Vooreerst worden een aantal algemene conclusies geformuleerd. Er is heel wat rolverwarring: de actoren hebben geen duidelijk inzicht in hun eigen rol en geen overzicht van de andere rollen. Er is voor de meeste methodieken geen duidelijk implementatieplan en het draagvlak voor implementatie van methodieken is erg verschillend voor de verschillende actoren. Verder blijkt de specifieke Vlaamse beleids- en organisatorische context voor de implementatie van methodieken een aantal belemmeringen te vormen, zoals de beperkte beschikbare middelen voor implementatie van interventies, een beperkt facettenbeleid en het feit dat veel methodieken moeten geïmplementeerd worden in organisaties die gezondheid niet als primaire doelstelling hebben. Niet alle methodieken zijn even eenvoudig te implementeren, concrete tools vragen minder inspanning en begeleiding voor de implementatie dan kadermethodieken en die methodieken die gemakkelijk kunnen aangepast worden aan de context en de vraag van de doelgroep zijn eenvoudiger te implementeren. Daarnaast worden enkele specifieke beïnvloedende factoren op het implementatieproces besproken per setting, per type methodiek en type intermediair.

Op basis van de geformuleerde opmerkingen en voorstellen van de respondenten en de recente literatuur betreffende het ketendenken en de implementatie wetenschap worden 11 aanbevelingen geformuleerd om de implementatie van methodieken in Vlaanderen te bevorderen.

Besluiten

- Rolverwarring en gebrekkig overzicht:

Een eerste belangrijke vaststelling is dat tijdens het onderzoek bleek dat respondenten feitelijk vaak verschillende rollen vervulden in de implementatieketen van een methodiek, maar dat die rollen in de keten meestal niet duidelijk afgebakend zijn en dat de verschillende actoren soms ook het zicht op de volledige keten ontbeerden. Dit gold voor adopters, verspreiders en implementeerders. Veel actoren geven aan dat gezien de onduidelijkheid van de rollen van andere actoren, zij ook beperkt zijn in het uitvoeren van hun taak. Concreet wisten implementeerders niet wat zij precies moesten doen om hun taak te volbrengen. Er circuleren in het werkveld ook verschillende benamingen en omschrijvingen van de verschillende rollen in de implementatieketen.

Het ketendenken voor de implementatie van methodieken is niet echt aanwezig. De actoren ervaren niet dat ze binnen een keten opereren en komen weinig in contact met de andere actoren in de keten. Dit bemoeilijkt de communicatie, leidt ertoe dat ze elkaar niet aanvoelen en hun handelingen moeilijker op elkaar kunnen afstemmen.

- Gebrek aan een implementatieplan:

Een tweede belangrijke vaststelling is dat een implementatieplan vaak ontbreekt. Idealiter wordt een methodiek uitgerold op basis van een implementatieplan waarin de taken voor de verschillende actoren in de keten zijn opgenomen. Respondenten stelden vaak dat moest ingespeeld worden op opportuniteiten die zich in de context voordeden en die niet op voorhand konden gepland worden. Dit doet zich voornamelijk voor bij methodieken die moeten geïmplementeerd worden in settings waarin preventie geen prioriteit is. Ook werd gesteld dat pas over implementatie werd nagedacht wanneer de methodiek reeds af was en reeds werd gebruikt. Het is aangeraden een sterkte- en zwakte-analyse te maken van de context en van alle betrokken actoren, dit om op voorhand de haalbaarheid en bruikbaarheid op het terrein van een methodiek in te schatten.

- Variabele betrokkenheid van actoren:

De betrokkenheid van alle actoren, nl. de doelgroep, verspreiders, adopters en implementeerders uit alle settings van bij de ontwikkeling van een methodiek is belangrijk om te kunnen aansluiten bij de context van de settings. Dit duidt op het belang van een planningsgroep met leden met praktijkkennis van de diverse functies die belangrijk zijn bij de ontwikkeling en implementatie van een methodiek. Betrokkenheid wordt gestimuleerd door inspraak in elke stap van ontwikkeling tot implementatie van de methodiek door alle actoren. Daarom is formeel en herhaaldelijk overleg noodzakelijk en/of een andere gepaste manier om hun noden en wensen te ontdekken en te betrekken. Dit zorgt er mede voor dat alle actoren op één lijn zitten, er meer vertrouwen is, kennis en vaardigheden kunnen worden uitgewisseld en de belasting kan worden verdeeld. Alhoewel momenteel reeds vaak planningsgroepen samengesteld worden bij de ontwikkeling van een methodiek zijn volgens de respondenten niet steeds de juiste personen geselecteerd. Tegenwoordig worden vaak de koepels geconsulteerd, maar de gebruikers vergeten. Ook gebeurt de consultatie enkel naar aanleiding van de ontwikkeling van de methodiek en niet voor de implementatie.

- Variabel draagvlak van de actoren:

Om een draagvlak te creëren moeten enerzijds de actoren betrokken worden, anderzijds moeten zij ook worden gemotiveerd. De motivatie van de verschillende actoren om mee te werken aan de implementatie van een methodiek kan sterk verschillen en is zeker niet altijd gerelateerd aan

gezondheid. Het vinden van de juiste motivatie voor elk van de betrokken actoren is belangrijk. Om de actoren te motiveren is een specifieke interventie nodig die nagaat hoe hen te overtuigen, bijvoorbeeld via het aantonen van een win-win. Het ter beschikking stellen van financiële middelen bleek een goede motivator te zijn. De actor die de methodiek opneemt, heeft in dat geval geen of weinig verantwoording te geven binnen zijn organisatie om met de methodiek te kunnen starten. Betrokkenheid resulteert in eigenaarschap (*ownership*) en een methodiek die voor de implementeerders en omgevingsactoren bruikbaar is. Betrokkenheid vereist volgens de respondenten een persoonlijke benadering en een blijvende inspanning van alle actoren. De respondenten geven aan een grotere inspanning te kunnen leveren. Dat deze inspanning niet geleverd werd, hangt samen met enkele basisvoorwaarden waaraan volgens hen niet voldaan is: taakafbakening, voldoende tijd en ook en vooral voldoende financiële middelen. Hierdoor blijven de inspanningen van veel betrokken actoren beperkt. Organisaties en personen die geen formele opdracht hebben inzake gezondheidsbevordering volgens het decreet, spelen ook een belangrijke rol in het implementatieproces van de methodieken. Deze organisaties zijn op dit moment echter niet erg tevreden met de manier waarop de implementatie van methodieken momenteel gebeurt. Dit is deels te verklaren door bovenstaande vernoemde voorwaarden. En deels ook te verklaren door eigen persoonlijke achtergrond en motivatie.

Alle factoren uit de modelketen van invloed op het implementatieproces blijken herkenbaar voor de respondenten, maar zijn niet steeds even belangrijk voor de verschillende actoren en voor de verschillende methodieken. Wanneer een implementatieproces wordt vorm gegeven kunnen deze factoren in acht worden genomen en afgewogen op hun belang. De respondenten verwijzen in de eerste plaats naar kenmerken van de methodiek en van de context waarin moet geïmplementeerd worden als de belangrijkste factoren die een invloed hebben op de implementatie. Het belang van de context in implementeerbaarheid van methodieken kan opgevat worden als een voorstel om contextanalyse meer te laten doorwegen dan probleemanalyse in de keuze voor een methodiek. Toch dient dit genuanceerd te worden bekeken. Een gezondheidsprofessional moet ernaar streven om volksgezondheid zoveel mogelijk te optimaliseren ondanks een weinig ondersteunende context. Anderzijds is het belangrijk om de haalbaarheid van een methodiek in de praktijk na te gaan, zoniet zal het effect klein zijn.

Contextelementen

- Gebrekkige implementatiecontext:

Een eerste belangrijk element in de context van de verschillende settings waarbinnen methodieken moeten geïmplementeerd worden is, volgens de respondenten, het overheidsbeleid met betrekking tot die settings. Opdat de methodieken voldoende impact zouden hebben stellen de respondenten voor dat verschillende methodieken in verschillende settings op een gecoördineerde manier zouden geïmplementeerd worden. Dit zorgt immers voor meer kennis, kunde en capaciteit. Volgens de bevroegde actoren wordt een gecoördineerde implementatie echter bemoeilijkt door een beperkt facettenbeleid in de Vlaamse Gemeenschap en een gebrek aan integratie van het gezondheidsdenken in de federale beleidsdomeinen. Een facettenbeleid zou de continuïteit bevorderen, omdat via een facettenbeleid taken inzake gezondheid kunnen afgesproken worden voor omgevingsactoren in andere settings. Momenteel zijn de bevoegdheden opgesplitst, net als de budgetten, wat samenwerking in de praktijk bemoeilijkt. Actoren uit andere sectoren dan de gezondheidszorg hebben nu immers geen duidelijk mandaat voor gezondheidsbevordering en beschouwen dit niet als een prioriteit. De opsplitsing in thema's is bevorderlijk voor de implementatie van de methodieken, maar niet voor het effect van de methodiek en de continuïteit. Daarom een pleidooi om duurzame verbindingen te maken tussen thema's. Een ander aspect van het huidig overheidsbeleid dat door de respondenten in vraag

werd gesteld is het werken in projecten. Projecten geven de mogelijkheid tot het ontwikkelen van nieuwe methodieken en een tijdelijke sensibilisatie, maar continuïteit wordt niet gestimuleerd. Projectgebonden en dus tijdelijke incentives stimuleren actoren om methodieken op te nemen en te implementeren, maar om continuïteit te bevorderen moet gekeken worden hoe iets in de vaste structuren ingebouwd kan worden waarbij verplichting een piste kan zijn.

- Organisatorische vertaling:

Een andere vereiste voor een goede implementatie is een adequaat beleid in de organisaties waarbinnen de methodieken moeten geïmplementeerd worden, dit wordt aangegeven door zowel ontwikkelaars, verspreiders als implementeerd. Een adequaat organisatiebeleid houdt in dat er een centrale verantwoordelijke is die coördineert, een contactpersoon die door iedereen is gekend, een inbedding van methodieken in de organisatie en een duidelijke rolverdeling. Hiervoor is een uitgesproken steun vanwege de directie nodig. Een optie wanneer de centrale verantwoordelijke wegvalt of niet haalbaar blijkt, is om bepaalde actoren in de keten toe te laten meer *outreached* te werken. Een andere optie is de methodiek vereenvoudigen.

- Nood aan implementeerd:

Gezondheidsbevordering is momenteel gebaseerd op vrijwillige inspanningen. Dit is enkel haalbaar indien voldoende capaciteit en voldoende motivatie beschikbaar is. Deze capaciteit kan over de gehele keten worden bekeken, wanneer er geen capaciteit is in lagere echelons, kan die aangevuld worden in hogere. Respondenten stellen voor om specifieke mandaten voor preventie uit te werken, zoals dat bijvoorbeeld bij drugspreventie op vandaag al gedeeltelijk gebeurt, waar actoren op het terrein een mandaat voor preventie hebben. Afhankelijk van het doel kan ervoor worden geopteerd setting- of themagericht te werken. Bij een keuze voor een integrale, continue aanpak lijkt settinggericht werken de beste optie. Wanneer een thema heel wat expertise vereist en een vlot te implementeren tool het uitgangspunt is, lijkt themagericht werken aangewezen.

Methodiekelementen

- Aangepaste methodieken

In veel gevallen geven de respondenten aan dat de methodieken moeten aangepast worden om voldoende te passen in de context en om de verschillende doelgroepen aan te spreken. Deze aanpassingen kunnen worden uitgevoerd door de implementeerd, indien voldoende capaciteit, vaardigheden en kennis aanwezig is of meteen in de methodiek meegenomen door de ontwikkelaars in samenspraak met de andere actoren. Om aan alle vorige voorwaarden te voldoen zijn tijd en geld noodzakelijk. Om geld en tijd enigszins te beperken is *tailoring* in clusters een optie. Zijnde dat enkele relevante kenmerken in de context worden gedefinieerd. Op basis van die relevante kenmerken worden organisaties en groepen ingedeeld. Dan kan de aanpassing naar een bepaalde groep van organisaties gebeuren.

Een methodiek die reeds aangepast is aan de context van de organisatie, die duidelijke richtlijnen geeft voor de toepassing van de methodiek maar anderzijds ook voldoende flexibel is om verder aangepast te worden aan de noden van de organisatie bevordert sterk de mate waarin een methodiek geadopteerd wordt door een organisatie. Een methodiek krijgt ook prioriteit wanneer intermediairs een concreet probleem vast stellen, waar de methodiek op in kan spelen. Ook, gezien methodieken moeten geïntegreerd worden in sectoren, waar gezondheidsbevordering geen hoofdopdracht of prioriteit is, moet ofwel de inspanning minimaal zijn, het resultaat erg opvallend, het enthousiasme van de

verspreiders groot en de tool concreet zodat het haalbaar is om de methodiek op te nemen. Indien aan voorgaande voorwaarden niet voldaan is moet heel wat ondersteuning gegeven worden door verspreiders en intermediairs die daarvoor echter niet over de nodige capaciteit beschikken.

Specifieke beïnvloedende factoren per setting

Er waren heel wat gelijkenissen in de opmerkingen over de implementatie van de verschillende casussen, maar ook heel wat verschillen.

De setting bedrijven vraagt explicieter duiding met betrekking tot resultaat van de methodiek en een mogelijke win-win, ondanks dat win-win ook bij andere settings moet worden aangetoond is dit bij deze setting opvallender. Deze win-win kan onder andere worden geduid door op verbinding met aspecten van andere beleidsdomeinen te duiden, zoals het veiligheids- en het welzijnsbeleid. De kosten in tijd, personeel en middelen moeten zo minimaal mogelijk zijn en de *profit* zo groot mogelijk en op voorhand te berekenen. Dat kan door een duidelijke, beperkte methodiek, gericht op directe actie die geleidelijk kan uitgebreid worden tot een groter geheel en uitgroeien tot een gezondheidsbeleid. Om voorgaande te bereiken, is dienstverlening van intermediairs in samenspraak met het bedrijf belangrijk.

De setting lokale besturen oordeelt een taak te hebben in de gezondheidsbevordering van haar populatie. Gemeentes kunnen regionaal nogal verschillen naar bevolking en prioriteiten voor het beleid, waardoor een methodiek aanpasbaar moet zijn. Hier zijn de logo's goed geplaatst om in samenspraak met het lokaal bestuur een gezondheidsbeleid uit te werken. Ook in deze setting wenst men een verbinding te maken met andere thema's. Zot van Gezond kende zijn succes vanwege de financiering eraan verbonden en de vrije invulling die mogelijk was. Een probleem was de timing die niet duidelijk was gesteld op voorhand en niet verliep zoals gepland, naast het feit dat het een project betrof dat beperkt was in de tijd.

In de zorgsector, de sector die vooral belangrijk is voor de praktijkrichtlijn Valpreventie, blijkt samenwerking een cruciale factor te zijn. Iets waar de praktijkrichtlijn tracht op in te spelen door dit effectief voorop te stellen, maar om samenwerking te kunnen realiseren is bij alle actoren een verandering in attitude nodig. Momenteel zijn de eerstelijnszorgverleners bij uitstek gewoon om individueel te werken. Er zou echter ook een coördinatierol moeten opgenomen waarvoor iemand een mandaat krijgt. Een minpunt is dat dit duur blijkt in de praktijk. Verder oordeelt de zorgsector overbevraagd te zijn voor verschillende thema's en methodieken. Er wordt voorgesteld om alle richtlijnen voor een bepaalde zorgverstrekker te integreren.

De Druglijn zelftesten werd geïmplementeerd op drie manieren: via een formele en afgebakende keten van hulpverleners die een directe link hebben met de VAD, rechtstreeks van ontwikkelaar naar doelgroep en via studentenvoorzieningen/verenigingen. De druglijn zelftesten worden beschouwd als een gemakkelijk te implementeren methodiek, omdat ze afgelijnd en direct beschikbaar zijn. Het vraagt weinig inspanning ze te verspreiden, want de ontwikkelaar zorgde voor gratis verspreidingsmateriaal. Bovendien worden drugs als een concreet probleem gezien en is er een structuur tot implementatie voorhanden. Voor de drughulpverleners zijn de druglijn zelftesten een welkome tool.

Ten slotte is het Vlaggensysteem geïmplementeerd in verschillende settings en is het moeilijk om het proces van verspreiding en implementatie in kaart te brengen. Het Vlaggensysteem rekent de onderwijssector, het jeugdwerk, de jeugdhulpverlening en de sportsector tot zijn doelgroep. Er werden verschillende variaties van de methodiek ontwikkeld in samenwerking met en voor de betreffende sector. Dit had als resultaat dat heel wat implementeerdere mee betrokken waren vanaf het begin en

dan ook meteen implementeerden zonder tussenschakels. De jeugdhulpverlening was vragende partij voor deze tool en diende verder niet meer overtuigd worden. In die setting heeft elke organisatie op zijn eigen manier de methodiek in zijn werking geïntegreerd. Het hebben van vaardigheden om te implementeren, was bij deze methodiek dan ook belangrijker dan bij andere, omdat de methodiek zelfstandig gebruikt kan worden. De ontwikkelaar oordeelt echter dat vorming noodzakelijk is. Deze vorming is voorhanden, maar er is niet echt een structuur daarvoor, er is geen afbakening van de doelgroepen. Ten slotte zijn er geen actoren die een proactieve houding (kunnen) aannemen.

Specifieke beïnvloedende factoren per type methodiek

Een tweede onderscheid in implementatiemogelijkheden en –beperkingen kan gemaakt worden ngl de casus gaat over een concrete tool of een kadermethodiek. Het Vlaggensysteem en de Druglijn zelftesten kunnen beschouwd worden als concrete tools en NVGezond en Zot van Gezond als kadermethodieken. De praktijkrichtlijn valpreventie kan gezien worden als een integratie van beide.

Een belangrijk item in dit onderscheid is de belasting, die groter is bij de implementatie van een kadermethodiek. Dit is te verklaren doordat een kadermethodiek nog met acties moet worden ingevuld door de verspreiders en/of de implementeerders. Dit zorgt ervoor dat hier een grotere nood is aan ondersteuners. De respondenten stellen dat de implementatie van een methodiek evenredig is aan de inspanning die geleverd werd. Deze grotere inspanning kan deels gerealiseerd worden door samenwerking, wat ook als punt van belang wordt geduid. In plaats van vorming in geval van concrete tools, wordt bij kadermethodieken vaker om dienstverlening of coaching gevraagd. De stap is immers groter en er is meer nood aan kennis en aan specifieke vaardigheden. Hierdoor achtten respondenten planning meer een vereiste voor kadermethodieken dan voor de implementatie van concrete tools. Er wordt echter gepleit om beide types methodieken te behouden. Ten eerste kan de een niet zonder de ander, kadermethodieken worden op het terrein immers met concrete tools ingevuld. Ook, alhoewel het streefdoel bij de implementatie van concrete tools de integratie in een integraal gezondheidsbeleid is, kunnen concrete tools op zich de setting warm maken om te werken aan gezondheid en kunnen ze een opstap zijn naar een beleid.

Specifieke beïnvloedende factoren naargelang de actor

Een derde onderscheid kan gemaakt worden naar het type actoren waarop beroep moet gedaan worden in de keten. Voor sommige cases zijn er specifieke actoren die stappen van het implementatieproces op zich nemen. Bijvoorbeeld drugpreventiewerkers voor de implementatie van de Druglijn zelftesten. Er is een structuur waar de methodiek op kan worden afgezet, er zijn mensen die dit expliciet in hun takenpakket hebben staan. Het betreft eveneens een structuur die met publieke middelen werkt. Sommige actoren hebben een grotere afstand tot het gezondheidsthema, wat minder betrokkenheid, minder bewustzijn van dit thema, minder intrinsieke motivatie, minder kennis en vaardigheden impliceert. Bij NVGezond bijvoorbeeld heeft diegene die verwacht wordt te implementeren, geen taak naar gezondheidsbevordering toe. Verder werkt deze actor in de privésector waar winst maken het doel is. Er gelden andere uitkomstobjectieven dan in de publieke sector.

Dat er een onderscheid is in intermediairs heeft tot gevolg dat ontwikkelaars een analyse moeten maken van de beoogde intermediairs bij de vorming van het implementatieplan. Er moet nagegaan worden welke capaciteit zij hebben, welke steunmaatregelen er op het terrein zijn, etc. Op die manier kan een interventie om implementatie te bevorderen op hun noden worden gevormd. Dit komt eveneens de haalbaarheid ten goede.

Aanbevelingen

Op basis van het voorgaande kunnen we vanuit het onderzoeksteam de volgende 11 aanbevelingen formuleren.

- Aanbeveling 1: sector en beleidsdomeinoverschrijdende strategie ontwikkelen

Uit de analyses komt naar voor dat er op het terrein weinig kwaliteitsvol en sectoroverschrijdend wordt samengewerkt tussen verschillende organisaties inzake gezondheidsbevordering, dat er weinig themaoverschrijdend wordt gewerkt en dat er weinig continuïteit is in de implementatie van de methodieken. Respondenten die diverse actoren vertegenwoordigen in de implementatieketen wijzen erop dat gevraagd wordt om samen te werken en met hun methodieken thema-overstijgend te werken of verbindingen te leggen met de doelstellingen van andere sectoren. De overheid faciliteert dat echter momenteel nog niet of dit is in elk geval niet duidelijk op het terrein. Bijvoorbeeld de sportsector die samen met de gezondheidssector een methodiek ondersteunt. Hierdoor zijn er organisaties die zich niet met de methodiek verbonden voelen, omdat ze daar het mandaat niet voor hebben, bv. sportorganisaties. Daarnaast kunnen financiële middelen in het domein van de preventieve gezondheidszorg ook niet themaoverschrijdend worden aangewend. In plaats van gezondheidsdoelstellingen met elk hun eigen methodieken, zou per setting een integratie van of een verbinding tussen de methodieken moeten gerealiseerd met acties die overheen de verschillende sectoren kunnen gecoördineerd worden.

Daarom een pleidooi om op nationaal, Vlaams en lokaal niveau domeinoverschrijdend en themaoverschrijdend samen te werken en een facettenbeleid te voeren. Financiering en mandaten zouden moeten voorzien worden om de thema's en domeinen met elkaar te verbinden met als hoofddoel het welzijn van de burgers verhogen. Uit de literatuur kunnen enkele suggesties gehaald worden om dit facettenbeleid te faciliteren (enkele ideeën, geen exhaustieve lijst, [meer in het WHO rapport (2012) Intersectoral governance for health in all policies (McQueen, et al., 2012)]):

- Samenwerkingsakkoorden opstellen
- Interministeriële conferenties organiseren
- Werkgroepen vormen met ambtenaren uit verschillende departementen
- Naar win-win zoeken op politiek en beleidsniveau
- Gezondheidsbevorderingsmethodieken implementeren in de werkomgeving van alle werknemers op de Vlaamse en federale overheid
- Afspraken maken en budget vrij maken per doel en per burger en dit over de departementen verdelen
- Minister die meer parlementaire vragen stelt aan andere ministers
- Inhoudelijke en technische ondersteuning bieden aan andere departementen
- Comité dat overheen de verschillende departementen werkt

(Georgia health policy center, z.d.; McQueen, Wismar, Lin, Jones & Davies, 2012; Nuyens, 2011; Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, 2003; Van Royen, et al. In Nuyens et al., 2012; Velzing., 2013; Vlaamse gezondheidsraad, 2006).

Ondanks de inspanningen van de ontwikkelaars en de verspreiders om de methodiek geïmplementeerd te krijgen, zijn er nog altijd implementeerders die weinig actie ondernemen gezien de integratie van gezondheidsbevordering in hun werking op vrijwillige basis moet gebeuren. Daarom kan op overheidsniveau worden nagedacht over wat op vrijwillige basis mogelijk is en wat verankerd moet

worden. Dit laatste kan door criteria op te leggen of voorwaarden te stellen voor accreditatie van voorzieningen en organisaties. Voor voorzieningen en organisaties buiten de preventieve gezondheidszorg zou dit kunnen via een facettenbeleid.

- Aanbeveling 2: gezonde balans tussen tijdelijke financiering op projectbasis en permanente financiering voor permanente methodieken

Een incentive die op basis van een projectbudget wordt gegeven, leidt tot een implementatie die projectmatig is, terwijl behoud van de methodiek het doel is. Om dit stadium te bereiken moeten de gebruikers van de methodieken ondersteund worden. Daarom het pleidooi voor een verschuiving van projectwerking inzake implementatie naar een integraal meerjarenplan, tijd geven om een methodiek te implementeren, met tussentijdse evaluatiemomenten. Projectmatig werken dient echter niet worden overboord gegooid. De voordelen van projectmatig werken, binnen een bepaalde tijd naar een bepaald doel werken, zijn: vernieuwing en effectiviteit. Een nadeel is dat het intensief is. Dan is Continue of routinematig werken efficiënter, maar minder vernieuwend (Scheerder, Van den Broucke & Saan, 2003). Beide benaderingen hebben dus hun voor- en nadelen.

- Aanbeveling 3: voorwaarden voor financiering opstellen

De betrokkenheid van actoren uit zowel de groep verspreiders, adopters, implementeerdere en doelgroep bij de ontwikkeling van een methodiek betekent dat die meteen geënt is op hun noden en wensen en daardoor sneller opgenomen wordt in hun werking. Momenteel worden deze groepen reeds bevraagd tijdens de ontwikkeling van een methodiek maar niet altijd van bij het begin. Ook zijn niet altijd de juiste mensen vertegenwoordigd, bijvoorbeeld enkel de koepel wordt bevraagd, maar dat zijn niet diegene die het effectief moeten uitvoeren. Een planningsgroep, met een verantwoording van de leden die deel uitmaken van de planningsgroep, kan als voorwaarde worden gesteld voor financiering van een methodiek. Andere voorwaarden voor financiering betreffen: beschrijving van de keten, een interventie gericht naar de verspreiders, adopters en implementeerdere om ervoor te zorgen dat zij de competenties hebben om de implementatie uit te voeren.

- Aanbeveling 4: meer middelen en terreinwerkers

In bepaalde settings is naast weinig kennis over implementatie van methodieken van gezondheidsbevordering ook niemand die de doelgroep of omgevingsactoren kan bijstaan om de methodiek te gebruiken/te implementeren. Zeker pro-actief, d.w.z. voor er een concreet probleem ervaren wordt of een vraag komt, en kosteloos gebeurt dit niet. Er is nood aan competente terreinwerkers. Een piste kan zijn om per regio en/of per setting een manager aan te duiden die pro-actief methodieken kan ondersteunen naar implementatie toe en daar financiering en tijd voor krijgt met het oog op een goede implementatie op het terrein. Om aan voorgenoemde aanbevelingen te voldoen is naast investeren in methodiekontwikkeling, ook een verhoogde investering in implementatiecapaciteit nodig.

- Aanbeveling 5: verspreiders en implementeerdere sensibiliseren

Verspreiders en implementeerdere voelen zich vaak niet in staat om verantwoordelijkheid te nemen voor de verspreiding en de implementatie van de methodiek en wijzen hiervoor naar de ontwikkelaar. Instrumenten op niveau van deze actoren zijn noodzakelijk. Momenteel wordt gezondheid door veel implementeerdere niet als belangrijk gezien, ze geven er geen prioriteit aan. Er is dus een verandering in attitude, gewoonte en cultuur nodig. Een mogelijke piste is een algemene sensibilisatiecampagne op niveau van de verspreiders en implementeerdere maar ook structurele samenwerking tussen verschillende domeinen en het domein gezondheid is noodzakelijk. Dit zou leiden tot een gevoel van verantwoordelijkheid bij alle schakels in de keten.

- Aanbeveling 6: Kennis en vaardigheden t.a.v. implementatie verbeteren

Wanneer de respondenten bevroegd werden, bleek dat ze vaak niet op de hoogte zijn van de noodzaak van geplande en doordachte implementatie, maar meer nog dat ze niet goed weten wat het inhoudt en hoe dit vorm kan gegeven worden. Er wordt momenteel vooral aandacht besteed aan de ontwikkeling van methodieken, vervolgens wordt gedacht dat het bereiken van de doelgroep een proces is dat vooral via informatie verspreiding verloopt. Om ervoor te zorgen dat implementatie gepland wordt en gebeurt, moet aan verschillende voorwaarden voldaan worden. Verspreiders en implementeerders moeten het belang ervan inzien, de nodige kennis hebben, zich ertoe in staat voelen, ook in de mogelijkheid zijn om deze taken uit te voeren en weten waar ze terecht kunnen voor ondersteuning indien nodig. Verhoging van kennis van en vaardigheden voor implementatie van methodieken bij alle actoren door middel van vorming is nodig. De benodigde competenties variëren naargelang de methodiek die moet worden geïmplementeerd. Dit dient te worden onderzocht en opgenomen in het implementatieplan. Op basis van je einddoel is het noodzakelijk doelen op te stellen per actor, daarop moet bepaald worden welke competenties noodzakelijk zijn en hoe dit kan worden aangeleerd (Bartholomew, et al., 2011). Enkele voorbeelden van benodigde vaardigheden betreffen algemene vaardigheden, zoals motivationele gesprekken voeren, de juiste motivatie per setting kennen en verwoorden, op de hoogte zijn van preventiebeleid, aan pleitbezorging doen, begeleiding geven ingeval van complexe programma's (Barry, et al., 2009; Frank, et al., 2014; Loket gezond leven, 2012). Een optie binnen of naast vorming is het verspreiden van *good practises*. *Good practises* geven mensen ideeën en bezorgen hen informatie over waar ze terecht kunnen als het even moeilijker loopt.

- Aanbeveling 7: capaciteit in laatste schakels verhogen

Er is echter meer capaciteit in de schakels noodzakelijk. Vooral de implementeerders die dicht bij de doelgroep staan, hebben weinig voeling met de actoren die de methodiek ontwikkelen en dus met de methodiek. Soms zijn er teveel schakels, waardoor de communicatie de laatste schakel niet bereikt. Een groot aantal schakels leidt echter ook tot een groter draagvlak en is in bepaalde settings onvermijdbaar door de formele structuur. In ieder geval moet er in de laatste schakels meer capaciteit voorzien worden om de doelgroep en omgevingsactoren te begeleiden.

- Aanbeveling 8: methodiekimplementatie als een keten uitwerken

Een succesvolle methodiekimplementatie kan via het hanteren van een zogenaamde ketenbenadering. Daarbij wordt de methodiekimplementatie als een proces uitgetekend, en worden alle processtappen of –schakels duidelijk en eenduidig gedefinieerd, worden verantwoordelijkheden van actoren duidelijk vastgelegd, en is er een ketenregisseur die dit alles bewaakt en coördineert. Een sterkere uitwerking als keten is verbonden aan een aantal andere aanbevelingen, nl. een goed uitgewerkt implementatieplan en het werken met een goed samengestelde planningsgroep. Door de methodiekimplementatie als een keten op te vatten, deze keten duidelijk te beschrijven en hierover te interageren met alle betrokken stakeholders worden eventuele rolconflicten, blinde vlekken, e.d. veel sneller geïdentificeerd en kunnen ze bijgestuurd worden. In die ketenbenadering worden ook duidelijke taakverwachtingen en evaluatiecriteria afgesproken, zodat actoren verantwoordelijk gehouden kunnen worden en verantwoording afgelegd kan worden voor eventuele niet-implementatie. Een ketenregisseur bewaakt dit proces op hoofdlijnen, volgt periodiek op, en stuurt eventueel bij waar nodig of wenselijk. De functie van ketenregisseur moet afgesproken worden en hoeft niet aan één actor of persoon toegewezen te zijn.

- Aanbeveling 9: een interactieve catalogoog ter beschikking stellen

Nieuwe instrumenten moeten ontwikkeld worden op het niveau van de verspreiders en de implementeerderrrs en de doelgroep om de implementatie van methodieken te faciliteren. Er werd eerder opgemerkt dat er verschillende methodieken bestaan met diverse acties, waarvan niet alle actoren op de hoogte zijn. Daarom moet de databank met betrouwbare methodieken beter bekend gemaakt worden bij de betrokken actoren en moet deze databank uitgebreid worden met instrumenten voor implementatie en voor welke actor deze instrumenten bestemd zijn. Deze databank dient te evolueren naar een interactieve catalogoog. Deze interactieve catalogoog waarbij actoren kenmerken kunnen ingeven van de context waarin ze opereren en de gewenste methodiek. Op die basis doet de catalogoog enkele voorstellen. Dit omdat implementeerderrrs graag zelf kiezen welke methodiek op welk moment in hun werking past. Zij hebben voeling met hun doelgroep en hebben vaardigheden om met ze om te gaan. Zij kunnen dus zelf de catalogoog consulteren, maar de verspreiders en implementeerderrrs dienen aanvullend ook expert te worden in het raadplegen van deze catalogoog.

Om methodieken te screenen, kan een flowchart met criteria voor betrouwbare methodieken een uitkomst bieden. Dit leidt tot een gefundeerde en weloverwogen keuze.

- Aanbeveling 10: format voor implementatieplan ontwikkelen en verplicht stellen

Verder dient ook bij de ontwikkelaars nadruk gelegd te worden op het belang van implementatie en dienen we hen in staat te stellen dit op te nemen. Een format voor een implementatieplan zou een hulpmiddel kunnen zijn om het implementatieproces vorm en inhoud te geven, specifiek gericht op een bepaalde methodiek. Dergelijk format leidt tot meer uniformiteit en de mogelijkheid voor de overheid om er financiering en voorwaarden aan te koppelen. Uit dit onderzoek bleken volgende voorwaarden belangrijk: een planningsgroep met vertegenwoordiging van de volledige keten, beschrijving van de keten en een interventie gericht naar de verspreiders, adopters en implementeerderrrs om ervoor te zorgen dat zij de competenties hebben om de implementatie uit te voeren. Een *factsheet* kan worden opgesteld met implementatietips en *goede praktijken* per setting.

- Aanbeveling 11: investeren in effectmeting en de communicatie hieromtrent

Momenteel is het vaak moeilijk om de methodieken te verkopen, omdat het onduidelijk is wat de uitkomst, het effect gaat zijn. Veel adopters, implementeerderrrs en actoren uit de doelgroep willen pas investeren wanneer er enige duidelijkheid is omtrent het effect. Dit effect moet niet noodzakelijk op het niveau van gezondheid zijn, ook en vooral resultaten op niveau van de organisatie die implementeert zijn belangrijk. Daarom is het belangrijk dat per setting voor alle actoren het verwachte effect aangetoond kan worden. Dit effect kan op het niveau van gezondheidsuitkomsten zijn, maar ook op gedragsniveau en op niveau van determinanten.

Literatuur

- Armstrong, R., Waters, E., Dobbins, M., ..., & Swinburn, B. (2013). Knowledge translation strategies to improve the use of evidence in public health decision making in local government: intervention design and implementation plan. *Implementation Science*, *8/121*, 1-10.
- Barry, M. M., Allegrante, J. P., Lamarre, M.-C., Auld, M. E., & Taub, A. (2009). The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion*, *16(2)*, pag. 5-11.
- Bauman, A. E., Nelson, D. E., Pratt, M., Matsudo, V., & Schoeppe, S. (2006). Dissemination of physical activity evidence, programs, policies, and surveillance in the international public health arena. *American Journal of Preventive Medicine*, *31*, S57-S65.
- Beemer, F. A., Van Roost, M. A. R., de Ruigh-Horstmanshof, H., Van der Aa, A. H. E., & Konijn, T. P. J. (2003). *Ruimte voor regie. Handleiding voor ketenregie in het openbaar bestuur*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Directoraat-generaal Koninkrijksrelaties en Bestuur, Directie Grotestedenbeleid & Interbestuurlijke Betrekkingen, [elektronisch]
- Bekkers, V.J.J.M., Korteland, E. H., Müller, E. I., & Simons, M. E. (2006). *Diffusie en adoptie van innovaties in de publieke sector*. Den Haag: Center for innovation.
- Bond, L. & Hauf, A. (2004). Taking stock and putting stock in primary prevention: Characteristics of effective programs. *The journal of primary prevention*, *24*, 199-221.
- Bopp, M., Saunders, R. P., & Lattimore, D. (2013). The tug-of-war: fidelity versus adaptation throughout the health promotion program life cycle. *Journal of Primary Prevention*, *34*, 193-207.
- Bourgeault, I., Dingwall, R., & de Vries, R. (2010). *Qualitative methods in health research*. London: Sage.
- Campbell, J.L., Quincy, C., Osserman, J., & Pedersen, O.K. (2013). Coding In-depth Semistructured Interviews: Problems of Unitization and Intercoder Reliability and Agreement. *Sociological Methods & Research*, *42(3)*, 294-320. DOI: 10.1177/0049124113500475.
- de Bruijn, J., & ten Heuvelhof, E. (1995). *Netwerkmanagement, strategieën, instrumenten en normen*. Utrecht: Lemma.
- De Wulf, R. & Daelemans, G. (2005). Kiezen voor samenwerking bij zorgorganisaties: een afweging. In: VOCA, Netwerken en samenwerken van zorgorganisaties. *Over draken en prinsessen*. Leuven: Lannoo Campus.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, *41*, 327-350.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *The Academy of Management Review*, *14/4*, 532-550.
- Evenson, K. R., et al. (2013). In-depth interviews with state public health practitioners on the United States National Physical Activity Plan. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *10/72*, 1-9.

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV). (2013a). *Beleidsplan 2012-2016 in het kader van oproep voor het sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid*. Vlaamse partnerorganisatie val- en fractuurpreventie bij ouderen. Meerjarenbeleidsplan. Leuven: Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie.

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV). (2013b). *Jaarplan – Begroting – Evaluatie-indicatoren en instrumenten*. Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen: 1 november 2008 – 31 december 2009. Gedownload op 12 november 2014, van http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/EVV_jaarplan_2008-2009.pdf

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV). (2013c). *Jaarplan – Begroting – Indicatoren*. Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen Werkjaar 2014. Gedownload op 12 november 2014, van http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/EVV_jaarplan_2010.pdf

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV). (2013d). *Jaarplan – Begroting – Indicatoren. Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen: Werkjaar 2011*. Gedownload op 12 november 2014, van http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/EVV_jaarplan_2011.pdf

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV). (2013e). *Jaarplan en begroting werkjaar 2012 Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen in het kader van oproep voor het sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid*. Vlaamse partnerorganisatie val- en fractuurpreventie bij ouderen. Gedownload op 12 november 2014, van http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/EVV_jaarplan_2012.pdf

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV). (2013f). BOEBS. *Blijf op eigen benen staan*. Geraadpleegd op 20 januari 2015, van <http://www.valpreventie.be/Buurt>

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV). (2014). *Jaarplan en begroting. Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen Werkjaar 2014*. Gedownload op 12 november 2014, van http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/2014_02_05_Jaarplan_en_begroting_EVV_2014_3de_indien_fin.pdf

Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV). (2013f). *Praktijkrichtlijn voor gezondheidswerkers in de thuissetting*. Geraadpleegd op 12 november 2014, van <http://www.valpreventie.be/Zorg/Valpreventiebijthuiswonendeouderen/Praktijkrichtlijn.aspx>

Fixsen, D. L., Naom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network, 119 pag.

Fleuren, M. A. H., Paulussen, T. G. W. M., van Dommelen, P., & van Buuren, S. (2012). *Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI)*. Brussel: TNO, Nederlands instituut voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek. [elektronisch]

Frank, J. C., Altpeter, M., Damron-Rodriguez, J., ..., & Robinson, P. (2014). Preparing the Workforce for Healthy Aging Programs: The Skills for Healthy Aging Resources and Programs (SHARP) Model. *Health Education & Behaviour*, 41, 19S-26S. [elektronisch]

- Frans, E. (z.j.). *Seksueel gedrag van kinderen bespreekbaar stellen. Het Vlaggensysteem als pedagogische interventie*. Gedownload op 27 december 2014, van <http://www.seksueelgeweld.info/doc/artikel%20Erika%20Frans%20Seksueel%20gedrag%20van%20kinderen%20bespreekbaar%20stellen.pdf>
- Georgia Health Policy Center. (n.d.). A health in all policies approach to large-scale redevelopment: the Fort MCPerson BRAC case study. Georgia: Andrew young school of policy studies. Geraadpleegd op 22 december 2014, van <http://ayspsprodweb.gsu.edu>
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E., & Marcus, A. C. (2003). Why Don't We See More Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy-to-Effectiveness Transition. *American Journal of Public Health, 93/8*, 1261-1267.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly, 82*, 581-629.
- Helmink, J. H. M., Kremers, S. P. J., van Boekel, L. C., van Brussel-Visser, F. N., de Vries, N. K. (2012). Factors determining the motivation of primary health care professionals to implement and continue the 'Bewegkuur' lifestyle intervention programme. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 18*, 682-688.
- Hoffman, T. C., Glasziou, P. P., Milne, R.,... & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *British Medical Journal, 348(g1687)*, 1-13.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare* (3thed.). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Huijg, J. M., Crone, M. R., Verheijden, M. W., van der Zouwe, N., Middelkoop, B. J.C., & Gebhar, W. A. (2013). Factors influencing the adoption, implementation, and continuation of physical activity interventions in primary health care: a Delphi study. *British Medical Journal, 14/142*, 1-9.
- Kliche, T., Post, M., Pfitzner, R., Plaumann, M., Dubben, S., Noecker, G., & Walter, U. (2012). Knowledge Transfer Methods in German Disease Prevention and Health Promotion. A Survey of Experts in the Federal Prevention Research Program. *Gesundheitswesen, 74*, 240-249.
- Konijn, T., & Van der Aa, A. (2001). *Ketens, ketenregisseurs en ketenontwikkeling. Het ontwikkelen van transparante en flexibele samenwerkingsverbanden in netwerken*. Utrecht: Lemma, 131 pag.
- Landis, J.R., & Koch, G.G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics, 33(1)*, 159-174. DOI: 10.2307/2529310.
- Leibbrand, K., Boonstra, J., & Zomer, K.A.L. (2007). *Organisatie & Netwerk; organisatieontwikkeling in gezondheidsbevordering*. Enschede: Regio Twente, Universiteit Twente, gezondheidsinstituut NIGZ. [elektronisch]
- Leiva, F.M, Ríos, F.J.M., & Martínez, T.L. (2006). Assessment of Interjudge Reliability in the Open-Ended Questions Coding Process. *Quality & Quantity, 40*, 519-537. DOI: 10.1007/s11135-005-1093-6.
- Leurs, M., Mur-Veeman, I., Schaalma, H., de Vries, N. (2003). Integrale samenwerking gaat verder dan de samenwerking tussen professionals: introductie van het DISC-model. *Tijdschr. Gezondheidswet, 81(6)*: 369-373.
- Loket Gezond Leven. (2012). *Competentieprofiel gezondheidsbevordering en preventie – versie 1.0, 24 pag*. Geraadpleegd op 23 december 2014, van <http://www.loketgezondleven.nl>

- Lyphout, H. (2013). *Valpreventie in Vlaanderen*. Powerpointpresentatie gegeven in het kader van een gastles aan de Universiteit Gent op 25 september 2013.
- Maes, L., De Bourdeaudhuij, I., & De Pauw, E. (2011). EFekt. Evalueren van effecten en Kernprocessen van preventieve methodieken, ontwikkeld binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Rapport 12, Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- May, C. (2013). Towards a general theory of implementation. *Implementation Science*, 8/18, 1-14.
- McQueen, D. V., Wismar, M., Lin, V., Jones, C. M., & Davies, M. (2012). *Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences*. Copenhagen: World Health Organization. 206 pag. [elektronisch]
- Michie, S., Johnston, M., Francis, J., Hardeman, W., & Eccles, M. (2008). From Theory to Intervention: Mapping Theoretically Derived Behavioural Determinants to Behaviour Change Techniques. *Applied Psychology*, 57(4), 660-680.
- Milisen, K. (2014). Is implementatie van val- en fractuurpreventie überhaupt mogelijk? Belemmerende en bevorderende factoren. Nieuwsbrief. Leuven: Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie.
- Nuyens, Y. (2011). Yvo Nuyens pleit voor een betere eerstelijnszorg: "Maak recht wat krom is". *Weliswaar*, geraadpleegd op 22 december 2014 van www.weliswaar.be
- Nuyens, Y., & Mertens, J. (2012). *Preventie en gezondheid in Vlaanderen doorgelicht*. Mechelen: Kluwer.
- Paulussen, T., Wieferink, K., & Mesters, I. Invoering van effectief gebleken interventies. in Brug, J. van Assema, P., & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Akua, I., & Tran, N. (2013). Implementation research: what it is and how to do it? *British Medical Journal*, 347, 1-7.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization*. Sixth ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Preventiedecreet (2003). Opgehaald op 28 februari 2014 van www.zorg-en-gezondheid.be.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations (4the)*. New York: The Free Press, 526 pag.
- Rubenstein, L. V., & Pugh, J. (2006). Strategies for promoting organizational and practice change by advancing implementation research. *Journal of General Internal Medicine*, 21, S58-S64.
- Scheerder, G., Van den Broucke, S., & Saan, H. (2003). *Projecten voor gezondheidspromotie. Een handleiding voor kwaliteitsvol werken*. Antwerpen – Appeldoorn: Garant, 211 pag.
- Schell, S. F. et al. (2013). Public health program capacity for sustainability: a new framework, *Implementation Science*, 8/15, 1-9.
- Schneider, F., Schulz, D. N., Pouwels, L. H. L., de Vries, H., & van Osch, L. ADM. (2013). The use of a proactive dissemination strategy to optimize reach of an internet-delivered computer tailored lifestyle intervention. *BMC Public Health*, 13/721, 1-11.
- Seawright, J., & Gerring, J. (2008). Case Selection Techniques in Case Study Research: A Menu of Qualitative and Quantitative options. *Political Research Quarterly*, 61, 294-308.

- Sensoa. (2014). *Handboek het vlaggensysteem*. Geraadpleegd op 4 maart 2014 van <http://www.sensoa.be/acties/handboek-het-vlaggensysteem>
- Singh, A. S., Chinapaw, M. J. M., Brug, J., & van Mechelen, W. (2009). Process evaluation of a school-based weight gain prevention program: the Dutch Obesity intervention in teenagers (DOIT). *Health Education Research*, 24, 772-777.
- Smit, E. S., de Vries, H., & Hoving, C. (2013). Determinants of practice nurses' intention to implement a new smoking cessation intervention: the importance of attitude and innovation characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 2665 - 2674.
- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. (2003). Ontwerp van het decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. *Schriftelijk standpunt*. Geraadpleegd op 22 december 2014 van www.armoedebestrijding.be
- Van Hevele, E., Dewaele, A., & Buysse, A. (2013). *Het Vlaggensysteem als methodiek: Een evaluatie aan de hand van Intervention Mapping* (Evaluatierapport). Gent: Universiteit Gent.
- Van Houdt, S., Vlaeyen, E., Milisen, K., Heyrman, J., Vanhaecht, K., & Sermeus, W. (2013). *Draaiboek Zorgpad Valpreventie*. Gedownload op 12 november 2014, van http://www.valpreventie.be/Portals/Valpreventie/Documenten/thuis/EVV_Draaiboek_zorgpad_valpreventie.pdf
- Van Nassau, F., Singh, A. S., van Mechelen, W., Paulussen, T. GWM., Brug, J., & Chinapaw, M. JM. (2013). Exploring facilitating factors and barriers to the nationwide dissemination of a Dutch school-based obesity prevention program "DOIT": a study protocol. *BMC Public Health*, 13/1201, 1-11.
- Van Royen, P., Maes, L. & Nuyens, Y. in Nuyens, Y. & Mertens, J. (2012). *Preventie en gezondheid in Vlaanderen doorgelicht*. Mechelen: Kluwer. 164 pag.
- Van Tomme, N., Voets, J., & Verhoest, K. (2011). *Samenwerking in ketens en netwerken: praktijkervaringen uit de zorg- en welzijnssector*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: rapport 23. [elektronisch]
- Velzing, E. J. (2013). Innovatiepolitiek: Een reconstructie van het innovatiebeleid van het ministerie van Economische Zaken van 1976 tot en met 2010. Rapport. Delft: Amsterdam School of Economics Research Institute (ASE-RI), 327 pag. geraadpleegd op 22 december 2014 van <http://dare.uva.nl/cgi;/nj>
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)/De Druglijn. (2008). Screening van riskant of problematisch middelengebruik via online 'zelftest'-vragenlijsten. Rapportageformulier project. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)/De Druglijn. (2009a). Hoeveel is te veel 2009-2010. Marketingcommunicatieplan. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)/De Druglijn. (2009b). *Screening van riskant of problematisch middelengebruik via online 'zelftest'-vragenlijsten*. Rapportageformulier project. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.
- Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)/De Druglijn. (2010). *Screening van riskant of problematisch middelengebruik via online 'zelftest'-vragenlijsten*. Rapportageformulier project. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)/De Druglijn. (2011). *Screening van riskant of problematisch middelengebruik via online 'zelftest'-vragenlijsten*. Rapportageformulier project. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)/De Druglijn. (z.j.). *Implementatiestrategieën en –werkvormen: 'Aan de slag' op de DrugLijnsite (ter vervanging van www.hoeveelsteveel.be). Implementatieplan*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.

Vereniging voor alcohol en drugpreventie (VAD). (2012). *Jaarverslag 2012*. Rapport.

Vlaamse codex. (2003). *Decreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid*. Geraadpleegd op 20 februari 2014 van

<http://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1012025&AID=1051125¶m=inhoud>

Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid (Sensoa) (2009). *Buiten de lijnen*. Ideefiche. Antwerpen: Sensoa.

Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid (Sensoa) (2011). *Conclusies interviews implementatie Vlaggensysteem*. Verslag. Antwerpen: Sensoa.

Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid (Sensoa) (2014a). *Het Vlaggensysteem tot nu toe (Tijdslijn)*. Antwerpen: Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid.

Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid (Sensoa) (2014b). *Vlaggensysteem*. Geraadpleegd op 27 december 2014, van <http://www.seksuelevorming.be/materiaal/vlaggensysteem>

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ). (2009). *ProjectVoorstel: Project: 2076: Gezondheidsbevordering in kleine en middelgrote ondernemingen*. Projectvoorstel. Brussel: Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie.

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ). (2011a). *Analyse*. Eindrapport. Brussel: Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie.

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ). (2011b). *Evaluatierapport project*. Evaluatierapport. Brussel: Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie.

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ). (2012). *Evaluatierapport project*. Evaluatierapport. Brussel: Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie.

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ). (z.j.a). *Aan de slag*. Geraadpleegd op 24 november 2014, van <http://www.nvgezond.be/aan-de-slag>

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ). (z.j.b). *Leefstijladvies*. Geraadpleegd op 24 november 2014, van <http://www.nvgezond.be/toolbox/leefstijladvies>

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ). (2012b). *NVGezond dienstverlening*. Geraadpleegd op 26 januari 2015 van [/www.nvgezond.be](http://www.nvgezond.be)

Vlaams instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) (z.j.a). *Materialen per BOEBS-stap*. Geraadpleegd op 20 januari van <http://www.boebs.be>

Vlaams instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) (z.j.a). *Ga voor BOEBS. Samenvatting BOEBS*. Geraadpleegd op 7 maart van <http://www.boebs.be>

- Vlaamse gezondheidsraad. (2006). De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Nota, 41 pag. geraadpleegd op 22 december 2014 van qa.lokaalsociaalbeleidgent.be
- Voets, J. (2011). Netwerkmanagement. In: Bouckaert, G., Hondeghem, A., Voets, J., Op de Beeck, S., Cautiaert, E., (Eds.). *Handboek Overheidsmanagement. Overheid in beweging*. Brugge: Vanden Broele. (Hoofdstuk 13, pp. 385-408).
- Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. *Over deze cijfers* [Online publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, geraadpleegd op 20 februari 2014 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>
- Vlaamse codex. (2009). Protocol Protocolakkoord tussen de federale overheid en de overheden bedoeld in artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake preventie. Geraadpleegd op 20 februari 2014 van <http://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1018495&AID=1117543¶m=inhoud>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2010). *Gezondheidsdoelstelling ongevallen in de privésfeer*. Geraadpleegd op 20 februari 2014 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/>
- Vlaams Agentschap zorg en Gezondheid. (2013). *Gezondheidsdoelstelling vaccinaties*. Geraadpleegd op 20 februari 2014 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsdoelstelling-vaccinaties/>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2013). *Gezondheidsdoelstelling voeding en beweging*. Geraadpleegd op 20 februari 2014 van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsdoelstelling-voeding-en-beweging/>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2014). *Gezondheidsdoelstelling voor bevolkingsonderzoek naar kanker*. Geraadpleegd op 12 maart 2014 van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Gezondheidsdoelstelling-voor-bevolkingsonderzoek-naar-kanker/>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2013). *Regelgeving preventieve gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 20 februari 2014 van http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=21273a
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2013). *Vlaams actieplan suïcidepreventie 2012-2020*. Geraadpleegd op 20 februari van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Vlaams-actieplan-suicidepreventie/>
- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie. (n. d.). *Is jouw gemeente zot van gezond?* Geraadpleegd op 4 maart 2014 van <http://www.zotvangezond.be/index.php?page=3>
- VIGeZ. (2012). *Over nv gezond*. Geraadpleegd op 4 maart 2014 van <http://www.nvgezond.be/over-nv-gezond/project-concept>
- Voets, J. (2008). *Intergovernmental relations in multi-level arrangements: collaborative public management in Flanders*. In Van Tomme, N., Voets, J., & Verhoest, K. (2011). *Samenwerking in ketens*

en netwerken: praktijkervaringen uit de zorg- en welzijnssector. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: rapport 23, [elektronisch].

Wallace, L. M., Brown, K. E., & Hilton, S. (2014). Planning for, implementing and assessing the impact of health promotion and behaviour change interventions: a way forward for health psychologists. *Health Psychology Review, 8*, 8-33.

Wierenga, D., Engbers, L. H., van Empelen, P., Hildebrandt, V. H., & van Mechelen, W. (2013). What is actually measured in process evaluations for worksite health promotion programs: a systematic review. *BMC Public Health, 13/1190*, 1-16.

Wierenga, D., Engbers, L. H., van Empelen, P., Hildebrandt, V. H., & van Mechelen, W. (2012). The design of a real-time formative evaluation of the implementation process of lifestyle interventions at two worksites using a 7-step strategy (BRAVO@work). *BMC Public Health, 12/619*, 1-11.

Yin, R. K. (1981). The Case Study Crisis: Some Answers. *Administrative Science Quarterly, 26/1*, 58-65.

Bijlagen

Bijlage 1: Oplijsting methodieken volgens TIDieR

Item 1. Naam van de methodiek

Item 2. Waarom: beschrijf de aanleiding, achtergrond en doel van de essentiële elementen van de methodiek

- elementen van de methodiek
- aanleiding, theorie en doel van de methodiek

Item 3. Wat: Materialen

- materialen die gebruikt werden ter verspreiding
- materialen voor de intermediairs bedoeld (ook vormingen e.a.)
- materialen voor de doelgroep

Item 4. Wat: procedures

- beschrijven van de procedures, activiteiten en/of processen
- implementatie- activiteiten
- welke methoden worden gehanteerd om de doelen te bereiken (*behaviour change techniques* van de methodiek)

Item 5. aanbieders

- beschrijf intermediairs
- beschrijf hun expertise, achtergrond en de gegeven vorming
- Hoe werd deze expertise, achtergrond nagegaan
- Was er aanvullende vorming?
- Waarop speelde deze vorming in?
- Wat moeten intermediairs bereiken?
- Werd de competentie in het leveren van de methodiek gemonitord?
- Werden ze geselecteerd omwille van hun dagdagelijkse bezigheden of speciaal gerekruteerd?
- Worden ze betaald of zijn er andere aanmoedigingen?

Item 6. Hoe: beschrijf de manier van aanbieden

- Op welke manier wordt de methodiek aangeboden
- Individueel of in groep
- Is de sessie interactief?
- Vraaggestuurd?

Item 7. Waar: het type van locatie aangeven

- Benodigde infrastructuur
- Moeten er bepaalde kenmerken in de omgeving voldaan zijn?

Item 8. Wanneer en hoeveel: beschrijving van de tijdsspanne

- Tijdsspanne, wanneer gebeurt wat
- Hoeveel sessies
- Hoelang duurt elk item

Item 9. Tailoring: bij een gepersonaliseerde of aangepaste methodiek

- Wat, waarom, wanneer en hoe

Item 10. Aanpassingen

- Wat werd aangepast, waarom, wanneer en hoe

Item 11. Hoe goed gepland

- Waren er mogelijkheden tot meten in welke mate de methodiek werd geïmplementeerd?
- Gebeurde de methodiek zoals de ontwikkelaars het bedoelden?
- Waren er strategieën om blootstelling te verhogen en hetgeen te bereiken wat ontwikkelaars voorop stelden?

Item 12. Evaluatie

- Werd de methodiek uitgevoerd zoals gepland (actueel)

Vrij vertaald naar: Hoffman, T. C., Glasziou, P. P., Milne, R.,... & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *British Medical Journal*, 348(g1687), 1-13.

Bijlage 2: Implementatieplan

Stap	wat	omschrijving
1	Identificeer adopters en implementeerders	Wie zal beslissen de methodiek op te nemen en wie zal de verschillende componenten van de methodiek tot bij de doelgroep brengen?
2	Herevalueer de planningsgroep zodat adopters en implementeerders gerepresenteerd zijn	Adopters en implementeerders dienen betrokken te worden bij de start van de ontwikkeling van de methodiek. Toch is het waardevol deze planningsgroep te herbekijken.
3	Bepaal methodiek-uitkomsten	Het gaat hier om verwachte uitkomsten van adoptie, implementatie en behoud. Welke uitkomst wordt verwacht wanneer de adopters, implementeerders en actoren betrokken bij behoud het stappenplan volgen?
4	Bepaal <i>performance objectives</i> voor adoptie, implementatie en behoud	Wie moet wat doen opdat de methodiek zou verspreid worden doorheen de verschillende fases? Dit is subgedrag van het uiteindelijke uitkomstgedrag. Het kan hier ook gaan om contextuele factoren (bv. De staat dient geld vrij te maken).
5	Bepaal determinanten van adoptie, implementatie en behoud	Interne factoren die uitvoering beïnvloeden (bv. Kennis van de voordelen van de methodiek).
6	Maak matrices van <i>change objectives</i> voor adoptie, implementatie en behoud	In deze matrices worden <i>performance objectives</i> en determinanten aan elkaar gelinkt. Wat er moet veranderen in de determinanten opdat de bevoegde actoren het gedrag

		nodig voor adoptie, implementatie en behoud zouden stellen.
7	Selecteer methoden en applicaties voor adoptie, implementatie en behoud	Hoe gaan we de determinanten beïnvloeden om de geformuleerde uitkomsten te bereiken?
8	Ontwerp interventies voor adoptie, implementatie en behoud	Voorgaande stappen resulteren in een plan voor een interventie zodat een methodiek geadopteerd, geïmplementeerd en behouden zou raken/blijven.

Uit: Bartholomew, et al. (2011). Pag. 461- 507.

Bijlage 3: Interviewguide

In deze interviewguide worden richtvragen opgesteld die in het gesprek aan bod kunnen komen. Er wordt steeds ingespeeld op de antwoorden van de respondent. Daarom kan de volgorde variëren van interview tot interview en zullen niet alle vragen in elk interview aan bod komen.

Het woord [de methodiek] wordt vervangen door Zot van Gezond, NVGezond, Vlaggensysteem, Druglijn zelftesten of Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen (praktijkrichtlijn valpreventie) naargelang het onderwerp van het interview.

In de tabel bij puntje 1.3. worden de theoretische concepten gelinkt aan de hoofd- en bijvragen. Enkele vragen (kunnen) een antwoord vormen op meerdere theoretische concepten (herhaling van de vraag staat cursief).

Hoofdvragen

1. Wat is uw/de organisaties oordeel over [de methodiek]? (vb. complex, leuk, ...)
2. Wat waren je taken naar [de methodiek] toe?
3. Wat zijn voor u/uw organisatie de belangrijkste elementen van [de methodiek]?
4. Wat zijn voor u/uw organisatie de doelstellingen van [de methodiek]?
5. Hoe werd [de methodiek] binnen uw organisatie gepland?
6. Hoe werd [de methodiek] binnen uw organisatie/door u uitgevoerd?
7. Hoe hebt u kennis genomen van [de methodiek]?
8. Wat vond je van de manier waarop [de methodiek] werd bekendgemaakt?
9. Waar had je steun aan bij de uitvoering van [de methodiek]?
10. Hoe is de toepassing van [de methodiek] in uw organisatie verlopen?
11. In welke mate vormt [de methodiek] een bijkomende investering voor je organisatie?
12. In welke mate was het een belasting voor je organisatie?
13. Wat waren succesfactoren in uitvoering van [de methodiek]? Welke factoren droegen bij tot een goede toepassing/integratie van [de methodiek]? Welke waren de barrières?
14. Hoe verliep de uitvoering van [de methodiek]?
15. Wat kon beter in uitvoering van [de methodiek]?
16. Wat waren belangrijke redenen waarom uw organisatie aan [de methodiek] wilde meewerken?
17. Wat wou/wil je bereiken met deze methodiek?
18. Heb je iets gehad aan de uitvoering van [de methodiek]?
19. Waar heb je nood aan om een methodiek goed uit te voeren?
20. Wat vergemakkelijkt of bemoeilijkt uitvoering van een methodiek?
21. Met wie werkte je samen voor de uitrol van deze methodiek?
22. Hoe verliep deze samenwerking?

Vraag naar ontwikkelaars/intermediaire organisaties:

Wat zou de overheid kunnen doen om de uitvoering van [de methodiek] te verbeteren?

Bijvragen

1. Hoe staat jullie organisatie tegenover nieuwe methodieken?
2. Namen steeds dezelfde personen verantwoordelijkheid voor de methodiek?
3. Waren er mensen in de organisatie die uitvoering vergemakkelijkten?
4. Waren er mensen buiten de organisatie die de uitvoering vergemakkelijkten?
5. Kon je dit erbij nemen?
6. Hoe staat de doelgroep tegenover [de methodiek]?
7. Werden trends meegenomen in het uitvoeringproces?
8. Werden er middelen voorzien ter uitvoering van deze methodiek?
9. Welke vaardigheden heb je nodig voor het aanbrengen van deze methodiek?
10. Was er vorming voorzien om een goede uitvoering te voorzien?
11. Was de actie voor u/jullie belangrijk?
12. Heb je iets gehad aan [de methodiek]? Had de doelgroep er iets aan?
13. Was er soms onenigheid over de uitrol van [de methodiek]?
14. Was er een goede samenstelling in de groep betrokken bij de uitrol van [de methodiek]?
15. Hoe was je betrokken bij het implementatieplan? Had je inspraak in de implementatie?
16. Is diegene die [de methodiek] aanbrengt iemand die je vertrouwt?
17. Zijn er aanpassingen mogelijk aan [de methodiek] zowel op vlak van uitvoering als de methodiek an sich? Is het duidelijk wat essentieel is om [de methodiek] uit te voeren?
18. Werden er voldoende middelen voorzien?
19. Waren er doelen opgesteld naar uitvoering toe?
20. Doet [de methodiek] wat ze zegt dat ze doet?
21. Is het probleem waarop deze methodiek zich richt belangrijk?
22. Waren er andere methodieken waaruit je kon kiezen?
23. Is gezondheid/preventie belangrijk voor jullie?
24. Is er resultaat van deze methodiek?
25. Is [de methodiek] geëvolueerd? Onder welke invloed?
26. Wat kon de samenwerking verbeteren?
27. Had je het gevoel gestuurd te worden?
28. Nam er iemand leiderschap op naar de uitrol van [de methodiek] toe?

Indeling concepten - hoofdvragen - bijvragen

concepten	vragen	bijvragen
Naar context:		
Organisatiebeleid	<p>Wat is uw/de organisaties oordeel over [de methodiek]? (vb. complex, leuk, ...)</p> <p>Waar had je steun aan bij de uitvoering van [de methodiek]?</p> <p>Hoe is de toepassing van [de methodiek] in uw organisatie verlopen?</p> <p>In welke mate vormt [de methodiek] een bijkomende investering voor je organisatie?</p>	<p>Hoe staat jullie organisatie tegenover nieuwe methodieken?</p> <p>Namen steeds dezelfde personen verantwoordelijkheid voor de methodiek?</p> <p>Waren er mensen in de organisatie die uitvoering vergemakkelijkten?</p>
Omkaderend beleid	Waar had je steun aan bij de uitvoering van [de methodiek]?	Waren er mensen buiten de organisatie die de uitvoering vergemakkelijkten?
Belasting	In welke mate was het een belasting voor je organisatie?	Kon je dit erbij nemen?
Evoluties	<p>Wat waren succesfactoren in uitvoering van [de methodiek]?</p> <p>Wat kon beter in uitvoering van [de methodiek]?</p>	Werden trends meegenomen in het uitvoeringproces?
Middelen	In welke mate was het een belasting voor je organisatie?	Werden er middelen voorzien ter uitvoering van deze methodiek?
Vaardigheden	Hoe is de toepassing van [de methodiek] in uw organisatie verlopen?	Welke vaardigheden heb je nodig voor het aanbrengen van deze methodiek?
Training & technische ondersteuning	Hoe is de toepassing van [de methodiek] in uw organisatie verlopen?	Was er vorming voorzien om een goede uitvoering te voorzien?
Naar percepties:		
Doelen	Wat wou/wil je bereiken met deze methodiek?	Doet [de methodiek] wat ze zegt dat ze doet?

Belang van de actie	Hoe verliep de uitvoering van [de methodiek]?	Was de actie voor u/jullie belangrijk?
Win/win	Heb je iets gehad aan de uitvoering van [de methodiek]? Hoe verliep de uitvoering van [de methodiek]?	Heb je iets gehad aan [de methodiek]? Had de doelgroep iets aan [de methodiek]?
Consensus	Hoe verliep de uitvoering van [de methodiek]?	Was er soms onenigheid over de uitrol van [de methodiek]?
samenstelling	Hoe verliep de uitvoering van [de methodiek]?	Was er een goede samenstelling in de groep betrokken bij de uitrol van [de methodiek]?
Naar intenties:		
Wederzijds vertrouwen	Waar heb je nood aan om een methodiek goed uit te voeren? Wat vergemakkelijkt of bemoeilijkt uitvoering van een methodiek?	Is diegene die [de methodiek] aanbrengt iemand die je vertrouwt?
betrokkenheid	Wat waren je taken naar [de methodiek] toe?	
Houding	Waar heb je nood aan om een methodiek goed uit te voeren? Wat vergemakkelijkt of bemoeilijkt uitvoering van een methodiek?	
Naar [de methodiek]:		
Innovatie	Wat is uw/de organisaties oordeel over [de methodiek]? (vb. complex, leuk, ...)	
aanpassingen	Waar heb je nood aan om een methodiek goed uit te voeren? Wat vergemakkelijkt of bemoeilijkt uitvoering van een methodiek?	Zijn er aanpassingen mogelijk aan [de methodiek] zowel op vlak van uitvoering als de methodiek an sich? Is het duidelijk wat essentieel is om te implementeren?
Middelen	Waar heb je nood aan om een methodiek goed uit te voeren? Wat vergemakkelijkt of	Werden er voldoende middelen voorzien?

	bemoeilijkt uitvoering van een methodiek?	
Formalisatie	Waar heb je nood aan om een methodiek goed uit te voeren? Wat vergemakkelijkt of bemoeilijkt uitvoering van een methodiek?	
Bottom-up/top-down	Hoe hebt u kennis genomen van [de methodiek]? Wat vond je van de manier waarop [de methodiek] werd bekendgemaakt?	Hoe was je betrokken bij het implementatieplan? Had je inspraak in de implementatie?
Doelen		Waren er doelen opgesteld naar uitvoering toe?
Belang probleem	Wat waren belangrijke redenen waarom uw organisatie aan [de methodiek] wilde meewerken?	Is het probleem waarop deze methodiek zich richt belangrijk?
Concurrentie	Wat waren belangrijke redenen waarom uw organisatie aan [de methodiek] wilde meewerken?	Waren er andere methodieken waaruit je kon kiezen?
Bewustzijn	Wat waren belangrijke redenen waarom uw organisatie aan [de methodiek] wilde meewerken?	Is gezondheid/preventie belangrijk voor jullie?
Resultaat	Wat waren belangrijke redenen waarom uw organisatie aan [de methodiek] wilde meewerken?	Is er resultaat van deze methodiek?
Inhoud methodiek	Wat zijn voor u/uw organisatie de belangrijkste elementen van [de methodiek]? Wat zijn voor u/uw organisatie de doelstellingen van [de methodiek]? Hoe werd [de methodiek] binnen uw organisatie gepland?	

	Hoe werd [de methodiek] binnen uw organisatie/door u uitgevoerd?	
Mate van ontwikkeling	<p>Wat zijn voor u/uw organisatie de belangrijkste elementen van [de methodiek]?</p> <p>Wat zijn voor u/uw organisatie de doelstellingen van [de methodiek]?</p> <p>Hoe werd [de methodiek] binnen uw organisatie gepland?</p> <p>Hoe werd [de methodiek] binnen uw organisatie/door u uitgevoerd?</p>	<p>Is [de methodiek] geëvolueerd?</p> <p>Onder welke invloed?</p>
Naar de samenwerking toe:		
Visie rond samenwerking	<p>Met wie werkte je samen voor de uitrol van deze methodiek?</p> <p>Hoe verliep deze samenwerking?</p>	
Omgangsregels	Hoe verliep deze samenwerking?	Wat kon de samenwerking verbeteren?
kennisontwikkeling	Hoe verliep deze samenwerking?	
Cultuur	Hoe verliep deze samenwerking?	
Evenwicht autonomie/sturing	Hoe verliep deze samenwerking?	<p>Had je het gevoel gestuurd te worden?</p> <p>Nam er iemand leiderschap op naar de uitrol van [de methodiek] toe?</p>

Bijlage 4: Overzicht geanalyseerde documenten

Druglijn Zelftesten

- Projectaanvraag
- Subsidieaanvraag voor verlenging van project voor

2008-2009
2009-2010
2011
- Rapportageformulier project

2007-2008
2008-2009
2009-2010
2010-2011
- Marketingscommunicatieplan
- Implementatiestrategieën en- werkvormen

Nv Gezond

- Projectvoorstel
- Eindrapport

2011
▪ 2012
- Evaluatierapport

2011
2012

Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen

- Beleidsplan
- (Via weblink) Samenwerkingsverband
- Jaarplan 2008 -2009

2010
2011
2012
2013
2014
- Praktijkrichtlijn 'Algemene gezondheids promotie met focus op valpreventie'
 - 'Valpreventie bij thuiswonende ouderen (≥65 jaar) met een verhoogd risico'
 - 'Fractuurpreventie bij thuiswonende ouderen (≥65 jaar) met een verhoogd risico'
- Overzicht praktijkrichtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen
- Werkfiche valpreventie bij thuiswonende ouderen – praktijkrichtlijn voor Vlaanderen – Deel 2 & 3 val- en fractuurpreventie
- Draaiboek Zorgpad Valpreventie (ter ondersteuning van de multidisciplinaire samenwerking en de implementatie van de nieuwe praktijkrichtlijn 'valpreventie bij thuiswonende ouderen, praktijkrichtlijn voor Vlaanderen')
- Website: Verschillende documenten om te downloaden (meetinstrumenten,...)

Vlaggensysteem

- Het vlaggensysteem tot nu toe (2008-2014)
- Evaluatierapport Vlaggensysteem
- Werkwijze en ontwikkeling Vlaggensysteem:
 - Feedback SGGJ Tekeningen Vlaggensysteem 2009
 - Overzichtlijst feedback pilootversie Vlaggensysteem 2010
 - Verzamelde feedback Vlaggensysteem
 - Conclusies interviews implementatie Vlaggensysteem
 - Adressenbestand doorontwikkeling Vlaggensysteem
- Samenwerking met Nederlandse partners:
 - Verslag bespreking samenwerking MOVISIE-RNGWPF-Sensoa 07-04-2010
 - Driehoeksoverleg MOVISIE-RNGWPF-Sensoa 31-10-2011
 - Raak Pro Aanvraag: Gezond seksueel gedrag in de residentiële jeugdzorg 31-10-2012 (p47-58 implementatieplannen)
- (N)iets mis mee:
 - Verslag Jeugdverenigingen en overschrijdend gedrag 2010
 - Projectplan VT 2011 aangepaste versie voor jeugdwerk
 - Nota VT 2011 vastgestelde noden en behoeften
 - Persbericht “Jeugdorganisaties lanceren instrument om gepast om te gaan met seksueel getinte situaties”
 - Handleiding (N)iets mis mee, doorontwikkeling Jeugdwerk Kaarten (N)iets mis mee
- Vlaggensysteem voor ouders:
 - Gids voor ouders: Over de grens? Seksueel opvoeden met het Vlaggensysteem
 - Projectfiche Distributie online brochure Vlaggensysteem voor ouders 15-03-2011
 - Feedback SGGJ Vlaggensysteem voor ouders 21-03-2011
- Doorontwikkeling doelgroepen met specifieke ontwikkelingsaspecten:
 - Verslag Bespreking conceptueel kader voor handleiding Vlaggensysteem doelgroepen met specifieke ontwikkelingsaspecten 21-09-2012
 - Feedbackbijeenkomst MOVISIE en Sensoa 26-10-2012
 - Verslag Expertengroep Bespreken mogelijke pistes voor doorontwikkeling van het Vlaggensysteem 06-12-2012
 - Verslag Feedback Werkboek Vlaggensysteem 14-06-2013
 - Ideefiche “Buiten de lijnen” 2014
- Vlaggensysteem “Sport, een spel met grenzen:
 - Handleiding Vlaggensysteem Sport, een spel met grenzen

Zot van Gezond

- Communicatieplan Zot van Gezond
- Evaluatierapport
- Projectplanning voorjaar 2012
najaar 2012
najaar 2013
- Projectverloop

Bijlage 5: Begrippenlijst (alfabetisch)

Aanpassingen is de mate waarin de voorgestelde methodiek aangepast kan worden aan de voorkeuren van de actoren, organisatorische praktijken, gemeenschapsnoden, waarden, en culturele normen (Durlak & DuPre, 2008).

Actoren zijn al diegenen die een rol hebben in de implementatieketen

Adoptie is een beslissing of een reeks van beslissingen in organisaties om de methodiek te gebruiken. Bij deze beslissing gaan de bevoegde actoren voor-en nadelen van de methodiek afwegen en omzetten naar een intentie om deze al dan niet te gebruiken (Bartholomew, et al., 2011; Bopp, Saunders & Lattimore, 2013; Paulussen, Wiefferink & Mesters in Brug, van Assema & Lechner, 2007).

Behaviour change techniques (gedragsveranderingstechnieken) zijn de technieken om determinanten die het gedrag beïnvloeden te gaan veranderen (Michie, 2008).

Behoud refereert naar de verderzetting van de methodiek buiten een initiële fase. Er zijn verschillende niveaus van behoud: *passages* zijn het jaarlijks herhalen van de interventie, *routines*, of structuren en functies eigen aan de organisatie waar het programma is ingebouwd, *niche saturation*, of complete integratie in structuren en functies (Bartholomew, et al., 2011).

Belang actie verwijst naar de mate waarin actoren het belang inzien van het gezondheidsprobleem en dat zij hierin een bijdrage kunnen leveren met behulp van methodieken. Dit belang kan intrinsiek gemotiveerd zijn maar ook extrinsiek gemotiveerd (voordelen voor eigen organisatie).

Belang samenwerking is de mate waarin samenwerking tussen actoren in de keten belangrijk is voor het implementeren van de methodiek.

Belasting is de afweging tussen de draagkracht en de draaglast van de actor. Wat kan de actor investeren tegenover hoeveel vraagt de methodiek van de actor.

Betrokkenheid verwijst naar de mate waarin de verschillende actoren in de keten investeren, alsook hoe en in welke mate deze actoren zich verbonden voelen met de methodiek.

Bewustzijn is de mate waarin actoren uit de keten zich bewust zijn van het probleem waarvoor de methodiek werd ontwikkeld en het belang hiervan inzien.

Change objectives (veranderingsobjectieven) zijn veranderingen aan factoren voorafgaand aan de determinanten van de actoren die mee de implementatie van de methodiek verzorgen. Deze veranderingen zijn noodzakelijk opdat de actoren het gewenste gedrag, zoals beschreven in de *performance objectives* (prestatie objectieven) gaan doen (Bartholomew, et al., 2011).

Concurrentie verwijst naar het bestaan van andere methodieken met dezelfde doelstellingen en hoe deze zich verhouden tot elkaar.

Consensus is de mate waarin de verschillende actoren binnen de keten overeenkomen in ideeën, gevoel, perspectief, visie,...

Context wijst op de verschillende elementen uit de omgeving van de verschillende actoren die invloed hebben op hun gedrag.

Cultuur is een welomlijnd geheel van waarden, normen en gedragingen die heersen, in dit rapport rond de samenwerking. Het is een constructie die ontstaat doorheen sociale interactie.

Diffusie is verspreiding van de methodiek, zonder inspanning van de actoren.

Disseminatie of Verspreiding is geplande en doelbewuste verspreiding van een methodiek. Het is een proces waarbij een methodiek wordt gecommuniceerd doorheen verschillende kanalen over een bepaalde tijd naar leden van een bepaald systeem (Rogers, 1995). Volgens Greenhalgh, et al. (2004) is disseminatie een vorm van verspreiding met als doel adoptie en is dit niet overkoepelend overheen adoptie, implementatie en behoud. Wallace, Brown & Hilton (2014) noemen disseminatie een vorm van kennisoverdracht of de mate waarin impact en uitkomsten van onderzoek worden toegepast in de praktijk. Het gaat vooral om het adequaat communiceren naar de respectievelijke settings om op die manier innovaties in de praktijk toegepast te krijgen.

Doelen zijn datgene dat de verschillende actoren in de keten met de methodiek willen bereiken en voor zichzelf voorop stellen.

Doelen methodiek verwijst naar wat men met de methodiek wil bereiken.

Evenwicht autonomie en sturing verwijst naar de mate waarin de methodiek of de context een balans kent tussen vrijheid om te kiezen hoe te implementeren en het volgen van een plan voor implementatie.

Evaluatie samenwerking verwijst naar de beoordeling van de actoren betreffende de samenwerking binnen de keten.

Evoluties duiden op veranderingen of ontwikkelingen in de methodiek, de organisatie of de omgeving. Het gaat om veranderingen in tijd.

Formalisatie is de mate waarin een methodiek gepland is, waarin het proces en de inhoud zijn vastgelegd in een plan.

Gebruikers of implementeerdere zijn diegenen die de methodiek in de praktijk toepassen. Het betreft hier dus niet de beoogde doelgroep waarbij gedragsverandering bereikt wenst te worden om de gezondheid te bevorderen.

Houding verwijst naar de attitude tegenover de methodiek en de verschillende actoren in de keten, wat invloed heeft op de mate waarin men investeert in de implementatie van de methodiek.

Implementatie is het toepassen van de methodiek. Het is de stap na adoptie van een methodiek. Van de eerste keuze voor de methodiek naar gebruik van de methodiek (Wallace, Brown & Hilton, 2014; Paulussen, Wiefferink & Mesters in Brug, van Assema & Lechner, 2007). Scheerder, Van den Broucke & Saan (2003) noemen het 'toepassen van de methodiek'. Durlak & DuPre (2008) spreken van wat een programma inhoudt wanneer het wordt aangeboden in een bepaalde context. De methodiek moet namelijk gegeven worden aan de doelgroep en de implementeerdere hebben als taak de methodiek tot bij de doelgroep te brengen.

In de Vlaamse praktijk wordt de term vaak gehanteerd als een overkoepelende term voor verspreiding, adoptie en implementatie van een methodiek.

Implementatieplan geeft het programma voor de implementatie van de methodiek weer in een plan. Dit plan bevat idealiter volgende items: welk gedrag moeten de verschillende actoren stellen om de methodiek te adopteren, implementeren en behouden, welke determinanten dienen daartoe te worden veranderd en op welke manier gaat men deze veranderen (Armstrong, et al., 2013; Bartholomew, et

al., 2011). Hierin worden randvoorwaarden vermeld voor adoptie, implementatie en behoud, alsook wordt hiervoor materiaal aangereikt. Zowel de methodiek als de specifieke set van taken die ertoe leiden dat de methodiek geadopteerd, geïmplementeerd wordt en behouden blijft, worden hier in detail beschreven. Op basis hiervan kan de sterkte en de inhoud van het programma beoordeeld worden (Fixsen, et al., 2005).

Inhoud methodiek verwijst naar de componenten van de methodiek.

Innovatoren zijn individuen die een nieuwe methodiek een kans geven al na een eerste communicatie over de methodiek, zonder dat de ontwikkelaars hen geheel moeten overtuigen.

Intenties verwijst naar het willen vertrouwen van elkaar, het beogen van mede-eigenaarschap van een methodiek en het willen veranderen als de methodiek dat vereist (Leurs et al., 2003).

Intermediairs fungeren als schakel tussen de ontwikkelaar en de doelgroep. Ze brengen de informatie over de methodiek (verspreiders) en zorgen ervoor dat de methodiek uitgevoerd wordt (implementeerders).

Kennisontwikkeling verwijst naar de mate waarin kennis wordt vergaard aan de hand van samenwerking tussen de verschillende actoren binnen de keten.

Ketens zijn processen waarin activiteiten elkaar opvolgen om doelstellingen, een vooraf bepaald resultaat, te bereiken. Deze brengen ordening in handelingen binnen netwerken (Konijn & Van der Aa, 2001). Netwerken kunnen gezien worden als de context van ketens.

Logo staat voor locoregionaal gezondheidsoverleg en is een samenwerkingsverband tussen verschillende organisaties. Hun specifieke opdracht is om methodieken die gezondheidsbevordering en/of ziektepreventie beogen te verspreiden op loco-regionaal niveau.

Mate van ontwikkeling verwijst naar de mate waarin een methodiek gevorderd, onderbouwd en gefinaliseerd is.

Een methodiek is een zorgvuldig uitgewerkte en geëvalueerde methode die als pakket in een proces wordt aangeboden met als doel gedragsverandering bij de directe of indirecte doelgroep te bereiken. Synoniemen van een methodiek zijn innovatie, programma en interventie.

Middelen in de organisatie behelzen het kapitaal dat in de context aanwezig is, zowel financieel als menselijk kapitaal.

Middelen van de methodiek verwijzen naar het communicatie- en programmamateriaal (ppt, handleiding,...), alsook financiële middelen horend bij de methodiek.

Mogelijkheden in de omgeving zijn opportuniteiten die aanwezig zijn of zich voordoen in de omgeving voor de verspreiding en implementatie van methodieken. Zo kunnen bestaande structuren in de organisatie of media-aandacht de verspreiding en de implementatie van een methodiek faciliteren.

Een netwerk is een relatief stabiel en gestructureerd samenwerkingsverband van verschillende (semi-) autonome actoren, waarbij men relatief zelfstandig opereert, niet hiërarchisch, maar toch met een wederzijdse afhankelijkheid voor het bereiken van gemeenschappelijk doel.

Omgangsregels betreffen de regels die gelden binnen de samenwerking tussen de actoren.

Omkaderend beleid is het beleid opgesteld vanuit de overheid dat invloed heeft op het verspreiden en implementeren van methodieken.

Organisatiebeleid is het beleid dat van toepassing is binnen de organisatie zelf en waarin de missie, prioriteiten, waarden en taken van de organisatie staan beschreven.

Organisaties met terreinwerking staan naast individuele zorginstanties in voor het veldwerk. De overeenkomst met de overheid is in bepaalde gevallen via wetgeving geregeld, in andere gevallen wordt een beheersovereenkomst opgemaakt en in jaarplannen gegoten (Nuyens & Mertens, 2012).

Partnerorganisaties zijn expertisecentra met deskundigheid in een of meerdere domeinen van de preventieve gezondheidszorg. Zij geven eveneens ondersteuning aan de andere actoren. Hun taken bevinden zich vooral op niveau van het geven van advies, het ontwikkelen van tools en het bieden van ondersteuning naar implementatie en gebruik van deze tools (Nuyens & Mertens, 2012).

Percepties verwijst naar hoe actoren in de keten naar bepaalde aspecten kijken. Het geeft de belangen van de keten ten aanzien van andere actoren, de methodiek en de eigen organisatie weer.

Performance objectives (prestatiedoelen) zijn doelen die aangeven wat actoren concreet moeten doen om de methodiek te implementeren (Bartholomew, et al., 2011).

Program champions of programma kampioenen hebben veel invloed op de adoptie van een methodiek in een organisatie, het zijn analytische personen met strategische en invloedrijke relaties binnen organisaties (Bartholomew, et al., 2011).

Resultaat of Effect verwijst naar bewijs van de effectiviteit van de methodiek en dus de garantie op het bereiken van de vooropgestelde doelstellingen.

Samenstelling verwijst naar de opstelling van verschillende schakels of actoren noodzakelijk binnen de keten.

Samenwerking is een handeling waarbij verschillende actoren aan een bepaald doel werken.

Steun verwijst naar de ondersteuning op technisch en persoonlijk vlak ten gunste van de vaardigheden en motivatie van intermediairs betrokken bij de implementatie van de methodiek. Voorbeelden zijn emotionele steun, dienstverlening (Durlak & DuPre, 2008).

Training is het aanleren van vaardigheden, is de mogelijkheid om vaardigheden, noodzakelijk om de methodiek uit te voeren, te oefenen (Durlak & DuPre, 2008).

Vaardigheden zijn (in dit onderzoek) competenties die noodzakelijk zijn om de methodiek effectief te implementeren.

Verspreiders zijn diegenen die het bestaan van de methodiek bekend maken, hierover informatie verspreiden en activiteiten organiseren om de implementeerders te ondersteunen.

Visie verwijst hier naar de houding van de actoren tegenover samenwerking binnen de keten.

Wederzijds vertrouwen is de mate waarin actoren binnen de keten onderling op elkaar kunnen rekenen.

Win/win wijst op de mate waarin alle actoren voordeel halen uit de methodiek en eigen doelen gerealiseerd worden wanneer ze de methodiek implementeren (Leurs et al., 2003).

Bijlage 6: Respondentenlijst

Nr respondent	methodiek	Rol naar methodiek	organisatie	Rol in organisatie
1.	Zot van Gezond	Ontwikkelaar	VIGeZ	stafmedewerker
2.	Zot van Gezond	adopter	ISB	directeur
3.	Zot van Gezond	verspreider	VVSG	stafmedewerker
4.	Zot van Gezond ¹	Adopter	LOGO	Coördinator
5.	Zot van Gezond ²	Adopter	LOGO	Coördinator
6.	Zot van Gezond ³	Adopter	LOGO	Coördinator
7.	Zot van Gezond ⁴	Adopter	LOGO	Coördinator
8.	Zot van Gezond ⁵	adopter	LOGO	Coördinator
9.	Zot van Gezond	Verspreider	LOGO	Settingverantwoordelijke
10.	Zot van Gezond	Verspreider	LOGO	Themaverantwoordelijke
11.	Zot van Gezond	verspreider	LOGO	Settingverantwoordelijke
12.	Zot van Gezond	verspreider	LOGO	stafmedewerker
13.	Zot van Gezond ⁶	verspreider	LOGO	stafmedewerker
14.	NVGezond	ontwikkelaar	VIGeZ	stafmedewerker
15.	NVGezond	Adopter/implementeerder	Huishoudhulp Van Cateren	zaakvoerder
16.	NVGezond	implementeerder	Intercommunale Leiedal	
17.	NVGezond	Implementeerder	Resoc Kempen	stafmedewerker
18.	NVGezond	Implementeerder	Resoc Kempen	stafmedewerker
19.	NVGezond	Implementeerder	bedrijvenpark Kortrijk-Noord VZW	parkmanager

1 Deze respondenten hadden ook een rol in NVGezond, praktijkrichtlijn valpreventie en Druglijn zelftesten

2 Idem

3 Idem

4 Idem

5 Idem

6 Deze respondent speelde ook een rol bij de praktijkrichtlijn valpreventie

20.	NVGezond	verspreider	LOGO	settingverantwoordelijke
21.	NVGezond	verspreider	LOGO	stafmedewerker
22.	NVGezond	verspreider	LOGO	stafmedewerker
23.	NVGezond	verspreider	LOGO	stafmedewerker
24.	NVGezond	verspreider	Mensura	verantwoordelijke
25.	NVGezond	verspreider	Provikmo	medewerker
26.	NVGezond	verspreider	IDEWE	Verantwoordelijke
27.	NVGezond	verspreider	SDWorx	
28.	NVGezond	verspreider	Attentia	manager
29.	NVGezond	verspreider	UNIZO	HRM coach
30.	Vlaggensysteem	ontwikkelaar	Sensoa	stafmedewerker
31.	Vlaggensysteem	Ontwikkelaar, verspreider	De Ambrassade	stafmedewerker
32.	Vlaggensysteem	implementeerder	Jong & Van Zin	Educatief medewerker
33.	Vlaggensysteem	implementeerder	Vertrouwens- centrum kinder- mishandeling	Therapeut, Stakeholder binnen Seksueel Grens- overschrijdend Gedrag door Jongeren (SGGJ)- overleg
34.	Vlaggensysteem	implementeerder	CAW Noord- West-Vlaanderen	Jongerenbegeleiding, stakeholder SGGJ-overleg
35.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
36.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
37.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
38.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
39.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
40.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
41.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
42.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
43.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
44.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
45.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
46.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg

47.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
48.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
49.	Vlaggensysteem	implementeerder	welzijnsinstelling	stakeholder SGGJ-overleg
50.	Vlaggensysteem	Ontwikkelaar, verspreider	ICES	Ondersteuning overheidsopdracht EVS
51.	Vlaggensysteem	Ontwikkelaar, verspreider	ICES	projectcoördinator
52.	Vlaggensysteem	omkadering	Vlaamse overheid	Beleidsmedewerker sport
53.	Vlaggensysteem	implementeerder	Zwemfederatie	Sporttechnisch coördinator
54.	Vlaggensysteem	adopter	ICES	voorzitter
55.	Vlaggensysteem	implementeerder	CLB	Verpleegkundige
56.	Vlaggensysteem	adopter	CLB	directeur
57.	Vlaggensysteem	Adopter, verspreider	CLB	management
58.	Vlaggensysteem	verspreider	onderwijskoepel	Pedagogisch adviseur
59.	Vlaggensysteem	verspreider	onderwijskoepel	Pedagogisch bureau
60.	Vlaggensysteem	verspreider	onderwijskoepel	pedagoog
61.	Vlaggensysteem	verspreider	onderwijskoepel	Pedagogisch begeleider
62.	Vlaggensysteem	verspreider	onderwijskoepel	Pedagogisch bureau
63.	Vlaggensysteem	verspreider	onderwijskoepel	Pedagogisch medewerker
64.	vlaggensysteem	verspreider	onderwijskoepel	
65.	Vlaggensysteem	verspreider	onderwijskoepel	stafmedewerker
66.	Vlaggensysteem	implementeerder	instelling	hoofddopvoeder
67.	Vlaggensysteem	implementeerder	VLCB	arts
68.	Vlaggensysteem	implementeerder	VLCB	verpleegkundige
69.	Vlaggensysteem	implementeerder	instelling	stafmedewerker
70.	Vlaggensysteem	implementeerder	MPI	psychologe
71.	Vlaggensysteem	implementeerder	Multifunctioneel centrum	psychologe
72.	Vlaggensysteem	implementeerder	jeugdzorg	psychologe
73.	Druglijn zelftesten	ontwikkelaar	VAD	stafmedewerker
74.	Druglijn zelftesten	Verspreider	VAD	communicatieverantwoord elijke
75.	Druglijn zelftesten	verspreider	VAD	

76.	Druglijj zelftesten	implementeerder	CGG	preventiewerker
77.	Druglijj zelftesten	implementeerder	CGG	preventiewerker
78.	Druglijj zelftesten	implementeerder	CGG	preventiewerker
79.	Druglijj zelftesten	implementeerder	CGG	preventiewerker
80.	Druglijj zelftesten	implementeerder	CGG	preventiewerker
81.	Druglijj zelftesten	Implementeerder	CGG	preventiewerker
82.	Druglijj zelftesten	Implementeerder	CGG	preventiewerker
83.	Druglijj zelftesten	Implementeerder	CGG	preventiewerker
84.	Druglijj zelftesten	Implementeerder	CGG	preventiewerker
85.	Druglijj zelftesten	Implementeerder	CGG	preventiewerker
86.	Druglijj zelftesten	Implementeerder	CGG	preventiewerker
87.	Druglijj zelftesten	Implementeerder	CGG	preventiewerker
88.	Druglijj zelftesten	Implementeerder	CGG	preventiewerker
89.	Druglijj zelftesten	Implementeerder	CGG	preventiewerker
90.	Druglijj zelftesten	Implementeerder	CGG	preventiewerker
91.	Druglijj zelftesten ⁷	verspreider	Domus Medica	Coördinator
92.	Druglijj zelftesten	Verspreider	CAW	coördinator
93.	Druglijj zelftesten	Implementeerder	Stad Gent	studentenpreventiecoach
94.	Druglijj zelftesten	Verspreider	Logo	stafmedewerker
95.	Druglijj zelftesten	Verspreider	Logo	stafmedewerker
96.	Druglijj zelftesten	implementeerder	KU Leuven	arts
97.	Druglijj zelftesten	implementeerder	UA	onderzoeker
98.	Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	ontwikkelaar	EVV	stafmedewerker
99.	Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	implementeerder	Wit-Gele Kruis	Zorgcoach
100.	Valpreventie bij thuiswonende ouderen:	Adopter, verspreider	Beroepsvereniging ergotherapie	onderzoeker

⁷ Ook geïnterviewd omtrent praktijkrichtlijn valpreventie

	praktijkrichtlijn voor Vlaanderen			
101.	Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	Implementeerder	OCMW	ergotherapeute
102.	Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	implementeerder	Rode Kruis	projectmedewerker
103.	Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	verspreider	mutualiteit	Verantwoordelijke GVO
104.	Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	verspreider	mutualiteit	Verantwoordelijke GVO
105.	Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	verspreider	mutualiteit	Verantwoordelijke GVO
106.	Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	verspreider	mutualiteit	Verantwoordelijke GVO
107.	Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	verspreider	mutualiteit	Verantwoordelijke GVO
108.	Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	doelgroep	mutualiteit	ergotherapeute
109.	Valpreventie bij thuiswonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	Verspreider/implementeerder	SEL	coördinator

110.	Valpreventie bij thuis-wonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	verspreider	Logo	stafmedewerker
111.	Valpreventie bij thuis-wonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	verspreider	Logo	stafmedewerker
112.	Valpreventie bij thuis-wonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	verspreider	Logo	arts
113.	Valpreventie bij thuis-wonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	implementeerder	mutualiteit	Zorgcoördinator, referentiepersoon valpreventie, ergotherapeute
114.	Valpreventie bij thuis-wonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	adopter	NVKVV	coördinator
115.	Valpreventie bij thuis-wonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	Implementeerder		Arts, referentiepersoon valpreventie
116.	Valpreventie bij thuis-wonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	implementeerder		Kinesitherapeut, referentiepersoon valpreventie
117.	Valpreventie bij thuis-wonende ouderen: praktijkrichtlijn voor Vlaanderen	ontwikkelaar	EVV	voorzitter
118.		stuurgroep	Kind&Gezin	stafmedewerker
119.		stuurgroep	VIGeZ	stafmedewerker
120.		stuurgroep	Departement WVG	beleidsmedewerker
121.		stuurgroep	Departement WVG	Teamverantwoordelijke